



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E
INTEGRADA APS-I Mx: LA PROPUESTA
METODOLÓGICA Y OPERATIVA.**



DIRECTORIO

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela

Secretario de Salud

Mtro. Zoé Robledo Aburto

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda

Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dra. Asa Ebba Christina Laurell

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez

Subsecretario de Prevención y Promoción a la Salud

Dr. Pedro Flores Jiménez

Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar

Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Dr. José Alonso Novelo Baeza

Titular de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. José Ignacio Santos Preciado

Secretario del Consejo de Salubridad General

Mtra. Maricela Lecuona González

Abogada General de la Secretaría de Salud

Lic. Ángel Rodríguez Alba

Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

Dr. Alejandro Manuel Vargas García

Director General Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)





TABLA DE CONTENIDO

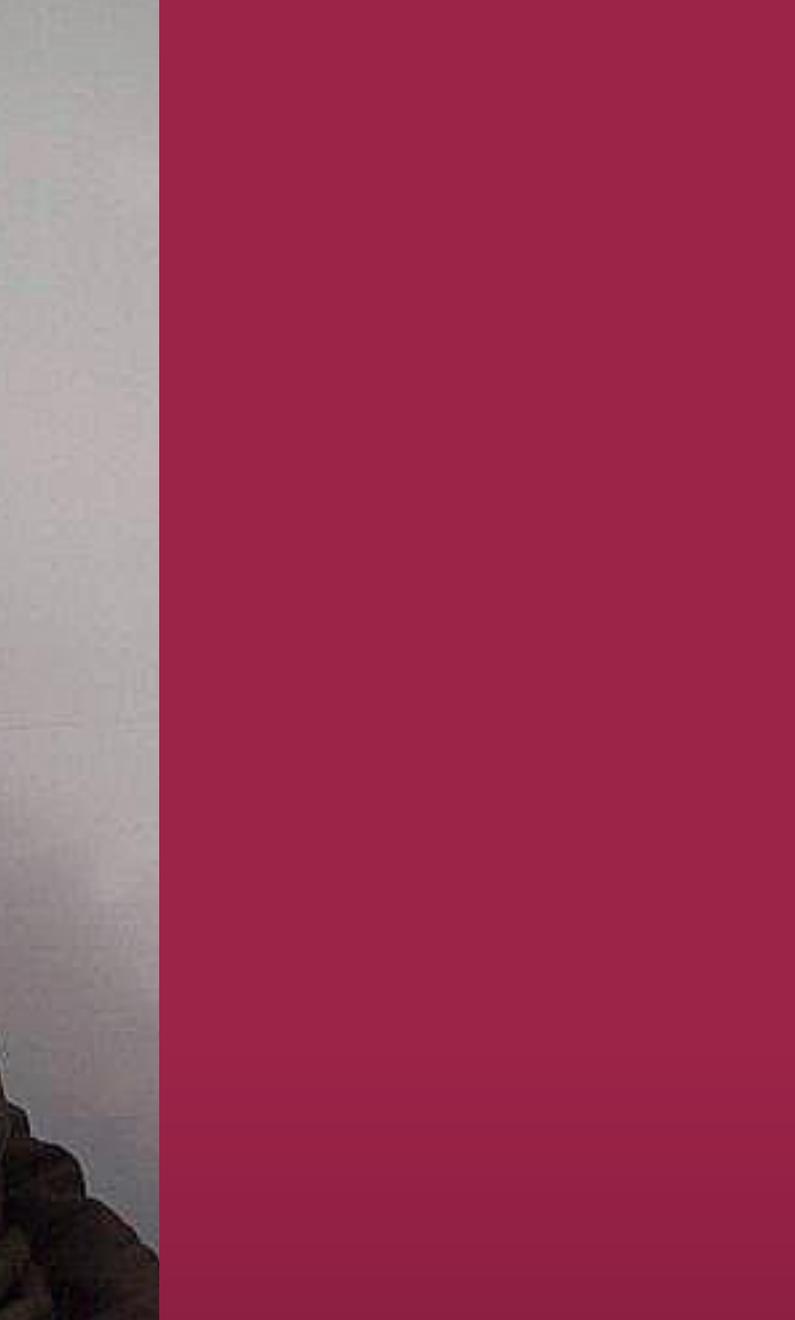
RESUMEN EJECUTIVO	1
GRUPO DE TRABAJO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	5
INTRODUCCIÓN	9
Atención Primaria de Salud Integral e Integrada y nociones analíticas	10
Nociones analíticas implícitas	11
CONTEXTO HISTÓRICO	15
Las reformas neoliberales en Salud	16
La descentralización del sistema público para la población sin seguridad social laboral	16
El Sistema Nacional de Protección de la Salud	17
Limitaciones de SNPSS para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud	18
“Intercambio de servicios” en sustitución de un sistema público universal	19
Trayectoria de la Atención Primaria de Salud	21
APS: Caminos divergentes	21
La Declaración de Astaná	22
La Comisión de Alto Nivel de la OPS	22
¿DÓNDE ESTAMOS HOY? LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO	25
El perfil de mortalidad	26
Recursos para la salud del sistema público para la población abierta.	28
METODOLOGÍA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	33
El Censo Estratégico	34
Información del Primer Nivel de Atención con exploración en campo	35
La Auditoría Médica	38
APS-I MX Y PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (PNA)	41
DISTRITO DE SALUD (DS)	43
Concepto del Distrito de Salud (DS)	47
Propósito principal	47
COMPONENTES FUNCIONALES DEL DISTRITO DE SALUD	51
Participación y Organización Comunitaria	52
Entornos Saludables	54
Coordinación Sectorial e Intersectorial	54





Coordinación Sectorial	55
Coordinación Intersectorial	55
Educación Continua y Capacitación	56
Monitoreo, evaluación y seguimiento.	57
Gestión de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	59
Información e Inteligencia de Datos	59
Logística y Operación	61
Conservación y Mantenimiento	61
Estructura Orgánica	62
REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	65
Modelado de Sistema de Salud con enfoque de Redes de Servicios	67
Enfoque de RISS	68
REINGENIERÍA	73
Capa de Atención Comunitaria	75
Capa de Atención Ambulatoria Primaria	76
Capa de Atención Hospitalaria	77
Capa de Atención Hospitalaria de Alta Especialidad	79
HERRAMIENTAS ANALÍTICAS Y DE EVALUACIÓN	83
Indicadores de Salud para Redes de Atención	84
REFLEXIONES FINALES	85
SIGLAS Y ABREVIATURAS	88
GLOSARIO	91
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	97
TABLA DE CUADROS.	100
TABLA DE ILUSTRACIONES.	101
ANEXOS	103
ANEXO I Análisis del Censo Estratégico de los Ocho Estados de Sur-Sureste de México	104
ANEXO 2. Diagnóstico de los Servicios de Salud del Estado de Chiapas	107





RESUMEN EJECUTIVO





Se presenta una propuesta metodológico-operativa para establecer el modelo de atención de la Cuarta Transformación –Atención Primaria de Salud Integral e Integrado México (APS-I Mx)— en las entidades federativas. Se describe en qué consiste la APS-I y su trayectoria histórica durante cuatro décadas y alinea la actual versión mexicana con el documento de la Comisión de Alto Nivel de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Asimismo, se anotan las ideas analíticas que orientan el texto y se incluye la descripción sintética de las principales reformas de salud que conciernen a la parte del sistema responsable de atender a la población sin seguridad social, o sea, la descentralización de los servicios que lleva al establecimiento de los Servicios Estatales de Salud (SESA), así como el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS) legislado en 2003.

Estos dos procesos son parte de la explicación de la situación actual de las condiciones de salud en México. Engloba los servicios de la Secretaría de Salud (SS) y los Servicios Estatales de Salud que son responsables de más de la mitad de la población, y que han sufrido un largo proceso de desgaste, desfinanciamiento y corrupción.

Es en este escenario que el Presidente Andrés Manuel López Obrador toma la decisión de invitar a las entidades de la República mexicana a federalizar sus servicios de salud.

Como base para planear la mejora de los servicios de salud se realizó el Censo Estratégico unidad por unidad en los ocho estados del sur-sureste del país y se elabora un levantamiento en campo del funcionamiento de las jurisdicciones sanitarias.

Los resultados del levantamiento junto con el trabajo del grupo interinstitucional para la transformación del Primer Nivel de Atención (PNA) llevan a proponer el establecimiento de Distritos de Salud (DS) en sustitución de las jurisdicciones sanitarias.

Los objetivos principales de los DS son garantizar la implantación del APS-I Mx, incrementar la resolutivez del PNA e institucionalizar su estructura y la formación de sus directivos.

El documento expone qué es el Distrito de Salud y explica el proceso que llevó a la decisión de establecerlo. Se desarrollan los pasos en la toma de decisiones y se parte desde los problemas detectados con el Censo Estratégico hasta la construcción del DS.

El cuerpo principal del presente escrito expone la metodología usada para establecer las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que parte desde el



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

PNA y que permite al paciente llegar a los servicios de alta complejidad que requiere su padecimiento.

A fin de permitir la profundización en la metodología operativa, el documento contiene seis anexos donde se ilustra o explica con amplitud el contenido del documento principal. El primero anexo expone los resultados del Censo Estratégico de los ocho estados de sur-sureste de México, permite visualizar cómo fueron concebidas las acciones para mejorar los servicios que corresponden al DS.

El segundo anexo describe los pasos del diagnóstico de campo en Chiapas.

El tercer anexo es la Guía de Administración y Organización del Distrito de Salud. Es una guía práctica para la administración y organización del DS que da una explicación de fondo sobre los temas que le concierne administrar y aspectos necesarios para tomar en cuenta en su quehacer operativo.

El cuarto anexo, se muestra la Matriz del Distrito de Salud que complementa el anexo tercero. En él se describe las actividades específicas e interrelaciones operativas y organizativas al interior del DS.

Los anexos quinto y sexto exponen extensamente la metodología para realizar la reingeniería de las Redes Integradas de Servicios de Salud, componente obligado de la APS-I Mx, y está complementado con la metodología para la regionalización de los DS, o sea, la constitución de las redes del PNA.





GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





**GRUPO DE TRABAJO DE
PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN**





La transformación del Sistema de Salud en el contexto de la Cuarta transformación Nacional, marca una gran diferencia al establecerse bajo el cobijo de las instituciones públicas de Salud del país, favoreciendo la coordinación entre ellas como no se había hecho anteriormente.

Por tanto, al inicio de la presente administración, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud y la coordinación de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), se conjuntó un grupo de trabajo interinstitucional conformado por los responsables del Primer Nivel de Atención del Instituto Mexicano del Seguro Social en sus regímenes ordinario y Bienestar, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos y Secretaría de la Defensa Nacional. Asimismo, el grupo fue enriquecido por las Direcciones Generales de la SIDSS, así como de diversas direcciones de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Este equipo, denominado “Grupo de Primer Nivel de Atención” sesionó de manera semanal durante ocho meses, estableció las bases de lo que representa el Modelo de Atención de la Cuarta Transformación: “Atención Primaria de la Salud Integral e Integrado México (APS-I Mx)”.

Durante estas sesiones, la experiencia, el conocimiento y, sobre todo, el compromiso de los funcionarios puso de manifiesto la necesidad de retomar la construcción de la Salud desde abajo, atendiendo a quienes durante sexenios se dejaron desprovistos de las condiciones mínimas de bienestar al descuidar la preservación de la Salud.

El mensaje fue claro y contundente, “no se puede continuar con un enfoque en la enfermedad, en donde la atención especializada consume recursos y no brinda soluciones”.

El nuevo modelo considera el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención con un enfoque directo en la Atención Primaria a la Salud, donde la estructura de las Redes Integradas de Servicios de Salud encontrará, con la reestructuración de las Jurisdicciones Sanitarias al convertirlas en Distritos de Salud, un ente coordinador de acciones en su territorio de responsabilidad, que garantizará la atención eficiente y continua de la población a su cargo.

Todo esto, con la garantía de atención médica y medicamentos gratuitos, de la necesidad de fortalecer las actividades de acción comunitaria para mejorar las condiciones de salud de las personas, las familias y las comunidades.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA:
LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

Sirva el presente para agradecer el trabajo y sobre todo el compromiso de los integrantes de este Grupo de Primer Nivel de Atención:

**SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO
DEL SECTOR SALUD**

Dra. Asa Ebba Christina Laurell

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Alejandro Manuel Vargas García

Director General Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES)

Dra. Elsa Ladrón de Guevara

Directora General de Evaluación del Desempeño (DGED)

Mtro. Luis Martínez Liévano

Director de Nuevos Modelos (DGPLADES)

Ing. Tzaraii Itzel Pérez Islas

Subdirectora de Análisis de Oferta y Demanda para la Integración de Redes
Coordinación Distritos de Salud (DGPLADES)

Ing. David Felipe Mares Silva

Subdirector de Evaluación y Gestión de Redes
Coordinación de Redes Integradas de Servicios de Salud (DGPLADES)

Mtra. Claudia Leija Hernández

Directora de enfermería y Coordinadora de la Comisión Permanente de
Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Mtro. Ricardo Octavio Morales Carmona

Director de Educación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dr. Ruy López Ridaura

Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de
Enfermedades

Dr. Víctor Eduardo Villalobos Daniel

Coordinador Técnico de Ciencias de la Implementación





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto

Director de Prestaciones Médicas-IMSS

Dr. Manuel Cervantes Ocampo

Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel-IMSS

Dr. Jonathan Max Melgoza Salazar

Jefe de Área Médica-IMSS

IMSS-BIENESTAR:

Dra. Gisela Lara Saldaña

Titular IMSS-Bienestar

Dr. Juan Carlos Ledesma Vázquez

Coordinador de Atención Integral a la Salud

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Dr. José Misael Hernández Carrillo

Subcoordinador de la Dirección Normativa de Salud
Jefatura de Servicios de Atención Médica Familiar

Dra. Mayra Patricia Martínez Díaz

Jefa de Departamento de Desarrollo de Medicina Familiar

Lic. María del Carmen Pérez Téllez

Subjefa de Departamento
Jefatura de Servicios de Atención Médica Familiar

SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

Mayor Médico Cirujano Olga Reyes Alducin

Adscrita a la Sección de Salud Pública





INTRODUCCIÓN





ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA Y NOCIONES ANALÍTICAS

Este documento tiene por finalidad presentar el modelo de atención adoptado por la Secretaría de Salud (SS) del gobierno de la Cuarta Transformación – Atención Primaria de Salud Integral e Integrada para México (APS-I Mx)- desglosando sus diferentes vertientes. Es importante señalar que la APS-I Mx abarca el conjunto de las acciones de atención a la salud que van desde aquellas instrumentadas en el territorio, pasan por el Primer Nivel de Atención (PNA) y llegan a los servicios de creciente complejidad, sean estos ambulatorios u hospitalarios.

Este texto pone el énfasis en la propuesta metodológica - operativa que permite llevar adelante la reorganización e implantación concreta del nuevo modelo en los Servicios Estatales de Salud (SESA), que se van adhiriendo al Acuerdo de Federalización de los servicios de salud.

La APS-I Mx tiene todas las características para garantizar el derecho a la protección de la salud que ha sido sistemáticamente negado durante las últimas décadas a pesar de ser un derecho inscrito en el artículo cuarto constitucional desde 1983. Garantizar este derecho es el gran compromiso en salud de la Cuarta Transformación plasmado en el programa prioritario de la presidencia Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos.

Esto es porque la APS-I Mx permite transformar los servicios de salud a nivel nacional y transitar hacia el acceso universal y efectivo con equidad, dignidad, calidad y eficiencia a la atención a la salud, teniendo como principios la participación comunitaria, la intersectorialidad, los actores comunitarios en salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

El modelo de APS-I Mx incluye todos los niveles de atención del sistema de salud, y contempla la promoción de la salud, la prevención, la curación, la rehabilitación y la atención paliativa. Esto es, no se restringe a la atención en el primer nivel sino incluye a las RISS que permiten a las personas acceder al nivel de complejidad de servicios, ambulatorios o hospitalarios, que requieren para la atención de su padecimiento.

Las acciones conducentes al establecimiento exitoso de la APS-I Mx empiezan por el fortalecimiento del PNA para que resuelva efectivamente el 75 a 80% de los problemas de salud de la población; propósito declarado pero lejano de ser alcanzado en la realidad de nuestro país. Desde aquí se pretende fincar las bases para llegar a este carácter resolutivo desde el primer nivel.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

Para ello resulta necesaria la reorganización de la gestión desde abajo estableciendo el Distrito de Salud (DS) que sustituye a la jurisdicción sanitaria. El DS es la instancia de rectoría y operación en un territorio definido con tareas específicas que van desde la vigilancia epidemiológica hasta la gestión de las redes de atención en este nivel y la referencia a otros servicios de mayor complejidad y contra-referencia de regreso al PNA.

El DS es un espacio de desarrollo de conocimientos y capacidades de la fuerza laboral, de suficiencia, optimización e integración de todos los recursos para la salud, de la tecnología incluyendo la información e inteligencia de datos y del financiamiento; en el presente documento se expone su organización y una propuesta sobre las formas concretas de operarlo.

La importancia de la operación de la APS-I Mx requiere partir de la realidad actual y sus contextos regionales muy diversos. Con esta finalidad se construyó una metodología para hacer un Censo Estratégico de las unidades médica que además permite cuantificar y costear las intervenciones necesarias para su mejoramiento.

Aunque se dedique la parte más amplia de este texto al DS, se expone también la metodología de la integración de las RISS que son los elementos complementarios y necesarios para garantizar el derecho a la protección de la salud. Las consideraciones metodológicas sobre cómo constituir las RISS son importantes, por un lado, porque se establecen en el Primer Nivel de Atención y, por el otro lado, porque permiten prefigurar cómo será la APS-I Mx plenamente desarrollada.

NOCIONES ANALÍTICAS IMPLÍCITAS

Este documento parte de la noción de que las políticas de un gobierno obedecen a una “visión del mundo”, es decir, se derivan de un conjunto de valores, sean estos explícitos o no. En consecuencia, las políticas particulares de distintos ámbitos del Estado tienen una necesaria relación entre sí y se complementan.

La Cuarta Transformación (4T) plantea generar y garantizar el bienestar de la población, empezando por los sectores más abandonados y discriminados. Este núcleo conceptual proyecta una suerte de Estado de Bienestar que se erige sobre dos principios básicos: la redistribución profunda de la riqueza social y la satisfacción de las necesidades sociales como obligación y acción del Estado. Lo anterior implica que la política social ocupa un lugar destacado y que dentro de esta se inserta la política de salud.





Esta concepción difiere de la neoliberal en varios aspectos. El primero es que no considera a la salud y los servicios de salud como una mercancía sino como un derecho de toda población. Esto implica que no sólo es una política asistencial para los pobres, sino que se desarrolla progresivamente hacia la universalidad y equidad en el acceso a los servicios requeridos y en las condiciones de salud.

La equidad y universalidad implican, en esta política de salud, eliminar la segmentación y fragmentación del sistema público de salud yendo hacia la constitución de un sistema único, universal, público, solidario y gratuito. Esto contrasta con la idea del aseguramiento como la base desde la cual se lograría la universalidad a través del mercado y la competencia, como se sostiene la concepción neoliberal en el área de la salud.

Otra característica distintiva de esta nueva concepción, es que objeta el que las instituciones de salud son similares a cualquier empresa, y que las mismas reglas gerenciales pueden aplicarse en su gestión.

La administración de una institución de salud, y más aún de un sistema de salud, va más allá de la simple aplicación de técnicas de gestión ya que se construye para realizar los objetivos y corresponder a su complejidad.

El quehacer sustantivo de una institución pública de salud es promover, proteger y mejorar las condiciones de salud de la población bajo su responsabilidad. Esta tarea concierne a seres humanos y por ello debe respetar la complejidad, la dignidad e integridad para revertir la deshumanización creciente de la práctica médica.

Las instituciones de salud en sí mismas son altamente complejas y comprenden distintos procesos. Estos procesos de la medicina han desarrollado una sofisticación científica notable en múltiples campos que abarcan tanto la ciencia básica como la aplicada.

De aquí se desprenden dos vertientes contradictorias que hoy la caracterizan, la primera, donde las prácticas profesionales – la médica, de enfermería, de psicología clínica, entre otras — están profundamente medicalizadas y se desarrollan bajo el paradigma del “Modelo Médico Hegemónico” (Menéndez, 1988).

La segunda vertiente, es que la medicina se ha convertido en un campo amplio y diversificado de generación de ganancias. Ejemplos de ello son la industria farmacéutica, de equipo médico, de aseguramiento, entre otras. Estas a su vez han profundizado la medicalización y causado un nuevo conjunto de patologías, los padecimientos iatrogénicos.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

Las instituciones de salud tienen además lo que se ha llamado una materialidad institucional compleja (García Linera, 2013). Esta noción hace referencia a que las instituciones contienen prácticas, reglas, rutinas, burocracias, presupuestos, etcétera; algunas garantizan su funcionamiento y otras lo dificultan. En el caso mexicano, entre estos se erigen como obstáculos serios la corrupción extendida y un largo proceso de abandono; ausencia de planeación estratégica y profesionalismo; así como la falta creciente de financiamiento del sistema público.

El reto hoy no es aplicar desde fuera y desde arriba modelos internamente coherentes pero que ignoran la realidad. El desafío es desentrañar las dificultades concretas para avanzar en el cumplimiento del compromiso de proporcionar Atención Médica y Medicamentos Gratuitos a todos los mexicanos.

Se empezará por los mexicanos que carecen de seguridad social laboral y que habitan en las zonas más pobres. La propuesta es ir desde abajo hacia arriba y de la periferia hacia el centro. Es indispensable disponer de los instrumentos para poder hacer una planeación estratégica y operativa por lo menos para el período 2020-2024. Sobre ello versa este texto.





GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





CONTEXTO
HISTÓRICO





LAS REFORMAS NEOLIBERALES EN SALUD

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza el derecho a la protección de la salud en su artículo cuarto. Este derecho, con carácter de derecho social y garantía individual, se aprobó en 1983 con el propósito de que todas las mexicanas y mexicanos tuvieran acceso a los servicios de salud en sus vertientes de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y tratamiento de enfermedades y rehabilitación.

El artículo citado establece que el Estado debe garantizar la protección, respeto, promoción y garantía de la salud mediante el Sistema Nacional de Salud (SNS) que incluye a los sectores público, privado y social. Posteriormente, en 2011, se reformó el artículo primero constitucional sobre los derechos humanos entre los cuales está incluido el derecho a la salud.

El mandato de garantizar el derecho a la protección de la salud se refiere específicamente a los servicios de salud que, en el ordenamiento de la Administración Pública federal, corresponde a la Secretaría de Salud (SS) que ejerce la rectoría, regulación, planificación y coordinación del SNS.

El sector público de salud se compone, por un lado, de la SS y los Servicios Estatales de Salud (SESA) y, por el otro de los servicios médicos o de salud de los institutos de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM). Es un sistema descentralizado, segmentado y fragmentado que se fundamenta en dos diferentes artículos constitucionales (4° y 123° apartados A y B) con sus correspondientes leyes reglamentarias.

LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO PARA LA POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL LABORAL

Como parte de la reforma del sistema público de salud, que tuvo como primer paso la introducción del derecho a la protección de la salud tuvo su inicio en 1984 un proceso de descentralización.

Así, formó parte de la descentralización de la vida nacional bajo el argumento de acercar las instituciones a los lugares donde se presentan los problemas. Cabe señalar que la descentralización forma parte de la agenda neoliberal y en su extremo se descentralizan las actividades del Estado al sector privado.

En concreto, la descentralización en salud consistió en transferir a los “Servicios Coordinados de Salud Pública” a los estados y convertirlos en Organismos



Públicos Descentralizados (OPD). Este arreglo institucional trajo una nueva complejidad organizacional ya que los OPD's coexisten con las Secretarías o SESAS que resultó en una estructura de mando dual o imprecisa.

Es importante señalar que no se garantizó la capacidad técnica necesaria en los estados antes de la descentralización y todavía muchos de ellos carecen de ella. Adicionalmente, al momento de la descentralización de los servicios había una infraestructura y personal de salud muy desiguales en los estados que, como se expone más adelante, persiste hasta hoy. Los serios problemas que surgieron con la descentralización llevaron a su parcial interrupción durante el período 1989-1994 y fue concluido hasta julio de 1997.

El financiamiento federal del sistema descentralizado se hace mediante el Ramo 33 - Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)-- principalmente para el pago de las plazas federales situadas en los estados. El FASSA además destina el 21% a salud de la comunidad, lo que significa que sobran pocos recursos para otros gastos.

EL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN DE LA SALUD

Para avanzar hacia la cobertura y acceso universal en salud (Laurell, 2015) se hizo una reforma a la Ley General de Salud (LGS) añadiendo el artículo 77 bis. En ésta se introduce el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), conocido como el Seguro Popular (SP), que entró en vigor el 1º de enero de 2004. Este seguro público se completó con la creación del Seguro Médico Siglo XXI en 2007, destinado a la atención de los niños nacidos a partir de este año y hasta cumplir cinco años de vida.

Los objetivos explícitos del SPSS fueron: a) atender los desequilibrios financieros y garantizar un financiamiento justo; b) hacer frente a la segmentación del acceso a la atención a la salud; c) disminuir el gasto de bolsillo en salud de los hogares mexicanos y reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud y; d) incrementar la cobertura del aseguramiento en salud.

Se presentó el SNPSS como un esquema de financiamiento tripartito semejante al de seguridad social con una aportación federal, una aportación de cada estado federado (patrón) y de la familia (trabajador). El propósito fue preparar la desaparición de los institutos públicos de seguridad social para tener un solo esquema de aseguramiento en México.

El modelo conceptual del SNPSS, el llamado “pluralismo estructurado”, subyació ya en la reforma del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) de 1995/97 y se





expresa explícitamente en la reforma del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 2007.

Este modelo neoclásico-neoliberal plantea la separación entre las funciones de regulación, financiamiento, administración del financiamiento/compra de servicios y la prestación de servicios de salud. Estas dos últimas funciones serían ejercidas por agentes públicos y privados según el principio de libre elección de la persona.

Es decir, se asentaron las bases para abrir un mercado de salud blindado por el financiamiento público mientras que se restringe el papel del Estado a la regulación del sistema y a la prestación de servicios de salud pública o de la comunidad.

Lo anterior se basa en la idea de que la vía de acceso a los servicios de salud debiera ser el aseguramiento, y que equipara “cobertura” a tener un seguro sea este público o privado. Es la definición de las encuestas del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

En consecuencia, derivado de la definición del CONEVAL, se entiende por cobertura “universal” que toda la población esté asegurada y no que las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan. En particular, el SPSS no garantiza el acceso universal y oportuno a los servicios de salud requeridos para la población que carece de seguridad social laboral.

LIMITACIONES DE SNPSS PARA GARANTIZAR EL ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Hoy se constatan varias limitaciones del modelo del SNPSS. No se ha logrado la cobertura universal del aseguramiento dado que unos 20 millones de mexicanos no cuentan con un seguro (CONEVAL, 2019, p. 5). El paquete de servicios del SP – el llamado CAUSES y los padecimientos de gasto catastrófico reconocidos— es restringido y sólo corresponde a un 20% de los servicios de los derechohabientes de los institutos de seguridad social laboral.

En consecuencia, los afiliados al SP siguen teniendo un alto gasto de bolsillo, cercano al 45%, ya que se ven obligados a pagar los servicios excluidos del SP para acceder a los servicios que requieren, además de que el acceso a los padecimientos reconocidos involucra trámites burocráticos engorrosos.

A pesar del propósito de promover el crecimiento de prestadores privados de servicios médicos, los principales prestadores de servicios a los afiliados del SP



son los SESA y los servicios de alta complejidad de la SS, lo que significa que siguen siendo del sector público.

Sin embargo, las instituciones públicas no han incrementado su infraestructura física, ni mantenido la infraestructura existente y tampoco han contratado los recursos humanos necesarios, a pesar del crecimiento de la población. Por lo tanto, los afiliados al SP no tienen acceso a una atención oportuna y de calidad (CONEVAL, 2014).

También los llamados servicios a la comunidad o de salud pública se han deteriorado o desarticulado. Esto repercute negativamente en las acciones de mayor impacto en la salud poblacional (Knaul et al, 2012).

En cuanto al financiamiento de los servicios de salud, el Fideicomiso de Protección Social en Salud no ha aplicado sus recursos en una ampliación significativa de los padecimientos o intervenciones reconocidas como de gasto catastrófico, o ha introducido límites de edad para que ser atendidas gratuitamente.

Tampoco se ha fortalecido suficientemente la infraestructura de salud y, en cambio, ha acumulado reservas cuyo destino es poco transparente.

“INTERCAMBIO DE SERVICIOS” EN SUSTITUCIÓN DE UN SISTEMA PÚBLICO UNIVERSAL

El propósito de integrar los servicios de salud del sector público, los de la SS – SESA's con los de la seguridad social laboral mediante el esquema de intercambio de servicios, no ha tenido éxito entre estas instituciones.

La razón principal de esta falta de éxito es que todas estas instituciones están sobrecargadas por la creciente demanda y por la poca expansión de sus servicios. Asociado a lo anterior, se plantea la premisa del modelo respecto a que creciera el sector privado prestador de servicios médicos o administrador de fondos - comprador de servicios que aún no se ha concretado.

De tal manera, la prestación privada de servicios amparada por el SP es muy baja, con excepción de algunos servicios específicos. El sector privado asegurador, las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES), que se ocuparían de la administración del financiamiento y compra de servicios, es mínimo a pesar de los cambios legales favorables realizados en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF) en 2015.





La descentralización de los servicios de la SS a los estados se reproduce en los órganos administrativos del SNPSS, así a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) federal le corresponde en cada estado un Régimen de Protección Social en Salud (REPSS) cuyo papel es el de administrar el financiamiento y comprar servicios.

Después de 2004 la mayor parte del incremento presupuestal del Ramo 12 se ha canalizado a la CNPSS que trasfiere los recursos financieros a los REPSS, en 2018 las transferencias fueron \$ 77,211 millones o el 63% de este ramo presupuestal.

La otra fuente de financiamiento federal a los SESA's, como se señaló, el FASSA con un monto total de \$93,386 millones en este mismo año. El presupuesto del Ramo 12, que incluye los recursos para el SP, ha disminuido durante los últimos cuatro años al ser utilizado como factor de ajuste de las finanzas públicas para detener el crecimiento de la deuda pública.

El esquema de financiamiento a través de CNPSS - REPSS ha dado origen a malos manejos frecuentes y falta de transparencia en el uso de estos recursos, situación comprobada reiteradamente por la Auditoría Superior de la Federación (ASF), es evidente la poca eficiencia en el uso de los recursos de la AP, así como niveles altos de corrupción.

El SP opera además con altos costos de transacción, en parte obedece a una estructura burocrática muy costosa a nivel federal, unos \$800 millones, y a un estimado de \$3,200 millones en los estados, durante 2018, esta situación perjudica de varias maneras las condiciones de salud pública.

Los afiliados al SP y la población no asegurada no tienen acceso oportuno a los servicios de salud que necesitan, sea por obstáculos económicos o geográficos por la carencia de servicios en su región de residencia, el SP no ha sido capaz de responder ante los problemas de salud de la población sin seguridad social laboral que tiende a sufrir de malas condiciones de salud.

La condición de salud de la población sin seguridad social sigue empeorando, particularmente por los padecimientos crónico-degenerativos relacionados con el envejecimiento, por la deficiente calidad de los servicios de salud y la permanente carencia de insumos y equipamiento adecuado para prestar la atención necesaria, esto viola el derecho constitucional a la protección de la salud. El presidente Peña Nieto prometió introducir durante su sexenio Seguridad Social Universal, incluyendo la Salud Universal de Peña, pero esta promesa no se cumplió.



TRAYECTORIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La concepción de la APS-I Mx tiene sus raíces en el modelo de atención adoptada en la Conferencia de la OMS en Alma Ata en 1978. Su innovación consistió en un nuevo acercamiento a la defensa y mejoramiento de la salud poblacional y de la comunidad, esto significó una concepción no medicalizada más allá de la atención médica a las personas.

De esta manera se tenía una fuerte base de educación para la salud, promoción de la salud y prevención con un importante componente de participación social sin descartar la atención médica cuando se requiere.

El modelo introdujo la idea de que el proceso salud - enfermedad tiene causas tanto biológicas como sociales, que implica el alejamiento de la explicación unicausal y que retoma la idea de la determinación social como elemento que influye en las condiciones de salud colectivas e individuales.

Este enfoque derivó en el objetivo planteado en Alma Ata “Salud para Todos en el Año 2000”; objetivo que desafortunadamente no se cumplió.

APS: CAMINOS DIVERGENTES

La APS original ha transitado por distintos caminos y se bifurca en dos grandes corrientes: una basada en paquetes de servicios costo-efectivos y otra, particularmente actual en América Latina, que mantiene los planteamientos básicos de la APS y la aspiración de lograr el acceso universal, efectivo y equitativo a los servicios de salud.

La primera corriente inició como una APS restringida promovida por ejemplo por el UNICEF con la GOBI-FFF. Esta corriente se desliza posteriormente hacia la propuesta del Banco Mundial, publicada en 1993 bajo el nombre de “Invertir en Salud” (Banco Mundial, 1993). Esta propuesta es el fundamento conceptual de las propuestas basadas en el aseguramiento y paquetes costeados y restringidos de servicios de salud con énfasis en la atención médica al paciente o la persona (Laurell y Giovanelli, 2018). Otra de sus características básicas es la separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios para abrir el espacio para la competencia entre los administradores de fondos-compra de servicios y los prestadores, públicos y privados.

Los ejemplos más conocidos de esta concepción son los modelos implantados en Chile con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y en Colombia con la reforma de la seguridad social que llegó hasta la venta de los hospitales públicos. Cabe recordar que el sistema colombiano literalmente quebró en 2009. Otro





ejemplo muy citado en la literatura internacional es el Sistema Nacional de Protección Social de Salud mexicano.

La otra vertiente de la APS, desarrollada particularmente en América Latina, es la APS Integral e Integrada (APS-I) o APS-Renovada (APS-R) adoptada por la OPS en 2009 que recupera los planteamientos originales de la declaración de Alma Ata renovándola.

Es una política de salud territorializada con una participación social y organizada fuerte; está centrada en la persona, la familia y la comunidad y parte de las necesidades de salud de la población; considera los determinantes sociales; enfatiza la educación, promoción y prevención; cuenta con una red de prestación de servicios con la coordinación asistencial entre el primer nivel de atención y los servicios especializados y complejos extra e intrahospitalarios.

LA DECLARACIÓN DE ASTANÁ

En 2018 la OMS realizó una segunda Conferencia Mundial para actualizar la APS donde se aprueba la “Declaración de Astaná” (WHO/UNICEF, 2018) que se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) suscritos por México. Aparentemente se actualizan los planteamientos de la declaración de Alma Ata pero incluyendo los avances tecnológicos de los últimos veinte años de distintos tipos.

Sin embargo, algunas de las propuestas más importantes de Alma Ata como la responsabilidad y papel central del Estado para garantizar el acceso efectivo y gratuito a los servicios de salud se sustituye por el concepto de Cobertura Universal de Salud (CUS) identificada con el aseguramiento y paquetes de salud lo que es incompatible con la garantía de un derecho. Tampoco se menciona una regulación estricta de los intereses comerciales y de los conflictos de interés en el ámbito de salud como obligación del Estado. Es decir, la mercantilización de la salud, promovida durante los últimos 30 años sigue vigente.

LA COMISIÓN DE ALTO NIVEL DE LA OPS

La posición de la OPS frente a la Declaración de Astaná está sustentada en el trabajo realizado por la Comisión de Alto Nivel (OPS, 2019), un cuerpo interdisciplinario y plural nombrado por este organismo regional de la OMS. El encargo de esta Comisión fue elaborar recomendaciones para la directora de OPS que permitieran hacer efectivo el derecho a la salud.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

El informe de la Comisión fue elaborado por cinco grupos temáticos: a) modelo de atención de salud, b) modelo institucional, c) modelo de financiamiento, d) salud y protección social y e) recursos humanos de salud. Su mandato fue revisar todos los aspectos relevantes de una política integral de salud y no sólo algunos aspectos aislados. Recoge la noción básica de la APS de Alma Ata de que la salud es un proceso complejo que está en la intersección de los procesos políticos, económicos, sociales, culturales y psico-biológicos.

El análisis se sitúa además en una realidad donde la desigualdad en salud y las barreras al acceso han aumentado como resultado de la creciente presión para que el Estado se retire o que se constituya en comprador de los productos de un mercado en expansión. La Comisión establece como su “premisa fundamental que el derecho a la salud es un derecho fundamental y que el Estado tiene la responsabilidad ineludible de hacer efectivo su goce”.

Las diez recomendaciones de la Comisión fueron: a) asegurar el derecho a la salud, b) desarrollar modelos de atención basados en Atención Primaria de Salud, c) generar mecanismos de participación social, d) generar mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado, e) eliminar las barreras de acceso a la salud, f) abordar los determinantes sociales con intervenciones intersectoriales, g) reposicionar la salud pública como eje orientador de la respuesta del Estado, h) valorar los recursos humanos como protagonistas de la APS, i) promover la utilización racional y la innovación de los recursos tecnológicos y, j) otorgar un financiamiento eficiente y sostenible.

La APS-I Mx adoptada por la Cuarta Transformación comparte las recomendaciones adelantadas por la Comisión, pero adopta características específicas requeridas para su desarrollo en la realidad mexicana.

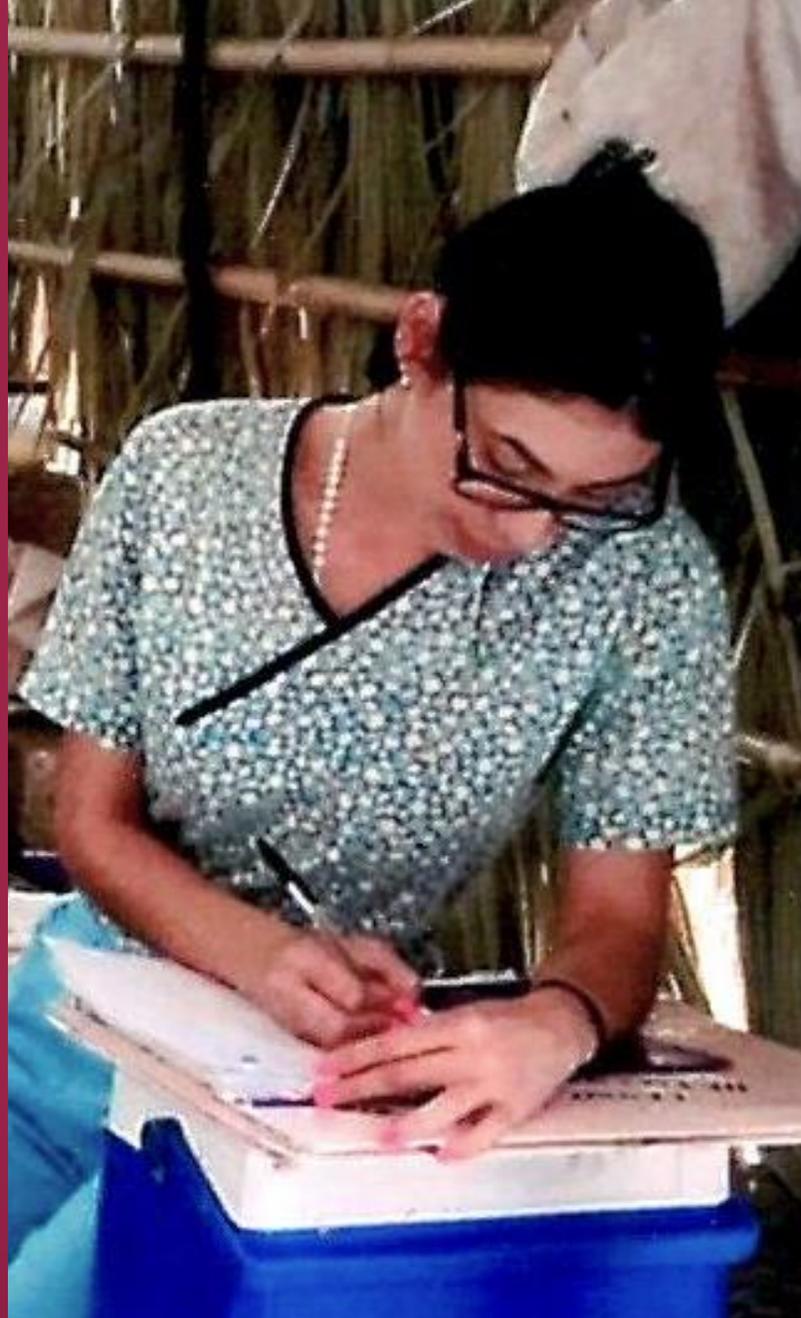




GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





¿DÓNDE ESTAMOS
HOY?
LA SITUACIÓN
DE LA SALUD
EN MÉXICO





Aquí, se presenta una mirada sintética de dos aspectos cruciales para la formulación del modelo de atención y su implantación operativa: el perfil epidemiológico y sus transformaciones durante las dos últimas décadas, por un lado, y las características básicas del sistema público de salud para la población sin seguridad social laboral o la llamada población abierta, por el otro.

EL PERFIL DE MORTALIDAD

Durante la última década la mortalidad ha ido cambiando por su frecuencia más que por sus causas. Así, desde el año 2000 hasta 2017 las enfermedades del corazón han incrementado en 64%, la diabetes en 82%, los cánceres en 44%, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 66%, la neumonía e Influenza en 39%, los homicidios en 122% y los suicidios en 33%. Por el contrario, las tasas han decrecido por causas perinatales en 47%, bronquitis crónica en 44%, la desnutrición en 37% y las malformaciones en 24% como se observa en el cuadro 1.

Cuadro 1. Principales causas de mortalidad por tipo de padecimiento 1/ de 2000 a 2017*, México

Causas	Lista Mexicana	2000	Orden	2005	Orden	2010	Orden	2015	Orden	2017	Cambio porcentual
Enfermedad del corazón	I00-I13, I20-I45, I47-I51	69.15	1	76.6	1	92.2	1	105.9	1	113.2	64
Diabetes mellitus	E10-E14	47.1	3	63.5	2	72.9	2	81.1	2	85.6	82
Tumores malignos	C00-C97	55.32	2	59.6	3	61.6	3	65.4	3	67.6	44
Accidentes	V01-X59, y 40-Y86	35.1	4	33.5	4	33.3	4	30.4	4	28.2	20
Enfermedades del hígado	K70-K76	27.73	5	28.6	5	28.5	5	29.4	5	30.9	10
Enfermedades cardiovasculares	I60-I69	25.67	6	25.9	6	28.4	6	28.1	6	28.3	11
Agresiones (homicidios)	X85-Y09	10.76	10	9.3	11	22.5	7	17	8	24	122
Enfer. pulmonar obstructiva crónica	J44	11.07	9	14.6	8	17.1	8	17.3	7	18.5	66
Neumonía e influenza	J09-J18, U04.9	12.5	8	12.4	9	13.7	9	15.6	9	17.4	-39
Insuficiencia renal	N17-N19	8.68	13	9.7	10	10.5	11	11	10	10.6	22
Malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	9.68	11	8.8	12	8.1	12	7.7	12	7.4	-24
Bronquitis crónica, enfisema y asma	J40-J43, J45- J46	7.18	14	6.3	14	5.2	14	4.1	15	4	-44
Suicidios	X60-X84	3.5	16	4.1	16	4.4	15	5.3	14	5.2	33
VIH	B20-B24	4.25	15	4.4	15	4.3	16	3.9	16	3.8	-12

Fuente: Secretaría de Salud/DGIS/Sistema de Información en Salud.

* Cifras preliminares; 1/ tasas por 100,000

Nota: Transcrito del original por la DGPLADES.



En cuanto a la mortalidad por edad, se observa que ha bajado en todos los grupos de edad con excepción de los grupos de edad entre 15 y 44 años y los de 80 años o más. Esta pauta tiene relación con el crecimiento del homicidio que, como se demuestra en el cuadro 1, es la causa que más se incrementó del 2005 en adelante. Aunque aumenta tanto entre hombres y mujeres, la tasa de los hombres es 10 veces mayor. Tienen una pauta territorial cambiante en función de las rutas de la violencia criminal y el uso indebido de la fuerza del estado (Illiades y Santiago, 2014).

Las otras tres causas de mortalidad que han crecido rápidamente son la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón y los cánceres particularmente a partir de los 45 años.

En general la frecuencia de los distintos tipos de cáncer se ha mantenido con cáncer del pulmón en primer lugar y de próstata en el segundo. Interesa particularmente los cánceres en mujeres ya que el cáncer de cuello uterino bajó cerca de un 30% mientras que el cáncer de mama prácticamente se mantuvo estacionario. Estos datos son ilustrativos porque la campaña de la toma del Papanicolaou fue exitosa, mientras que la detección y tratamiento de cáncer de mama tuvo poco impacto a pesar de una inversión importante en equipo en la campaña.

Es un hecho largamente documentado, que las condiciones de salud guardan una relación estrecha con las condiciones socio-económicas de los distintos grupos poblacionales (Krieger, 2011). Una de sus características, junto con la transición epidemiológica, es la polarización epidemiológica (López y Blanco Gil, 2001) ya que los grupos con más carencias tienden a enfermar y morir con mayor frecuencia tanto por las llamadas enfermedades de la opulencia como por las enfermedades de la pobreza.

Disponemos de pocos estudios sobre la desigualdad ante la enfermedad y la muerte en México. Sin embargo, el grupo interinstitucional del Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (García Saisó et al, 2019) publicó un primer informe que confirma brechas muy importantes de mortalidad entre grupos de municipios constituidos sobre la base de su grado de pobreza, usando la metodología multidimensional de CONEVAL, grado de ruralidad y de la proporción indígena de la población. Uno de los principales retos en salud de la Cuarta Transformación es precisamente cerrar estas brechas.

En relación con la determinación socio-económica del proceso salud-enfermedad, el actual gobierno está generando una amplia política social con una profunda redistribución de la riqueza social, misma que ayudará a cerrar las brechas existentes.





Complementa la redistribución, la nueva política de salud basada en la APS-I Mx que plantea (re)construir el sistema público desde abajo hacia arriba y de la periferia hacia el centro.

RECURSOS PARA LA SALUD DEL SISTEMA PÚBLICO PARA LA POBLACIÓN ABIERTA.

Este texto se ocupa de la metodología para transformar desde abajo los servicios de salud en México y se reconoce una doble determinación socio-económico y política no sólo de las condiciones de salud de la población sino también de los recursos disponibles para su protección.

Debe subrayarse que existe grandes diferencias entre los SESA que no sólo se pueden explicar por el desigual acceso a recursos financieros, sino también de manera importante, por la prioridad de la política de salud de cada gobierno estatal, la capacidad técnica de los funcionarios y, desde luego, el grado de corrupción en cada caso.

Por otra parte, es de notar que, a pesar de los graves y variados problemas del sector público de salud, el volumen de atenciones que entrega diariamente es muy grande y se otorgan 1.2 millones de consultas externas, 94 mil urgencias, 4,000 partos, 10 mil cirugías y unas 16 mil hospitalizaciones.

Y el sistema público de salud dispone de 28 mil unidades de atención ambulatoria con 91 mil consultorios, 4,646 hospitales con 123 mil camas, 355 mil enfermeras y más de 314 mil médicos.

Aun así, los recursos básicos de salud para la población, particularmente la abierta, son escasos como se puede observar en el cuadro 2 y distan mucho de cumplir con los estándares internacionales fijados por la OMS.

Es de notar que no hay una pauta clara respecto a los distintos recursos con excepción de la CDMX que tiene más recursos en todos los rubros con excepción de consultorios de medicina general y médicos generales.

La falta de una relación sistemática, por ejemplo, entre grados de pobreza de las entidades federativas y su perfil de recursos o una relación inversa, revela la falta de una política nacional de salud.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA:
LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

Cuadro 2. Recursos básicos hospitalarias para población abierta por entidad federativa, México 2018*

Entidad Federativa	Población no derechohabiente	Porcentaje	Consultorios de Medicina General por 1000	Consultorios de Especialidades por 1,000	Camas Censables por 100,000	Quirofanos por 100,000	Médicos Generales por 1,000 1/	Médicos Especialistas 1,000 2/	Enfermeras Generales por cada 1,000	Enfermeras Especialistas por 1,000
Aguascalientes	664,263	38.1	0.32	0.45	0.61	3.88	0.52	0.9	1.44	0.23
Baja California	1,356,154	35.4	0.28	0.19	0.46	1.84	0.29	0.44	1.13	0.07
Baja California Sur	308,095	31.6	0.41	0.48	0.83	3.57	0.74	0.77	1.79	0.03
Campeche	514,006	44.3	0.46	0.45	0.95	4.47	0.91	0.67	1.64	0.14
Coahuila	956,657	38.9	0.38	0.41	0.86	3.97	0.5	0.67	1.08	0.27
Colima	336,688	11.8	0.65	0.45	0.91	5.35	0.8	0.97	1.51	0.22
Chiapas	4,408,125	47.8	0.41	0.18	0.39	2.86	0.69	0.33	1.33	0.15
Chihuahua	1,518,613	60.5	0.41	0.34	0.84	4.21	0.55	0.69	1.76	0.07
CDMX	3,912,578	29	0.29	0.85	1.58	6.98	0.6	1.81	3.18	0.82
Durango	851,619	35.6	0.6	0.37	1	4.23	0.79	0.65	1.56	0.24
Guanajuato	3,680,378	52.8	0.3	0.24	0.51	2.5	0.58	0.5	1.24	0.12
Guerrero	2,797,733	61.2	0.53	0.21	0.43	2.43	1.02	0.38	1.37	0.15
Hidalgo	2,016,449	52.2	0.53	0.22	0.46	2.03	0.77	0.35	0.91	0.09
Jalisco	4,064,216	43.8	0.32	0.25	0.68	3.08	0.42	0.52	0.84	0.08
México	9,596,846	53.5	0.25	0.18	0.43	1.44	0.39	0.41	0.95	0.17
Michoacán	3,232,964	53.7	0.41	0.23	0.46	2.29	0.51	0.33	0.63	0.04
Morelos	1,194,856	53.7	0.39	0.26	0.4	2.51	0.47	0.52	0.96	0.11
Nayarit	671,546	42.6	0.69	0.36	0.52	3.42	1.03	0.42	1.11	0.61
Nuevo León	1,699,496	28.3	0.4	0.35	0.4	1.71	0.31	0.36	0.87	0.12
Oaxaca	3,011,936	53.5	0.59	0.28	0.5	2.39	0.77	0.39	1.19	0.1
Puebla	4,632,491	56.6	0.32	0.23	0.48	2.63	0.46	0.32	0.49	0.11
Querétaro	1,069,308	40.9	0.39	0.28	0.39	2.43	0.57	0.65	1	0.1
Quintana Roo	707,379	37.8	0.4	0.34	0.64	2.83	0.86	0.65	1.87	0.08
San Luis Potosí	1,558,274	40.8	0.42	0.36	0.64	2.82	0.51	0.42	1.11	0.13
Sinaloa	1,394,299	35.1	0.46	0.35	0.65	3.16	0.65	0.67	1.13	0.17
Sonora	1,197,036	37	0.51	0.42	0.96	4.18	0.56	0.72	1.61	0.34
Tabasco	1,620,334	65	0.57	0.41	0.62	3.64	0.89	0.5	1.26	0.15
Tamaulipas	1,584,711	36.6	0.42	0.35	0.89	3.85	0.75	0.74	1.15	0.62
Tlaxcala	944,451	60.3	0.39	0.31	0.47	2.75	0.74	0.47	0.95	0.17
Veracruz	5,473,512	51.9	0.36	0.2	0.46	2.3	0.57	0.31	0.44	0.06
Yucatán	1,102,256	38.5	0.39	0.33	0.77	3.27	0.62	0.8	1.16	0.38
Zacatecas	1,024,557	45.3	0.5	0.31	0.64	3.32	0.84	0.57	1.18	0.17
Total	69,101,826	44.7	0.39	0.29	0.6	2.86	0.59	0.53	1.14	0.19

Fuente: SS/DGIS/Sistema de Información en Salud.

Notas:

1/ No incluye pasantes de medicina ni internos de pregrado.

2/ No incluye odontólogos ni residentes

Nota: Transcrito del original por la DGPLADES.





En el cuadro 3, se observa además que se realizan un número grande de estudios de laboratorio y de imagenología e incluso hay servicios fisioterapia.

De estos datos se desprende que estamos ante un sistema público de salud insuficiente para garantizar el acceso universal a la protección de la salud, pero tampoco es cierto que no carecemos de todos los recursos.

Cuadro 3. Servicios hospitalarios prestados a población abierta por entidad federativa, México 2018*

Entidad Federativa	Egresos	Laboratorio Clínico		Rayos X		Tomografías		Sesiones de Fisioterapia	Pacientes Rehabilitados
		Estudios	Personas	Estudios	Personas	Estudios	Personas		
Aguascalientes	39,161	1,227,613	181,452	66,350	51,372	4,146	3,525	4,785	0
Baja California	40,212	2,137,363	232,352	151,819	111,957	15,848	14,269	5,028	15
Baja California Sur	19,642	742,446	97,137	61,901	53,327	3,600	3,600	0	1
Campeche	24,245	1,349,743	238,176	30,576	21,771	0	0	207	0
Coahuila	39,344	892,796	151,860	50,234	37,252	1,517	1,402	3,822	7,802
Colima	19,049	428,702	74,931	42,987	37,188	1,195	1,191	0	0
Chiapas	110,358	5,047,330	524,241	57,722	47,420	8,887	5,481	8,540	3,289
Chihuahua	81,918	3,906,168	497,248	248,447	182,615	21,578	18,423	15,115	11,700
CDMX	249,754	19,736,992	3,901,503	1,176,247	840,195	173,658	139,519	1,146,313	56,410
Durango	48,582	2,439,083	257,059	139,549	114,464	18,510	12,949	38,742	312
Guanajuato	158,515	9,225,739	1,058,863	418,602	299,600	35,634	30,536	10,202	3,524
Guerrero	78,191	5,226,353	560,369	182,276	89,876	5,047	4,892	111,406	1,195
Hidalgo	56,588	1,991,126	246,241	184,913	122,659	5,943	5,662	120,440	85
Jalisco	176,844	1,988,916	258,230	175,715	124,752	2,502	2,498	31,781	1,656
México	303,939	7,539,918	1,072,909	671,495	425,164	28,619	27,378	51,772	11,301
Michoacán	100,241	3,661,236	407,434	182,074	142,319	14,531	14,086	45,645	1,013
Morelos	44,348	2,712,860	326,517	131,604	83,615	4,392	4,307	748	0
Nayarit	19,665	861,612	141,164	29,287	19,776	1,061	1,061	64	31
Nuevo León	54,699	2,309,990	342,293	190,151	124,429	10,180	8,802	7,780	48,349
Oaxaca	77,698	3,634,206	429,807	124,700	80,521	12,081	11,050	5,067	158
Puebla	118,039	4,983,537	737,753	324,731	204,031	25,614	18,807	133,540	3,602
Querétaro	51,749	3,600,109	376,609	172,031	106,511	26,914	18,155	6,739	302
Quintana Roo	40,395	1,510,766	203,264	55,064	41,129	7,587	6,942	1,550	28
San Luis Potosí	60,832	2,510,973	352,602	199,893	132,425	12,827	12,327	26,520	1,972
Sinaloa	63,920	3,343,717	512,209	187,642	136,157	11,044	10,740	11,859	2,183
Sonora	90,264	2,588,539	388,702	134,171	109,063	8,486	6,579	4,346	3
Tabasco	85,260	2,388,669	444,014	120,347	79,754	8,684	6,175	8,886	994
Tamaulipas	77,266	2,444,185	444,661	177,516	130,139	6,297	5,945	27,705	2,411
Tlaxcala	54,655	2,494,847	331,661	85,325	53,326	1,264	1,152	11,445	3,325
Veracruz	163,328	7,795,286	981,537	284,079	200,640	35,503	18,280	60,243	1,250
Yucatán	53,173	2,799,724	286,603	70,449	58,517	12,738	9,924	19,329	24
Zacatecas	38,496	2,456,227	264,100	157,231	113,499	8,381	7,455	3,627	1,534
Total	2,640,370	115,976,771	16,323,501	6,285,128	4,375,463	534,268	433,112	1,923,246	164,469

Fuente: SS/DGIS/Sistema de Información en Salud; Subsistema de Egresos de Urgencias y Prestación de servicios

Incluye Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Regionales de Alta Especialidad y Hospitales Generales de Referencia.

* Cifras preliminares

Nota: Transcrito del original por la DGPLADES.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

En suma, se detectan dos problemas claves: por un lado, hay una enorme heterogeneidad en el sistema de salud y, por el otro, la falta de un tejido institucional de los servicios que garantice su funcionamiento regular.

La ausencia de institucionalidad y normas claras se expresa precisamente en la ausencia de una política nacional uniforme y sistemática. Dichas carencias fomentan decisiones arbitrarias y desordenadas con falta de profesionalismo, o que se orientan por intereses particulares o políticos de corto plazo y por la corrupción franca.





GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





**METODOLOGÍA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA
PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES
DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD**





El análisis de las estadísticas existentes sobre los recursos del sistema público de salud para la población abierta, reveló que es insuficiente la información disponible para construir un diagnóstico detallado necesario para la mejora y fortalecimiento del sistema público de salud.

EL CENSO ESTRATÉGICO

A fin de elaborar este diagnóstico se construyó una metodología cuantitativa y participativa –el Censo Estratégico– para obtener datos cuantitativos de las unidades de salud—y dos metodologías cualitativas para hacer un levantamiento en campo partiendo de las jurisdicciones sanitarias, y visitando distintos tipos de centros de salud, clínicas y hospitales.

El Censo Estratégico se construyó sobre una plataforma y la base del reporte son cédulas de evaluación desarrolladas para captar datos de las unidades de los tres niveles de atención.

Los responsables de cada unidad médica reportan los datos de su unidad, que posteriormente son validadas. La cédula de Primer Nivel de Atención recoge 850 ítems y documenta fotográficamente cada unidad. Abarca los servicios básicos (agua, drenaje y luz); mantenimiento; mobiliario; equipamiento médico; instrumental; medicamentos y biológicos; cartera de servicios incluyendo medicina preventiva, rayos-X y laboratorio; recursos humanos por tipo de personal y de contratación; población total de su área de influencia y población estimada para la atención de primer nivel en la unidad, también recopila información de la distancia mínima y máxima de traslado.

Dicha cédula está construida para permitir un cálculo preliminar de la inversión necesaria para poner unidades médicas de una entidad federativa en óptimas condiciones de funcionamiento. Esto es posible porque se conocen los costos del mantenimiento integral por metro cuadrado, del mobiliario, del instrumental médico, del equipamiento, de los medicamentos y de las plantillas de personal. Para un ejemplo de este análisis consulte el Anexo I: Análisis del Censo Estratégico de los ocho estados de sur-sureste de México.

El módulo de segundo y tercer nivel de atención registra 1,200 ítems. Su estructura es más compleja y contiene un apartado para cada una de las áreas y especialidades: consulta externa, hospitalización, urgencias, unidad quirúrgica, tocología y tococirugía, unidad de cuidados intensivos, laboratorios de análisis clínicos, imagenología, dietología, cocina, casa de máquinas, farmacia y anatomía patológica, para los cuales se recogen los datos básicos.



Además, se registran los recursos humanos por tipo, y también el personal en formación. Otros ítems de importancia son los principales problemas que presenta la unidad para la atención médica: con referencia a su estado general, daños y mantenimiento recibido, saturación de los servicios, suficiencia o insuficiencia de personal de salud por tipo, especialidad y servicio, equipamiento, insumos y procesos de la organización desde la visión del equipo directivo de la unidad.

Los datos mencionados permiten tener un primer acercamiento a la problemática, empero, tiene que ser enriquecida con las Auditorías Médicas hechas in situ.

Por lo expuesto anteriormente, el Diagnóstico Estratégico se convierte en el punto de partida y elemento indispensable para la renovación y mejora del sistema de salud y para hacer efectivo el acceso a la Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin seguridad social laboral.

Su objetivo es llevar a cabo la evaluación conjunta del universo de establecimientos, a efecto de realizar una priorización y análisis de las necesidades específicas en cada una de las entidades federativas. Es además la base para priorizar la asignación de recursos de acuerdo con las necesidades identificadas.

INFORMACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON EXPLORACIÓN EN CAMPO

El Censo Estratégico se complementa con dos metodologías cualitativas.

La primera es la exploración y levantamiento de información del PNA con un barrido en campo. La finalidad de esta actividad es profundizar en el funcionamiento de las jurisdicciones sanitarias y visitar diferentes tipos de unidades (centros de salud, UNEME´s y CESSA's) y de los Hospitales Comunitarios como base de la construcción de redes del primer nivel de atención y conocer los recursos de IMSS ordinario, IMSS Bienestar, ISSSTE y SEDENA.

La estrategia consiste en complementar la información recogida en el Censo Estratégico con información básicamente cualitativa. Combina un cuestionario semiestructurado dirigido al personal de salud para recoger sus experiencias, problemas y propuestas con la observación en las unidades de salud y de su entorno.





Se precisan además varios temas a raíz de las discusiones en el Grupo Interinstitucional del Primer Nivel de Atención (GIPNA) con integrantes de la Secretaría de Salud, IMSS, IMSS Bienestar, ISSSTE y SEDENA.

Las brigadas de la actividad en campo son mixtas con integrantes federales y estatales. En estas han participado todos los directores generales y la Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) así como la mayoría de los directores y subdirectores.

La importancia de la participación de funcionarios federales de alto nivel es que proporciona una comprensión más directa de los problemas de los servicios de salud que permite elaborar una serie de propuestas dirigidas a resolver la problemática encontrada en los ámbitos de procesos organizacionales, tecnológicos, informáticos y de educación continua y capacitación.

Los temas específicos explorados en las Jurisdicciones Sanitarias (JS) son cuatro: el primero, se refiere a las características y formación profesional del jefe(a) jurisdiccional; estructura organizacional de la jurisdicción; personal adscrito a la JS y sus perfiles profesionales; mecanismos de coordinación y seguimiento del sistema de referencia y contra-referencia; relación con el sindicato; características de los equipos zonales de supervisión y planeación de la supervisión; procesos administrativos para atender solicitudes de equipamiento, infraestructura, medicamentos, insumos y mecanismos de distribución de ellos. En este rubro se indaga además sobre la existencia y necesidades de capacitación y educación continua para optimizar el desarrollo de la JS.

El segundo tema concierne a las Redes de Servicios de Salud: los establecimientos de primer y segundo nivel existentes en la JS; las redes de referencia y contra-referencia, e ideas para mejorarla; laboratorio(s) básicos y rayos-X en la JS; la existencia de una red de atención médica especializada, ejemplo, para la atención a casos de Infarto Agudo al Miocardio o emergencia obstétrica y su funcionamiento.

El tercer tema se refiere a problemas y necesidades de: recursos presupuestales (subsidios, propios y fiscales), recursos humanos (capacitación, plantillas incompletas, etcétera), insumos (medicamentos, material de limpieza, gasolina, refacciones, entre otros), equipamiento (en servicio, sin funcionar, en mantenimiento o faltante) y; existencia o no de la infraestructura informática necesaria (equipos, internet, entre otros).

El cuarto tema se refiere a la participación social en la JS en sus vertientes de la relación en general con la población atendida y la relación entre la JS y las autoridades municipales y los apoyos proporcionados. Al concluir la entrevista se



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

registran la opinión de los entrevistados y sus sugerencias para mejorar el trabajo y los servicios.

Las entrevistas a los directivos o responsables de los centros de salud repiten básicamente las preguntas hechas al director jurisdiccional, pero adaptadas al ámbito de responsabilidad del entrevistado y se indaga particularmente sobre la coordinación con la JS.

Un segundo tema implica las particularidades y condiciones de los sistemas de información y los registros obligatorios en los distintos sistemas de información y sobre la inversión de tiempo en estas tareas.

Se profundiza en la participación social, las necesidades de capacitación, y se pide la opinión sobre los problemas y sus posibles soluciones, en la entrevista al director de establecimientos para la atención médica en el segundo nivel se hacen las mismas preguntas que al director del establecimiento de primer nivel, pero adaptadas al ámbito de responsabilidad del entrevistado.

En este se hace especial énfasis en las características y capacidad del hospital, la población de su responsabilidad, la cartera de servicios y su funcionamiento durante las 24 horas, la existencia de áreas de terapia intensiva, las principales causas de atención y el porcentaje corresponde a partos y el porcentaje de ocupación.

Se interrogan a estos directivos sobre las características de las redes de servicios de salud en las cuales el hospital participa con particular énfasis en los mecanismos de interacción con las unidades del PNA, así como en los procedimientos de atención especializada de urgencia, y sobre los problemas y necesidades relacionadas con las atenciones que deberían de resolverse en el hospital, además de las medidas tomadas para resolverlas.

Se hacen básicamente las mismas preguntas sobre los sistemas de información que para la unidad de PNA y se interroga sobre el tipo de capacitación o educación continua que se imparte y las requeridas para mejorar la atención.

Se refiere sobre las formas de participación de la comunidad demandante de los servicios al hospital y sus otras formas de organización, y sobre las características de su participación.

Por último, se pide la opinión sobre los principales problemas y sus posibles soluciones, el trabajo en campo se documenta en una memoria fotográfica abundante.





LA AUDITORÍA MÉDICA

La auditoría médica es la segunda metodología cualitativa y consiste en la supervisión realizada en los hospitales de 30 camas o más.

La auditoría médica requiere de un entrenamiento específico y generalmente se lleva a cabo por personal médico o de enfermería. Esta metodología pone énfasis en el análisis in situ de los procesos y permite proponer opciones de mejora.

Detecta además áreas mal planeadas, áreas en construcción, en proceso o abandonadas, así como equipo ocioso, sobredimensionado, descompuesto o sin instalar.

Este análisis proporciona las bases para hacer propuestas de reingeniería de procesos y reestructuración a ciertas áreas del hospital para responder más eficientemente ante problemas prioritarios que carecen de una oferta de servicios suficiente, con un costo relativamente bajo.

Derivado de esta experiencia se está trabajando en la elaboración de la Cédula Única Nacional de Auditoría Médica (CUNAM), que tiene por objetivo establecer el diagnóstico estructurado del estado que guardan las unidades hospitalarias e instrumentar mecanismos de intervención mediante la capacitación al personal directivo, incluyendo a directores, subdirectores y jefes de departamento, que permita alinear los procesos a fin de garantizar la seguridad de los pacientes.

La construcción y articulación de estas metodologías ha sido importante como herramientas que permiten ordenar las intervenciones para el mejoramiento de los servicios de salud y que favorezcan la puesta en marcha de la estrategia de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos.

Se confirma la propuesta de construir desde abajo hacia arriba, robusteciendo prioritariamente los establecimientos de PNA a fin de que puedan brindar los servicios básicos e integrar las redes de servicio a partir de las necesidades identificadas en ese nivel.

La aplicación de estas metodologías ha puesto a descubierto que una parte importante de los servicios federales y estatales de salud no dispone de la información requerida ni de la organización necesaria para realizar una planeación estratégica de mediano plazo. Esta situación explica, en conjunto con la corrupción, las lamentables condiciones de sus servicios.

Por otra parte, ha permitido analizar el funcionamiento de la jurisdicción sanitaria como centro ordenador de las actividades del PNA que debería resolver el 75-80% de la problemática de salud de la población; mantra repetida en la política



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

sanitaria pero pocas veces cumplida. De allí se desprendió la necesidad de repensar su funcionamiento y sustituirla por el Distrito de Salud.

Los estudios realizados usando estas metodologías han llevado a avanzar en la formulación de otras metodologías operativas que proporcionan elementos para reconstruir, además de que facilitan la combinación con el análisis de déficits en los indicadores básicos de recursos por población y la georeferencia de unidades. Lo anterior, constituye la base para determinar los faltantes de servicios para constituir las RISS y calcular el costo de establecerlas y operarlas.

La transformación a fondo del actual sistema público de salud requiere de una visión de mediano y largo plazo sobre el punto de llegada. A su vez, esto requiere de un método de transformación y un instrumento metodológico para operar el cambio.





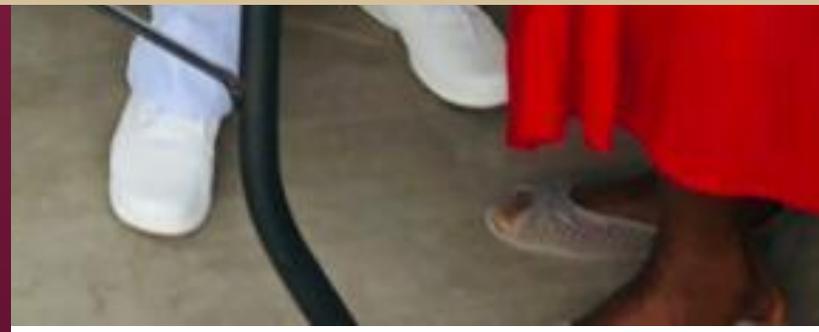
GOBIERNO DE
MÉXICO

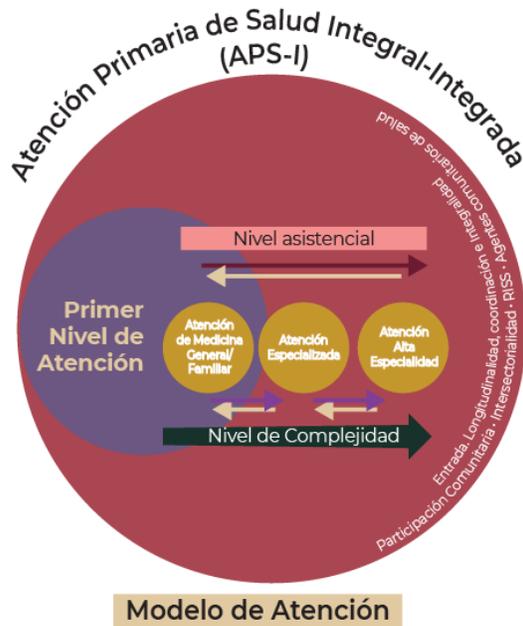
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





**APS-I MX Y PRIMER
NIVEL
DE ATENCIÓN (PNA)**





Modelo de Atención

Ilustración 1. Modelo de Atención APS-I.
Fuente. SIDSS - DGPLADES - SAODIR (2019)

El Modelo de Atención de la APS-I Mx como se muestra en la imagen, inicia desde el primer contacto con la persona para la prevención y promoción para conservar la salud y una vez que la condición de salud lo requiere, continua con la atención asistencial ambulatoria primaria del PNA, para aumentar según la complejidad y especialización de la atención a la condición salud que requiere la persona.

El tránsito desde la atención de medicina familiar o general hasta la de alta especialidad, no es forzosamente lineal, es decir, obedece a la necesidad de atención de la persona.

Para garantizar el acceso y continuidad de la atención es imperativo el trabajo coordinado e integral de la comunidad y del sector, así como contar con las redes y la participación constante de los agentes de salud.

Es importante que todos los involucrados en el sistema de salud, entiendan la diferencia entre el Primer Nivel de Atención y la APS-I.

La APS-I Mx es una estrategia que engloba y amplifica los trabajos de los actores y acciones que se encuentran destinados para la atención de la salud, mediante el uso de los bienes e insumos necesarios para diagnosticar y tratar los padecimientos de salud.



Ilustración 1. Modelo de Atención APS-I Mx, Estrategia mexicana. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019).





**DISTRITO DE SALUD
(DS)**



A continuación, se desarrolla el concepto y la conformación del Distrito de Salud (DS) que sustituye a la Jurisdicción Sanitaria (JS), y desde donde se desarrollan las actividades del primer de atención, no sin antes identificar las etapas de la transición.

Caos. Para identificar la causa raíz de las deficiencias y áreas de oportunidad para mejorar el sistema de salud hacia un sistema con el modelo de la APS-I Mx fue preciso adentrarse a la vorágine de eventos, sucesos y hechos que transcurren entorno a la administración de los servicios de atención a la salud que se inició con las metodologías participativas descritas arriba.



Ilustración 2. Caos. problemática de las JS. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)

Orden. El principio del orden es el resultado de la clara identificación de los problemas más significativos y de la agrupación de estos, de acuerdo a la semejanza de las problemáticas.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.



Ilustración 3. Principio del Orden. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)

Soluciones. Una vez agrupados los problemas en los que se diluía la calidad, esfuerzos e inversión para la atención a la salud, se proponen funciones que den solución a estos y conlleven a generar el soporte a la transformación del caos a una administración sólida.





Ilustración 4. Solución de problemas. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)

De esta manera surgen los componentes funcionales que dan estructura, composición, colaboración e interrelación entre actores, competencias, acciones y la estructura orgánica del Distrito de Salud.



Ilustración 5. Distrito de Salud. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)



CONCEPTO DEL DISTRITO DE SALUD (DS)

Se designa con el término de “Distritos de Salud” al Organismo de la Secretaría de Salud con carácter técnico-administrativo y de gestión del Sector Salud, facultado para planear, coordinar, ordenar, ejecutar y evaluar los procesos del modelo de APS-I Mx, para contribuir a garantizar el derecho universal a la salud en su territorio de responsabilidad.

PROPÓSITO PRINCIPAL

Mediante la figura de DS se coordinarán las acciones del APS-I Mx en las comunidades y áreas bajo su responsabilidad. Como ente administrativo el trabajo es integrado con los programas, e integral para las actividades de las unidades prestadoras de servicios de salud, además de que se vincula de forma activa con la población promoviendo la participación comunitaria dinámica y continua, para crear en la población un estado de pertenencia y proactividad entorno a la propia salud comunitaria.

De igual manera, el DS promueve y coordina las interacciones de las unidades de salud presentes dentro de su territorio, para otorgar atención a los usuarios que requieran un nivel más especializado de atención. Así tendrá el compromiso de identificar y canalizar de forma oportuna, inmediata y segura a las personas que necesiten atención médica del algún nivel que no esté disponible en las unidades médicas del DS, en apego al objetivo de atender la salud de la población.

Las acciones de los DS están fundamentalmente enfocadas a:

- Impulsar la participación comunitaria en los aspectos referentes a la salud de la población.
- Coordinar la prestación de los servicios de salud de todas las instituciones públicas.
- Identificar y atender los riesgos a la salud en el entorno de las personas, las familias y la comunidad, propiciando la colaboración de otros sectores.
- Vigilar el cumplimiento de la normatividad en las instituciones públicas, privadas y sociales prestadoras de los servicios de salud.





Ilustración 6. Acciones de los DS. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)

La nueva propuesta es consolidar el tránsito de un modelo centrado en la atención intrahospitalaria a un modelo cuya base se conforme en la comunidad con mayor énfasis en las acciones de promoción y prevención, en el mismo sentido de que promueve y potencializa la resolución ambulatoria de los problemas de salud al fortalecer la atención de primer nivel, con mayor capacidad resolutoria, sin descuidar la atención hospitalaria.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

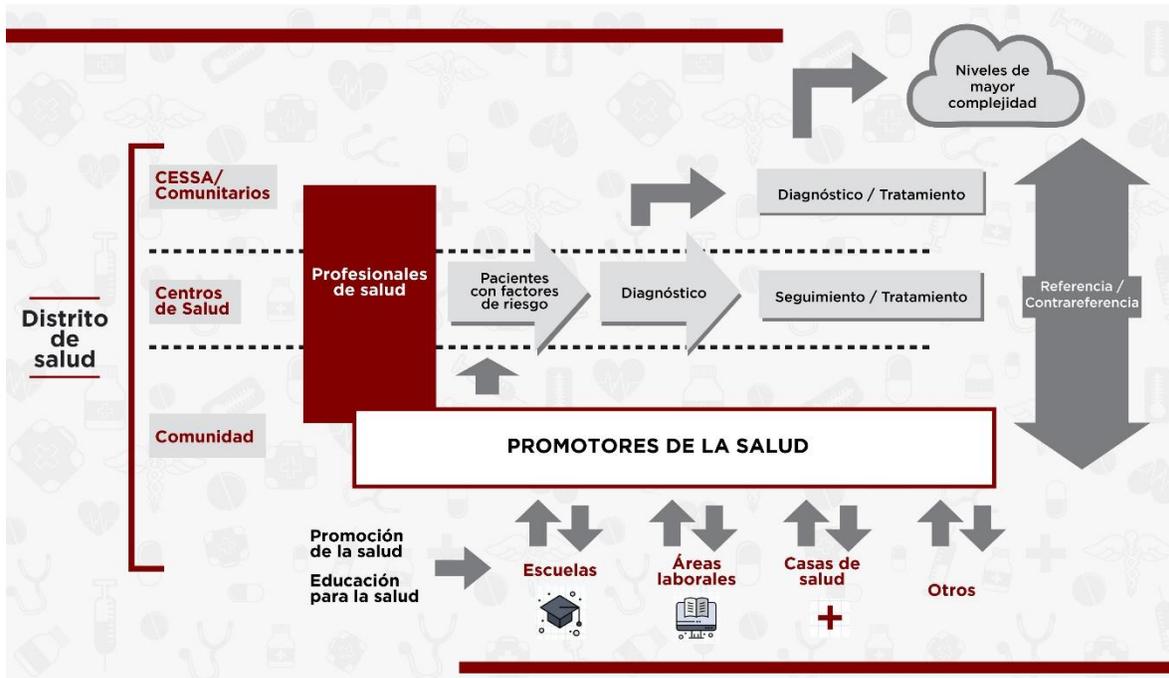


Ilustración 7. Articulación de la Atención del DS. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)

Al ubicar a la persona como parte fundamental de la familia, la familia de la comunidad y la comunidad como el soporte de la persona se plantea el paradigma de articular la atención primaria a la salud desde el enfoque familiar y comunitario como base del sistema de salud.

En este sentido el modelo se fundamenta en las estrategias que articulen el tránsito de la persona a lo largo del sistema de salud, donde se realice el trabajo personal, familiar y comunitario para el cuidado de la salud y conductas saludables dentro de un marco de autorresponsabilidad. Se soporta con la infraestructura, recursos y servicios brindados mediante una óptima organización del sistema nacional de salud.

Este modelo replantea la conceptualización del Primer Nivel de Atención en México con un fortalecimiento de la acción comunitaria y participación de promotores de salud que sean un eficaz elemento de detección temprana y contención del envío de los pacientes hacia los niveles de atención más complejos.





GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD





**COMPONENTES
FUNCIONALES DEL
DISTRITO DE SALUD**



Los componentes funcionales se definieron a partir de los nueve componentes del “Proyecto Estratégico para Desarrollar las Jurisdicciones Sanitarias” de 1989. Se adaptaron para dar solución a las problemáticas actuales identificadas en el Censo Estratégico 2019 y se adicionó la gestión de las RISS, para englobar las acciones de salud del APS-I Mx (educación, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos).



Ilustración 8. Los componentes funcionales de los DS como apoyo de las acciones de salud. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)

Todas a las áreas de los Distritos de Salud deberán operar con una visión integrada de estos componentes, para los cuales se considera lo siguiente:

PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN COMUNITARIA



La participación y organización comunitaria busca crear vínculos formales con las comunidades para que sean aprovechados los recursos disponibles y lograr entornos sanos para las personas, las familias e incluir la participación en la toma de decisiones.

Se contemplan las siguientes áreas de interés



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

- Equipos multidisciplinares de salud.
- Apoyo a las personas en la toma de decisiones basadas en evidencia para el fortalecer el autocuidado.
- Implementación de acciones de capacitación, educación y apoyo por parte de los equipos multidisciplinares para desarrollar habilidades para identificar y resolver problemas, establecer metas y crear planes para mejorar la salud de la comunidad.
- Identificar a las organizaciones que otorgan atención a la salud en las comunidades.
- Identificar y promover vínculos con organizaciones sociales y culturales.
- Participación de la comunidad organizada a través de un comité electo en la toma de decisiones de creciente complejidad.

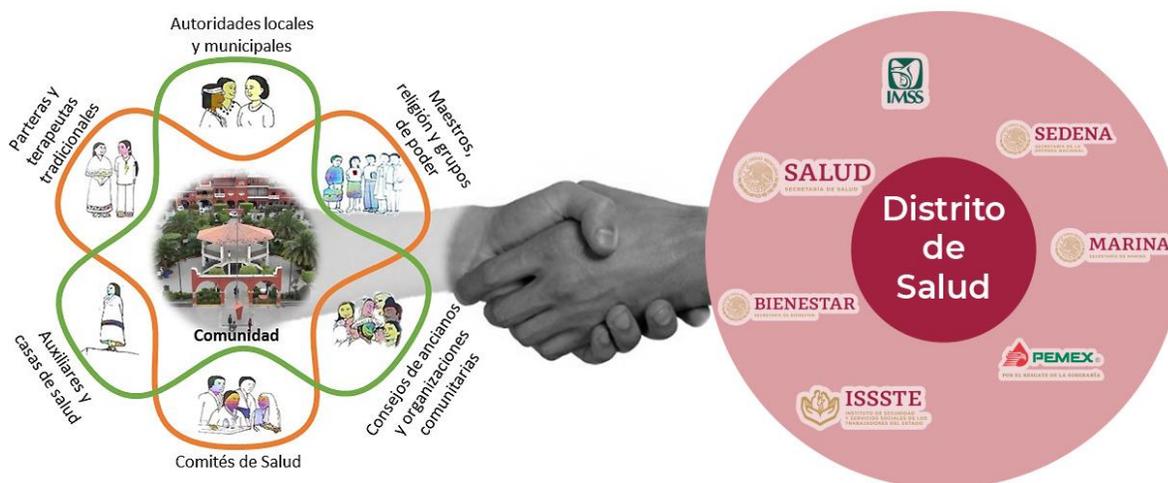


Ilustración 9. Interacción en la Participación comunitaria. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)

Es primordial expresar que la participación comunitaria no depende de un área, departamento o dirección dentro de los DS. Este enfoque pretende implantar la interacción de las áreas, departamentos y componentes para incidir en los atributos de la mejora de la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, con el tiempo se elegirá un comité de salud para la participación en la planeación y selección de acciones a nivel del DS.





ENTORNOS SALUDABLES



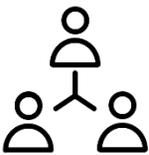
Es una estrategia para prevenir riesgos, daños, conservar y fortalecer la salud; a la par, de empoderar a la población para ejercer su ciudadanía, esto es, ejercer sus derechos políticos, sociales y culturales para participar en la vida pública.

El distrito interviene institucionalmente en los procesos de diagnóstico, planeación, control, toma de decisiones y acciones que se llevarán a las comunidades, familias y personas para garantizar su derecho al acceso y protección a la salud.

Los elementos, hasta ahora identificados, de especial atención para favorecer entornos saludables son:

- El abasto o cuidado de la comida, agua y vivienda.
- El manejo de la basura.
- Plaguicidas y otras sustancias nocivas ambientales.

Coordinación Sectorial e Intersectorial



Se propone articular todas las instituciones que prestan servicios de salud, independientemente de la condición laboral de la persona, para formar un Sistema Nacional de Salud (SNS) equitativo, eficiente y accesible

El Sistema de salud se compone por todas las instituciones interrelacionadas de una sociedad que inciden directa o indirectamente en la salud, además del SNS. Por ejemplo, sectores como educación, servicios públicos (agua, drenaje, electricidad, transporte, etcétera). Adicionalmente habría que considerar al proceso del sistema económico, político y los elementos culturales de una sociedad o grupo que inciden la salud.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

Coordinación Sectorial

En la conformación de la estructura de los DS se considera el Área de continuidad de la Atención, la cual es la encargada de monitorear la resolutivez de los servicios de primer y segundo nivel de atención para poder garantizar a las personas el tránsito óptimo en la ruta de atención médica continua que mejore su condición de salud.

La articulación del SNS en los servicios de salud genera:

- Aumento de los puntos de primer contacto a los servicios sin importar el tipo de condición laboral;
- Mejor acceso a servicios de mayor complejidad;
- Uso racional y eficiente de los recursos disponibles para el sector;
- Diagnósticos oportunos y tratamientos precoces para mejorar la condición de salud de las personas con los servicios recibidos;
- Atención Médica continúa desde la detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, control y rehabilitación que las personas requieren para la protección de la salud.

Coordinación Intersectorial

El DS opera en conjunto con los sectores que coadyuvan a otorgar atención a la salud de una población en un territorio específico.

Las acciones y actividades deben ser integrales dentro del DS y centrados en las necesidades de la persona respecto a la salud, nutrición, cuidado e higiene, además de encontrarse vinculados al desarrollo social.

Las alianzas entre sectores, institutos, comunidades y familias deben contribuir a ofrecer la atención y servicios de salud necesarios a las personas, sobre todo a los más pobres, mediante actividades centradas en la persona, familia y comunidad fundamentadas por políticas nacionales multisectoriales y recursos adecuados.



Ilustración 10. Coordinación Sectorial. Fuente: SS – DGPLADES - SAODIR (2019)





Ilustración 11. Coordinación Intersectorial. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)

EDUCACIÓN CONTINUA Y CAPACITACIÓN



Es imperativa la necesidad de fortalecer y desarrollar las capacidades de los actores que participan dentro del proceso de acción de la salud, tanto en la población, el personal de salud y el personal de apoyo, en todos los niveles.

Así, este componente considera tres partes fundamentales para el óptimo desempeño de los DS:

1. Formación y educación continua, de aquellos que laboran en cada DS, desde el ámbito administrativo.
2. Capacitación para los prestadores de servicios, es decir, aquellos que tienen contacto directo con las personas para el proceso de atención.
3. Capacitación de los miembros de la comunidad, a fin de proporcionar elementos para una participación activa e informada de ellos.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

Las etapas básicas para llevar a cabo el proceso de formación y educación continua de cada uno de los miembros que conformen el DS son:



Ilustración 12. Etapas básicas de formación y educación continua. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)

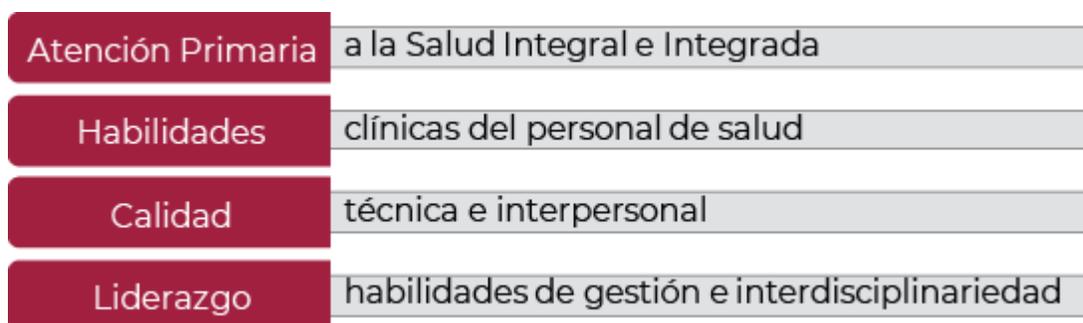


Ilustración 13. Ejes de la Estrategia Nacional de Capacitación del personal de salud.

Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)

MONITOREO, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.



El monitoreo, evaluación y seguimiento son los instrumentos para la conducción y orden de las funciones y actividades en los DS.

La evaluación es uno de los elementos fundamentales del proceso de planeación que permite alcanzar los objetivos y metas, garantizando el uso racional y justo de los recursos. Resulta indispensable desestigmatizarlo ya que, en la actualidad, la evaluación se ubica como un proceso de fiscalización más que como un elemento de conducción y orden.



Se espera lograr con la colaboración de los servicios estatales de salud, no solo un cambio en la organización de los servicios y del modelo de atención sino también lograr que la evaluación conviva de manera natural con todos los tomadores de decisiones, los operadores de los sistemas y los prestadores de servicios de salud a la población. Para ello se propone una serie de indicadores que contemplen elementos de la estructura de los servicios de salud, de los procesos que allí se desarrollan y de los resultados que se obtengan en cada DS.

La Secretaría de Salud compromete la asesoría amplia y suficiente para que se instauren procesos de autoevaluación y de evaluación externa.

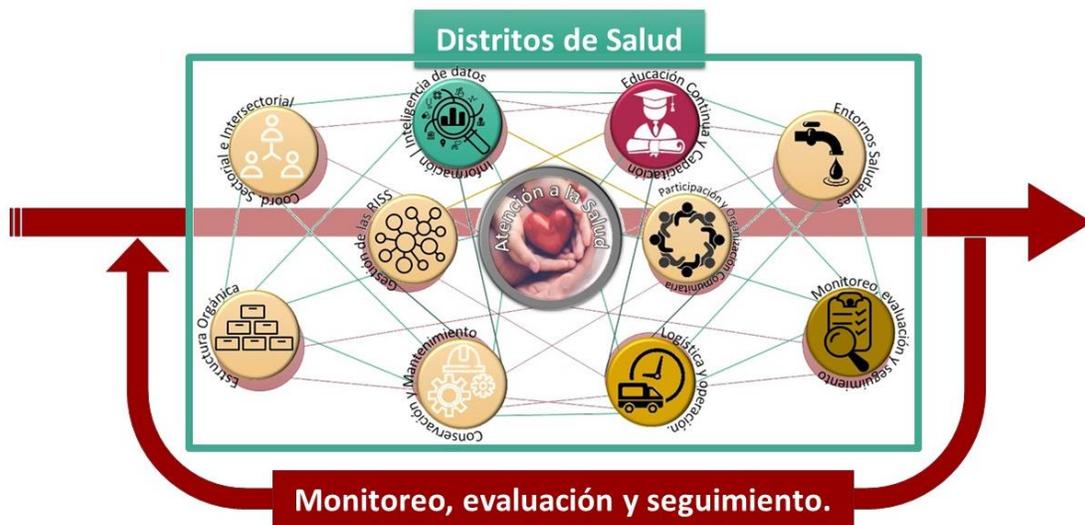


Ilustración 14. Sistema de control de lazo cerrado de los DS. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)



GESTIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)



Las RISS integrarán las redes comunitarias y de atención de los diferentes prestadores de servicios garantizando el continuo de la atención. La finalidad de este componente del DS es gestionar los recursos para garantizar la ruta de atención médica continua desde las redes de atención comunitaria hasta las redes de atención de salud (institucional) para dar respuesta a las necesidades de atención de la población.

Este componente pretende hacer visibles los elementos implícitos de la estructura de las redes, al reconocer los procesos, grupos de trabajo y todos aquellos actores y elementos que la constituyen, para poder seguir la ruta de tránsito de las personas por las redes para la atención de su condición de salud de forma ágil, oportuna y resolutive.

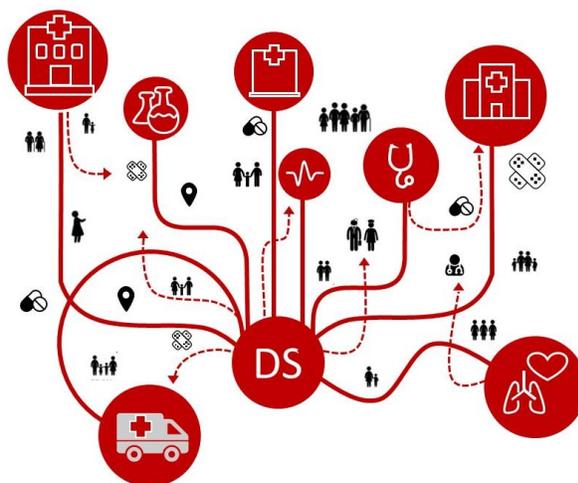


Ilustración 15. Gestión de Redes. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019). Basado en RISS (2014)

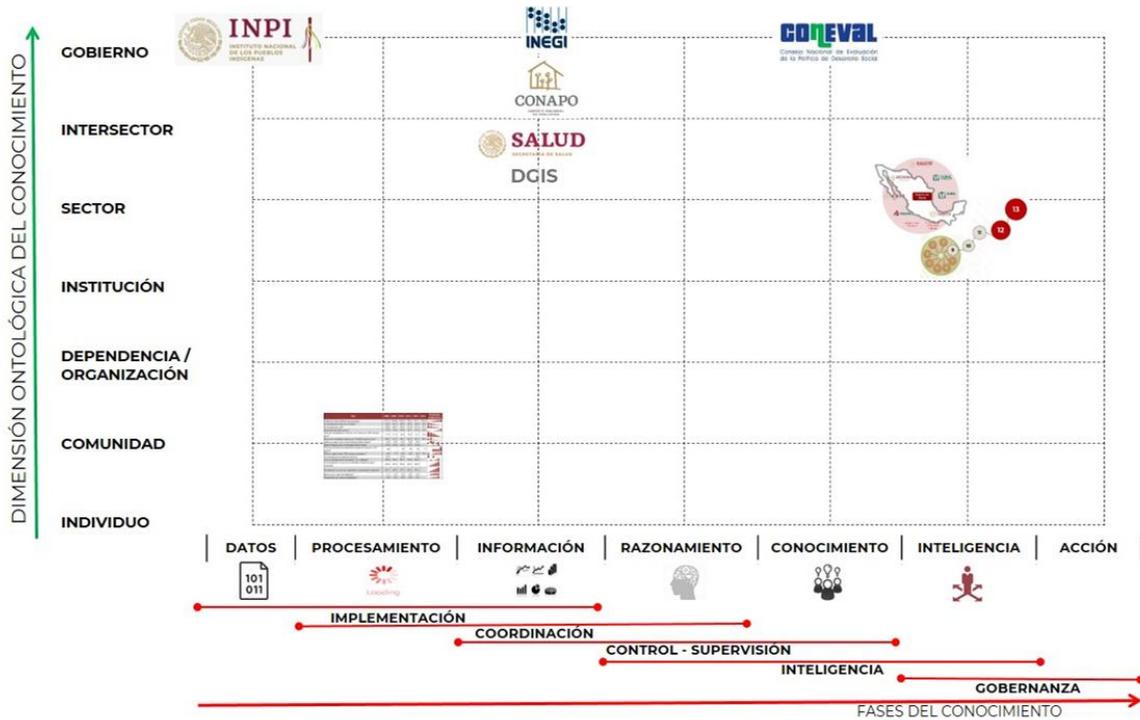
INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS



Este componente trabaja el sistema de información para la gestión, es decir, genera la información necesaria para la operación de los sistemas de salud. Busca registrar toda la información necesaria para contar con los insumos que permitan conocer la atención y ofrecer información para la toma de decisiones y la planeación integral dentro del DS.

Desde aquí se procesa la información para poder medir las unidades mediante una visión integral que fortalece la información y posibilita conocer el comportamiento del DS, todo mediante el desarrollo de fases de conocimiento en el que se vinculan las dimensiones o fuentes de conocimiento con las funciones del DS.





Se proponen cinco funciones esenciales para alcanzar una función eficaz y eficiente:

- Implementación: Se refiere a las actividades para producir los productos o servicios del distrito hacia la persona, familia, y comunidad.
- Coordinación: Son las actividades para producir los productos o servicios del DS hacia la persona, familia, y comunidad, mediante el uso compartido de una base tecnológica, objetivos, vínculos y tareas en común, junto con canales de comunicación bidireccionales.
- Control: Es establecer el método de supervisión adecuado que provea de información valiosa.
- Inteligencia: Es bidireccional entre el DS y su ambiente externo; proporciona información directa sobre las condiciones del entorno, la sociedad y los factores de perturbación.
- Gobernanza: Desde aquí se producen las líneas generales del DS para las acciones de prevención, promoción y atención a la población.



LOGÍSTICA Y OPERACIÓN



Logística y operación en los DS es la gestión de todas las acciones necesarias para garantizar la continuidad de las operaciones y la existencia de insumos médicos, de limpieza, administración, mantenimiento y de las tecnologías de las unidades de atención a la salud dentro del territorio de responsabilidad que le compete.

Las actividades logísticas deberán conformar un subsistema que sea el enlace entre las unidades en contacto con el paciente, las unidades administradoras y proveedores que están separados por el tiempo y la distancia, para conseguir la satisfacción de la demanda en las mejores condiciones de servicio, costo y calidad.

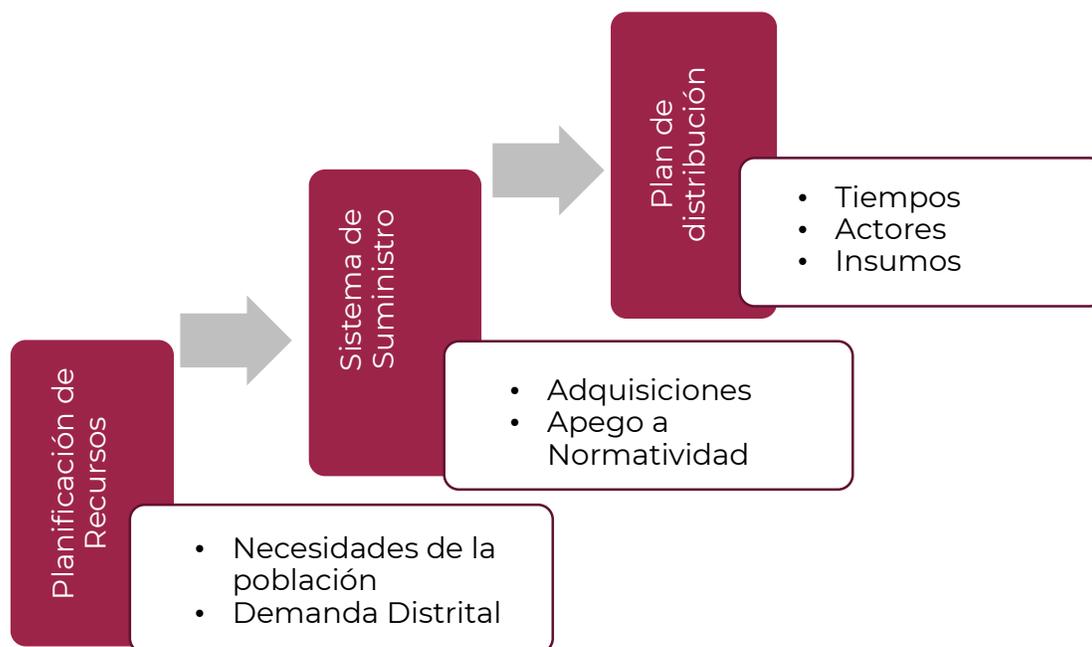


Ilustración 16. Actividades logísticas DS. Fuente: SS – DGPLADES - SAODIR (2019).

CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO



La Conservación y Mantenimiento es el conjunto de actividades técnicas y administrativas a desarrollar en inmuebles, sistemas, instalaciones y equipos, con la finalidad de que éstos recuperen, mantengan y ofrezcan los productos o servicios para los cuales



fueron diseñados dentro de un marco de seguridad, continuidad, eficiencia y economía.

Los DS deben promover y realizar las gestiones correspondientes para que en sus unidades se lleven a cabo programas y rutinas de mantenimiento, para minimizar los paros no programados y preservar la Infraestructura física (inmuebles y equipos) en condiciones óptimas de operación, los cuales, en la mayoría de los casos representan un costo menor de recursos financieros.



Ilustración 17. Actividades de conservación y mantenimiento. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019).

ESTRUCTURA ORGÁNICA



El cambio en la forma de operar los distritos implica un cambio en la estructura orgánica de los distritos, la cual se genera con el fin de administrar las funciones primordiales de la APS- Mx (Acción comunitaria, prevención, promoción y atención médica) y las funciones de apoyo entorno a esta (planeación, sistemas de información, recursos y regulación sanitaria).



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

En colaboración con las instituciones prestadoras de servicios se conformó estructura organizacional desde la Jefatura, 4 coordinaciones, divisiones y áreas.

- Jefatura de Distrito de Salud
- Coordinación de Acción Comunitaria
- Coordinación de Atención Integral a la Salud
- Coordinación de Planeación y Sistemas de Información
- Coordinación de Administración
- Coordinación de Regulación Sanitaria



La estructura propuesta considera la cercanía a las necesidades reales de la población. Esta es la razón de sustituir las JS por los DS, que conceptualiza el DS como un organismo con la capacidad para programar, dirigir, y evaluar los programas de atención médica para la población dentro de su territorio de responsabilidad.

Asimismo, tendrá la facultad de coordinar las acciones para la óptima atención a la salud, considerando los determinantes de la salud como representantes directos de las comunidades bajo su responsabilidad.

De esta forma, los DS serán los responsables institucionales más cercanos a la población y por tanto tendrán la relevancia de identificar necesidades y actuar en consecuencia.

Cabe mencionar que el nuevo modelo operativo tiene como fundamento las RISS en las cuáles los DS tendrán injerencia directa para su operación y consecuente evaluación. La innovación es que las RISS y los DS se estructura y se complementan escalonados en varias capas.

La nueva forma de operación considera mecanismos de evaluación constantes ya que la salud no es un tema estático y, por tanto, la estructura de las RISS iniciará y terminará con procesos de evaluación que permitan controlar y rectificar, en su caso, el rumbo y estructura.

En los servicios de salud orientados a la APS históricamente se han realizado evaluaciones mediante metodologías y herramientas complejas, mismas que en





muchas ocasiones buscan dar respuesta a las necesidades de los directivos, en su misión de mejorar el estado de salud de la población a la que sirven, por encima de las necesidades propias de la comunidad.

Por ello, el nuevo modelo obligará a los directivos de servicios de salud a adaptarse a los constantes cambios y necesidades del entorno en el que sirven, estableciéndose la coordinación del continuo de atención a través de redes de servicios de salud debidamente integradas y coordinadas.

El nuevo modelo considera la “Ruta de Atención Médica continua” que es el análisis necesario para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes a lo largo de todo el Sistema de Salud, articulado en Redes de Atención.





**REDES INTEGRADAS
DE SERVICIOS
DE SALUD**



Para migrar el sistema nacional de salud hacia el enfoque real de la APS-I Mx, uno de los principales mecanismos son las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Las definiremos como un ecosistema de información, procesos y procedimientos que resulte en una integración (horizontal, vertical, real y virtual) de los procesos de planeación, ejecución, monitoreo y control de recursos para la salud, permitiendo la gestión ordenada y dinámica de la prestación de servicios de salud de acuerdo a las necesidades de la población a lo largo del curso de vida. La OPS las define así:

“Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

Fuente: Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” OPS, 2010

Los atributos esenciales de las RISS son:

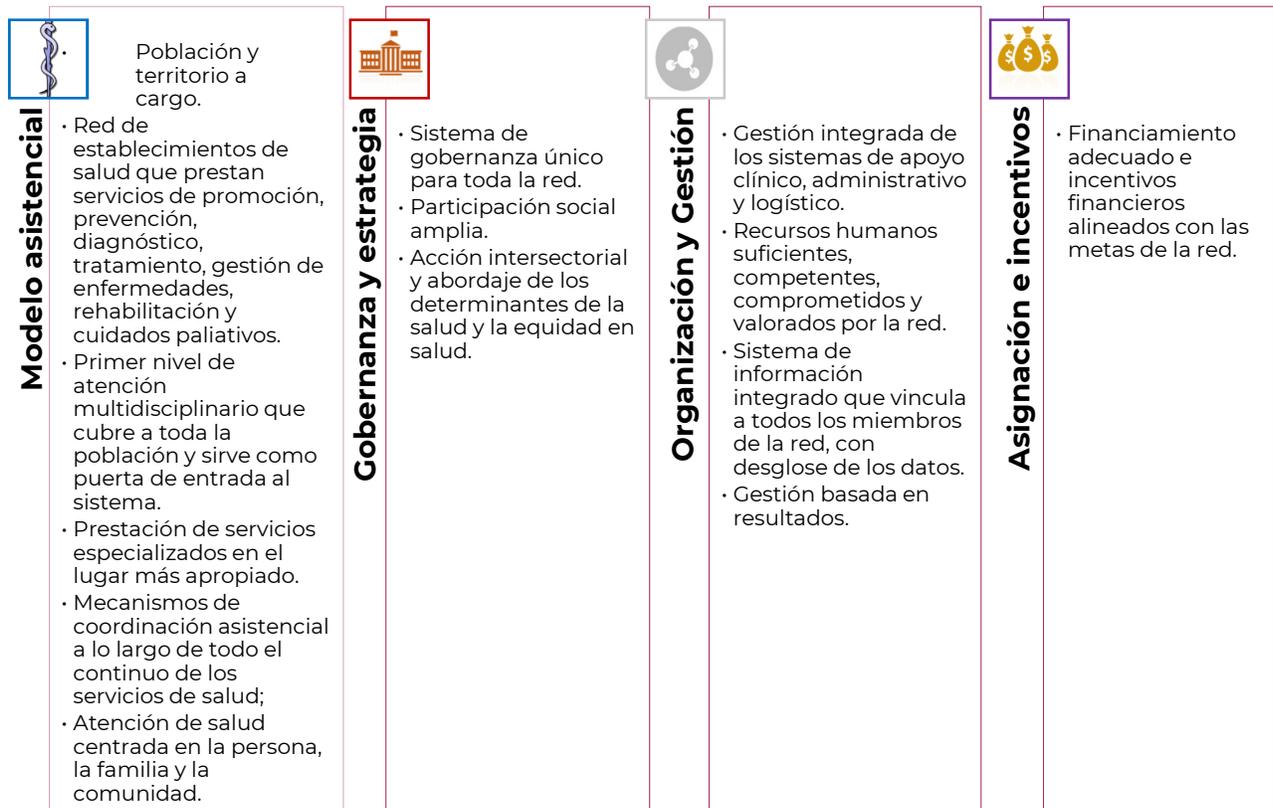


Ilustración 18. Atributos de las RISS. Fuente: SIDSS – DGPLADES (2019).



Las redes se constituyen por el conjunto de unidades de atención a la salud articuladas y coordinadas eficientemente para propiciar la oferta de servicios resolutivos, accesibles y efectivos de acuerdo a la necesidad de la población.

Esta articulación entre niveles de gobierno e instituciones deberá estar soportada por los respectivos sistemas de información, mismos que desarrollarán y regirán las reglas y la dinámica de los servicios de referencia y contrarreferencia entre las unidades, y generarán un sistema que articule los servicios de salud a nivel de red, y alimentará un sistema de procesamiento y registro a nivel nacional.

Este sistema representará el centro de control para el tránsito de pacientes entre las diferentes instituciones, subsistemas, unidades y actores de la manera que se vincule la demanda de servicios existente con la mejor alternativa de solución posible dentro del sistema. Es decir, la que proporcione una mayor efectividad al menor costo y con los mayores beneficios del paciente.

MODELADO DE SISTEMA DE SALUD CON ENFOQUE DE REDES DE SERVICIOS

Uno de los objetivos del sistema de salud es proveer servicios de salud para mantener a la población en un estado saludable, es decir, no solamente proveer los servicios o procedimientos específicos de salud, sino que debe asegurar la accesibilidad de los mismos a la población por un principio de equidad.

A fin de garantizar la equidad se deben realizar esfuerzos para que las personas conozcan sus derechos, conozcan dónde pueden concurrir y de qué manera deben participar en la conservación de su propia salud.

Establecer a la APS-I Mx como eje rector del flujo de las acciones para la salud es la renovación que implica una reorganización del sistema público nacional de salud en México. En consecuencia, se requiere mayor coordinación entre sus actores, siendo la persona en su entorno familiar y comunitario el centro de estas acciones.

Con la finalidad de crear microsistemas transparentes, oportunos, eficientes, seguros y confiables es preciso fortalecer las relaciones, principios y vínculos de colaboración entre sus diferentes componentes, logrando una mejoría en las operaciones globales.

Bajo estas premisas, la RISS considera un abordaje integral que impacte en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que influyen directamente en la



condición de salud de las personas, en la evolución de las enfermedades, la mortalidad y las desigualdades consecuencia del gasto para recuperar la salud o de la pérdida de esta.

ENFOQUE DE RISS

En el ámbito asistencial, este enfoque consiste en planificar y gestionar los servicios de salud que demanda la población de un territorio, de manera que se asegure el acceso, continuidad y calidad de los servicios en toda la red.

El análisis de las funciones, relaciones y actores de la atención a la salud en México, nos ha permitido identificar que es un sistema dinámico, cuya configuración y principios cambian a medida que interactúan todos los componentes entre sí. Para caracterizar el sistema y sus subsistemas es preciso tratarlos con métodos analíticos avanzados a fin de poder medir y cuantificar la estructura, apariencia, dinamismo, maduración, evolución, poder, topología, estabilidad y desempeño a fin de identificar las posibilidades o necesidades de ajustes.

La propuesta es constituir las RISS como una herramienta de gestión, evaluación y monitoreo de la salud, para propiciar la evolución del sistema nacional de salud como consecuencia de un proceso de retroalimentación en las RISS, donde se producen cambios y modificaciones derivados de las lecciones aprendidas en la operación de la misma y que dan como resultado un nuevo estado de la redes donde se capitalizan las experiencias del estado anterior sumada a las nuevas reglas que se generan por el contexto actual.

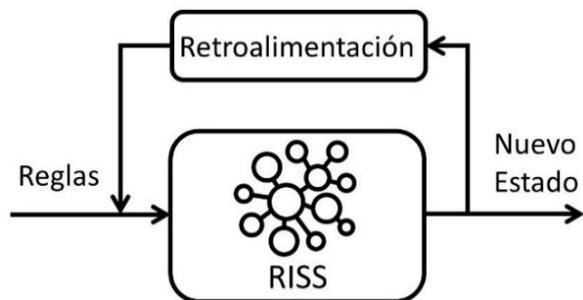


Ilustración 19. Evolución de las RISS.
Fuente: SIDSS- DGPLADES- SAODIR (2019) con base en SIDSS-DGPLADES- SEGR (2014)

La integración de información que se plantea en las RISS, considera el seguimiento de las personas en todas sus acciones para la salud, ya sea para la prevención, recuperación, rehabilitación y conservación de la salud; acciones que deben llevarse a cabo en las unidades con el nivel de complejidad correspondiente a la necesidad de salud.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA:
LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

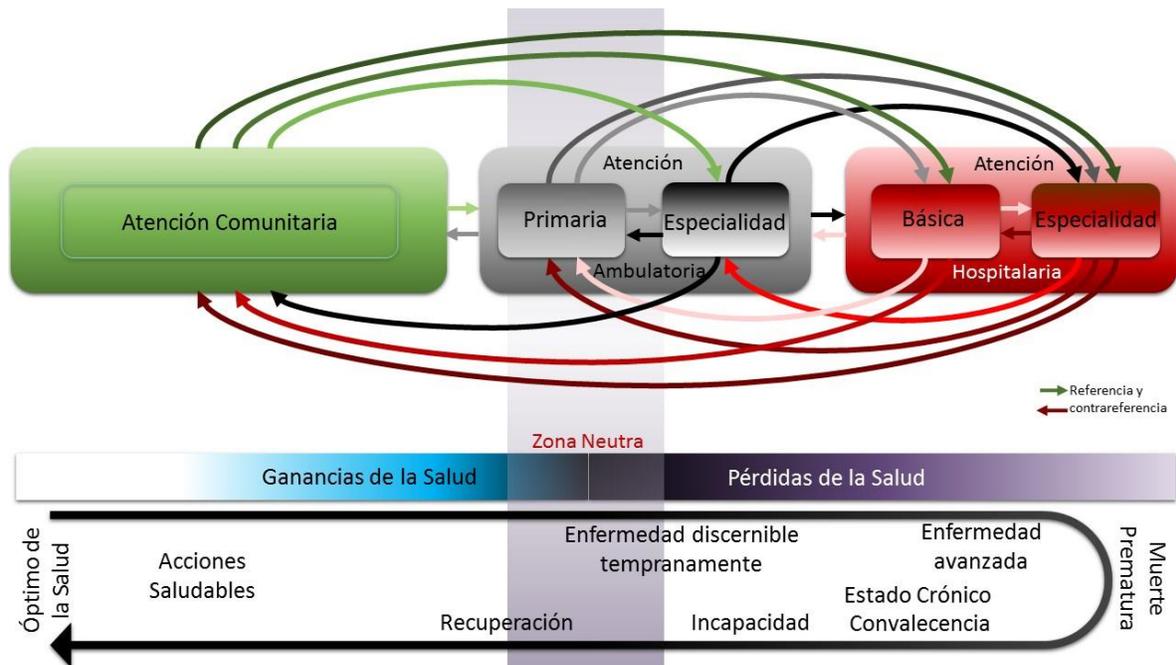


Ilustración 20. Referencia y Contrareferencia entre Niveles de Atención DS.
Fuente: SIDSS-DGPLADES-SAODIR (2019) con base en SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014)

Para el caso de la población con alguna afectación de salud, la estructuración de las RISS busca que los recursos de salud existentes, obedezcan a una secuencia lógica para la provisión de servicios hacia la persona, favoreciendo la protección y recuperación de la salud de las personas y en caso necesario el acceso efectivo, continuo, ordenado acorde a la capacidad resolutoria y nivel de atención de las unidades prestadoras de servicios.



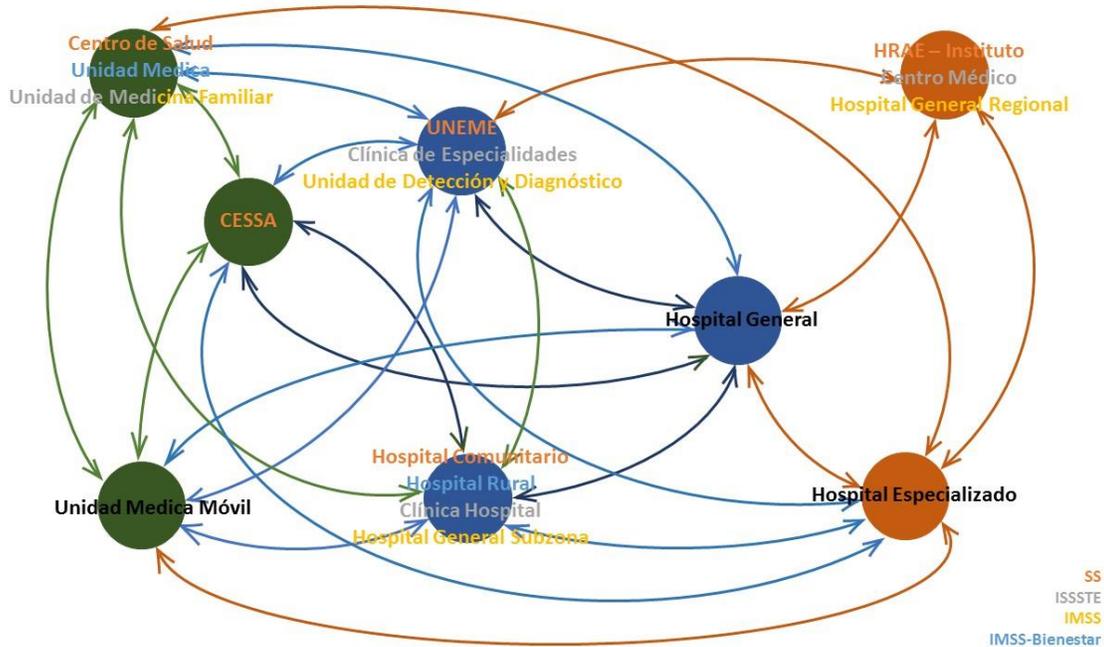


Ilustración 21. Vinculación de la Infraestructura en Salud. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014).

En la reingeniería de Redes, el uso de sistemas de información es de suma importancia para poder realizar el mapeo de la referencia y contra-referencia de las unidades en los diferentes niveles y capas de la red, para posteriormente establecer los vínculos más eficaces, buscando cumplir el objetivo de cobertura territorial, resolutive y a costo mínimo. Desde ahí la necesidad de medir puntualmente el desempeño de dichas redes, para evaluar su correcto funcionamiento.

De esta manera, la nueva operación en Redes considera las variables relevantes dentro del sistema de salud, y con base en la condición de salud y necesidades de las personas, se definen los recursos en la ruta de atención médica que se requieren para conservar, recuperar o mejorar esta condición.

Esto implica una atención integral en la línea de vida de la persona sana, con acciones de prevención y promoción hasta acciones de curación, rehabilitación y cuidados paliativos requeridas en cada etapa de la evolución de la enfermedad. Una vez identificados estos recursos es posible identificar que unidades prestadoras de servicios de salud existentes tiene la oferta resolutive para atender a la persona y con esto garantizar su tránsito en el sistema nacional de salud por una Ruta de Atención Médica Continua (RAMC).



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA:
LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

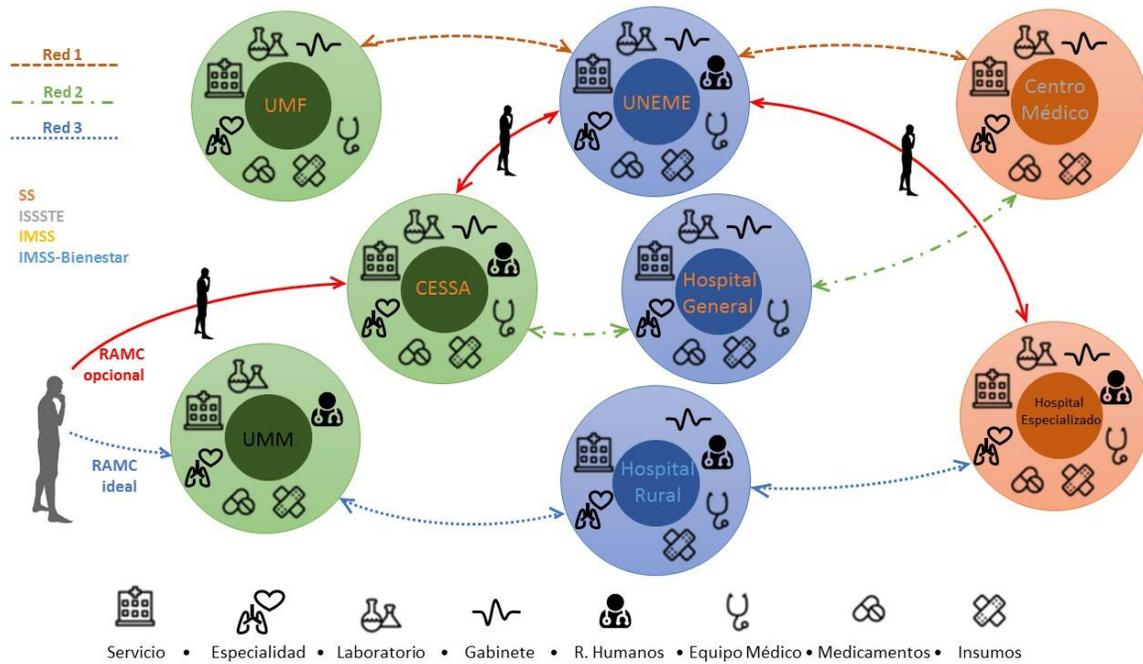


Ilustración 22. Ruta de Atención Médica Continua. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SAODIR (2019).

Con la incorporación de la RAMC como instrumento para la complementariedad de las redes e identificación de necesidades de recursos se pretende obtener el uso efectivo de la capacidad instalada evitando la duplicidad y subutilización de servicios, y en consecuencia conseguir la articulación como Sistema Nacional de Salud.

De esta manera se establece una línea explícita que vincula a la persona de cada municipio con las unidades disponibles en su red para los diferentes niveles de atención, especialidades y servicios.



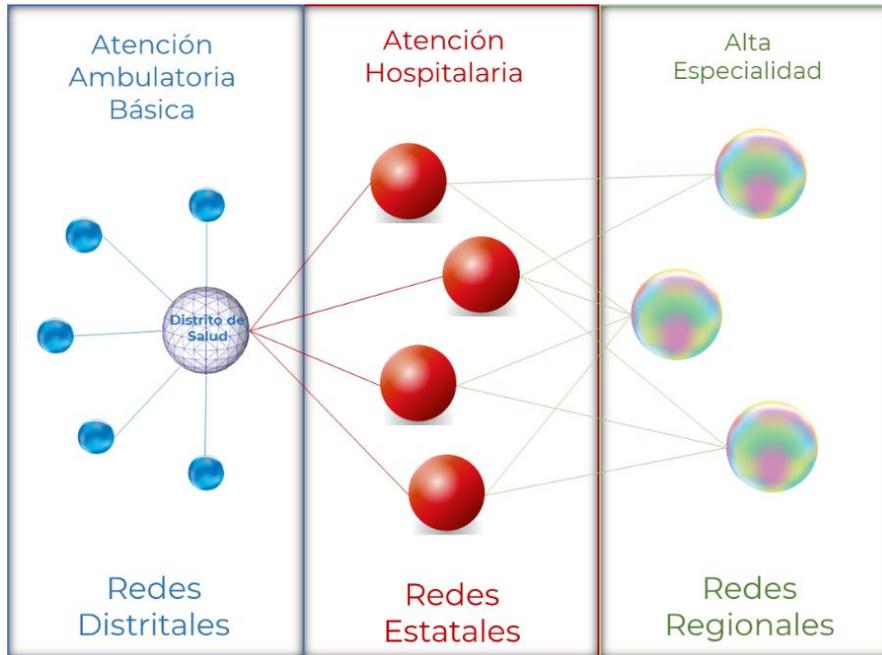


Ilustración 23. Estructura de la Red de Servicios desde la Tipología de las Unidades. Fuente: SIDSS-DGPLADES-DMN (2019)

Con la información de los elementos esenciales para una atención resolutoria se logra la aproximación que establece una correspondencia entre las capas de cada uno de estos. Asimismo, el seguimiento de las personas en los diversos niveles de atención permite establecer la “hoja de ruta” a través del sistema nacional de salud.





REINGENIERÍA



La reingeniería de las redes de servicios requiere ser replanteada de fondo en alineación con las políticas públicas actuales y, sobre todo, con la visión hacia el acceso efectivo a los servicios de salud. Se busca, con una nueva visión, el aprovechamiento óptimo de los recursos que integran la atención comunitaria, ambulatoria y hospitalaria –básica y de especialidades-, para configurar la red “de abajo hacia arriba”.

Es importante resaltar que la comunidad cuenta con una cultura y hábitos determinada por una serie de redes sociales y grupos de liderazgo específicos, que muchas veces son desconocidos por los servicios de salud. La articulación con ellos puede ser crucial para un desempeño eficiente de los servicios de salud.

El primer abordaje está hecho por capas para cada nivel de atención médica desde la capa ambulatoria básica hasta la capa de alta especialidad. Este permite establecer las condiciones iniciales para el proceso de revisión continuo para identificar la evolución organizativa hacia una estructura articulada de la infraestructura física en salud.

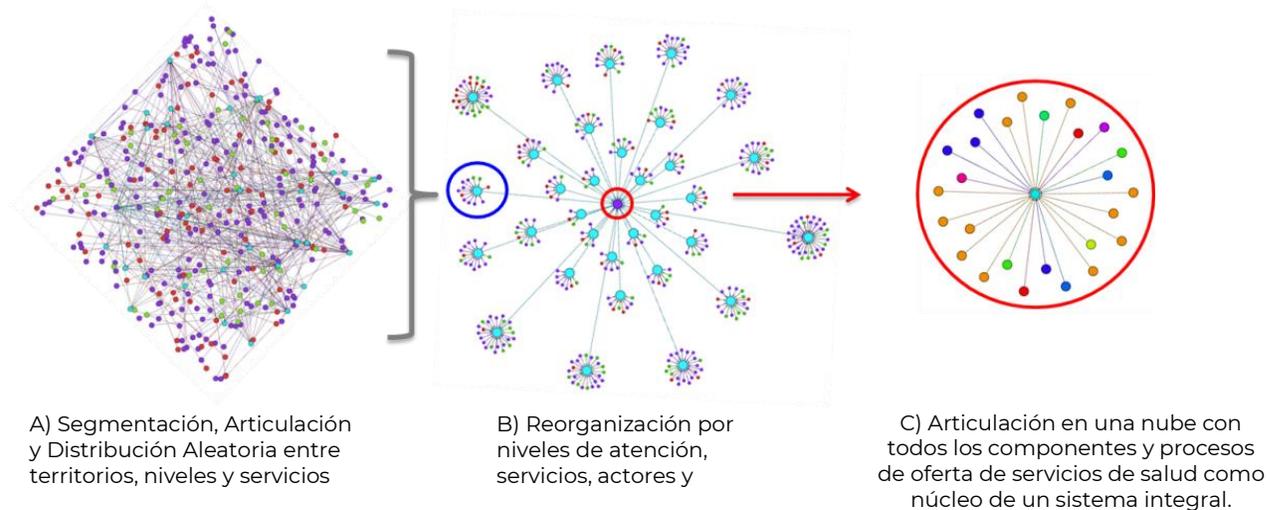


Ilustración 24. Integración Funcional del Sistema de Salud Mediante Redes DS. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014)

Se visualiza una organización mediante diversas capas donde el elemento de atención a la salud se conforma por la oferta de los servicios de salud existente en determinado territorio, de acuerdo al comportamiento de las comunidades, definido por municipios dentro de un DS. La conformación geográfica de las redes de la atención ambulatoria básica que se establecen para cada DS tienen una relación explícita con un universo delimitado de establecimientos de salud de los otros niveles de atención.



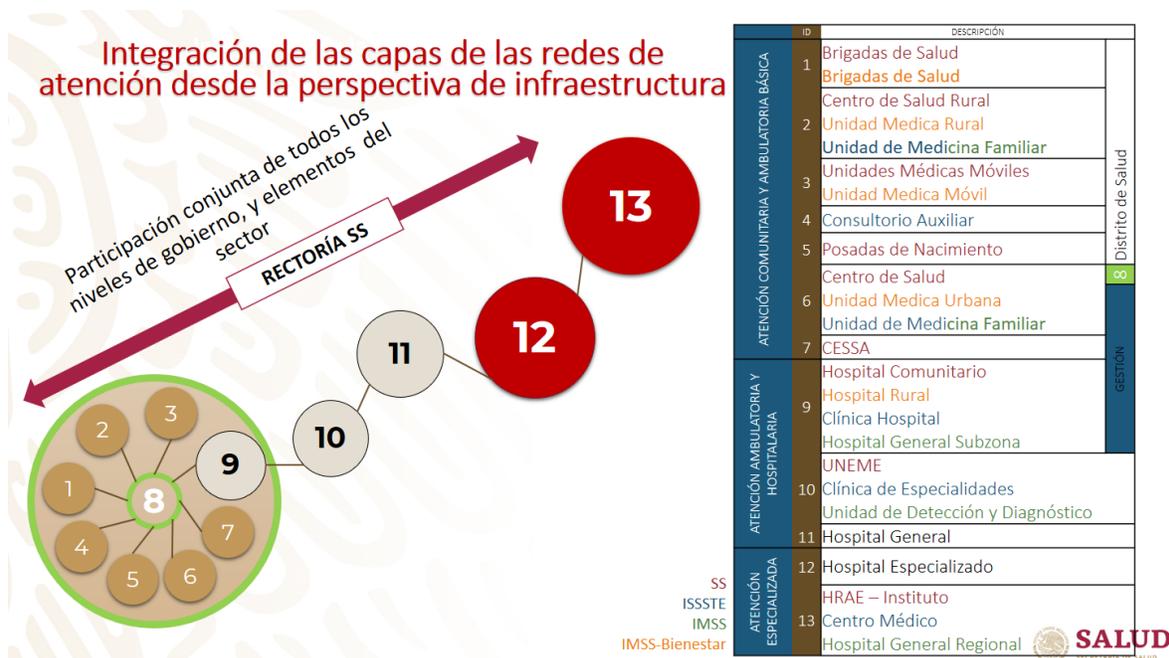


Ilustración 25. Estructura de las Redes en función la Tipología de las Unidades. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2019)

Con base en lo anterior, la propuesta de las redes de servicios se conforma por cuatro capas, capa de atención comunitaria, capa de atención ambulatoria primaria, capa de atención hospitalaria y capa de atención de alta especialidad, bajo las siguientes consideraciones

CAPA DE ATENCIÓN COMUNITARIA

Dentro de este nuevo enfoque de redes, es importante contar con una estrategia desde los servicios de salud, para identificar la cultura local, las interrelaciones comunitarias, los vínculos y redes sociales, los diferentes actores, sus expectativas y necesidades, así como una estrategia para su vinculación con la red de servicios y fortalecer las redes sociales comunitarias.

Por esta razón, se considera indispensable que la atención a la salud, se enmarque en un contexto comunitario de tal manera que se contemple la estructura de la red comunitaria que sostiene la salud del individuo. Esta capa está conformada por las redes sociales de la comunidad donde pueden coexistir diferentes actores tales como autoridades locales y municipales, maestros,



grupos religiosos, organizaciones sociales, Consejos de Ancianos y organizaciones comunitarias, comités de salud, auxiliares de salud y terapeutas tradicionales y parteras.

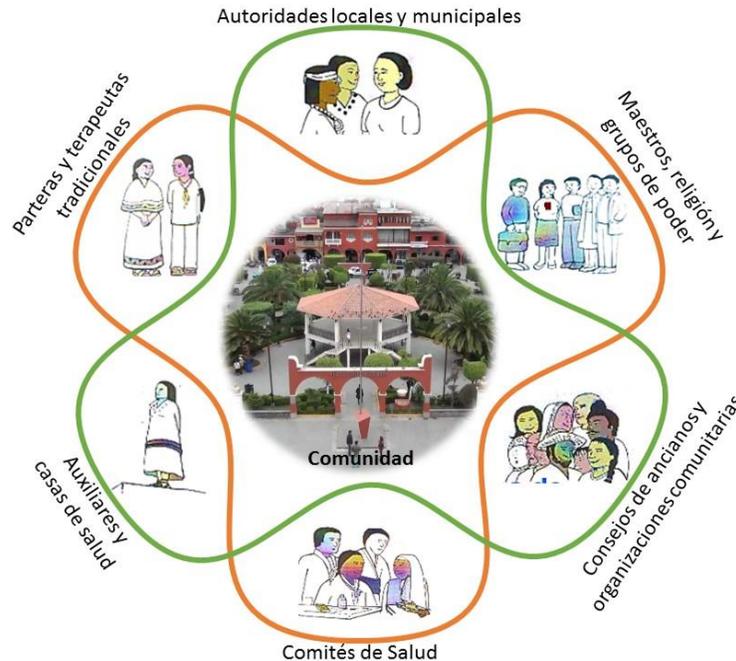


Ilustración 26 Actores que conforman las redes comunitarias Fuente: SIDSS-DGPLADES SAODIR (2019) con base en Modelo de Intercultural DGPLADES

CAPA DE ATENCIÓN AMBULATORIA PRIMARIA

Para la capa de Atención Ambulatoria Primaria (primer nivel de atención), se establece la articulación en el Distrito de Salud y se consideran desde las Unidades Médicas Móviles, todos los Centros de Salud y los Centros de Salud con Servicios Ampliados las unidades de primer contacto con las personas, familias y comunidades.



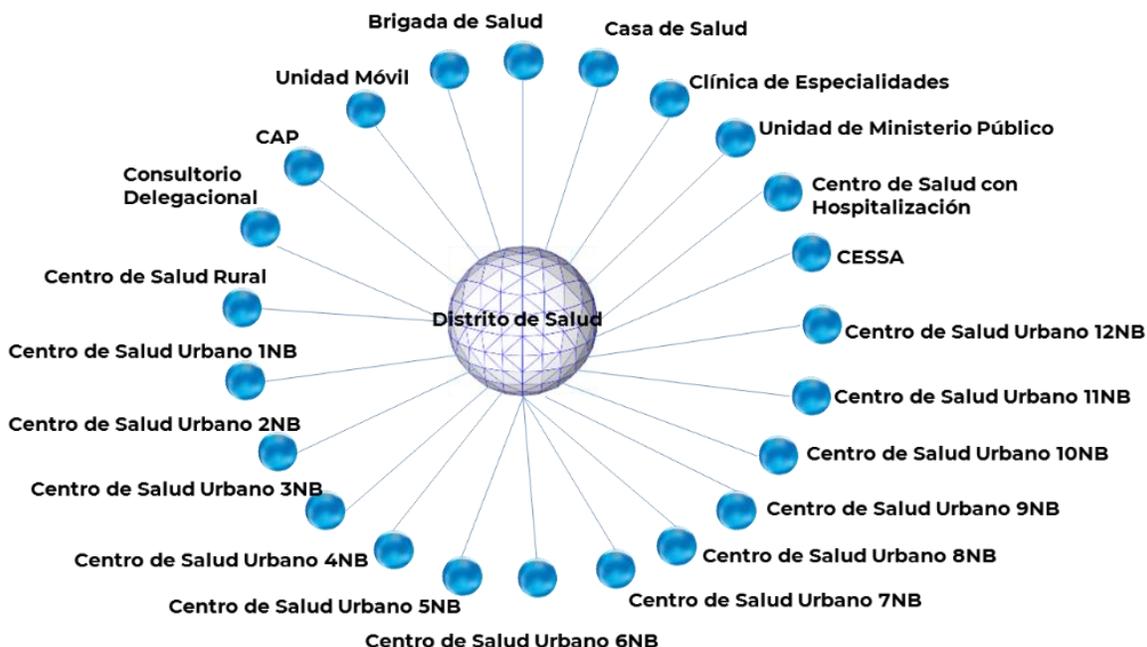


Ilustración 27. Universo de Tipologías para Capa de Atención Ambulatoria Básica. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014)

CAPA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

La literatura en salud nos refiere a que la base de la atención a salud es la atención comunitaria que junto con la atención ambulatoria (primaria y de especialidad) solventan el 80 a 85 % de la problemática de salud. En consecuencia, la demanda de atención de hospitalización (básica o de especialidad) solo comprende el 15% restante; situación que reduciría la demanda de este tipo de atención. Con el fin de hacer costeadables la implementación de servicios más complejos es preciso agrupar poblaciones hasta lograr una demanda de servicios constante que permita un beneficio sostenido de las inversiones que se realicen. Lo anterior produce una concentración de la oferta de servicios de atención hospitalaria, en ubicaciones que cumplen con los criterios de población establecidos en los indicadores de infraestructura en salud actuales.

Los servicios de atención ambulatoria se vinculan con la capa de hospitalización mediante la ruta de atención médica continua, una vez identificada la condición de salud de cada persona se refiere a la unidad que pueda ofrecerle la mejor atención dentro de la red correspondiente o complementaria.

De acuerdo a la tipología actual, el transitar de una persona referenciada se daría



hacia la mejor opción de hospitalización básica en cualquiera de las 5 opciones de la capa:

- Hospital Comunitario
- Hospital General
- Materno Infantil
- Pediátrico
- Salud Mental – Atención Psiquiátrica

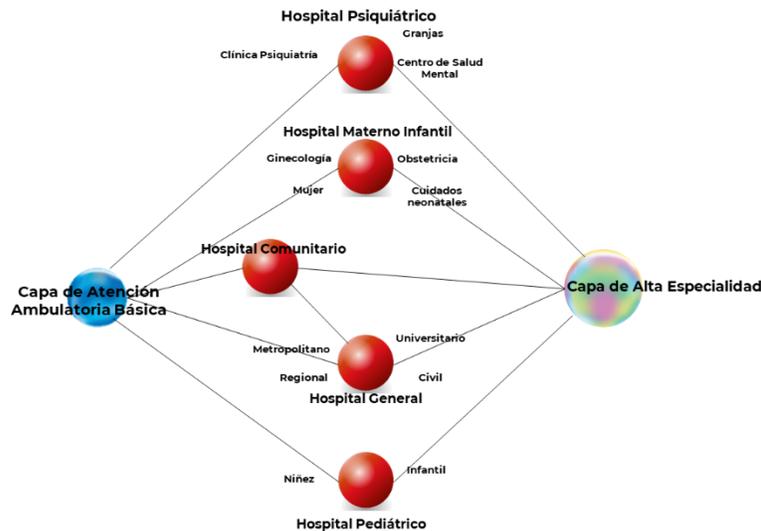


Ilustración 28. Estructura de la Capa de Servicios de Hospitalización Básica por Tipología. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014).

Para la re-estructura de la capa de servicios de hospitalización básica se proponen 32 redes, donde se establecen las relaciones explícitas entre los componentes que ofrecen servicios de mayor complejidad al interior de las redes, no solo para los servicios de hospitalización, sino para los establecimientos de apoyo, servicios de asistencia social, y auxiliares de diagnóstico.

El análisis de los flujos interestatales de las personas de segundo nivel demuestra que es indispensable establecer un mecanismo flexible que facilite la articulación explícita de la oferta de servicios de salud independiente a la organización político-territorial de las entidades federativas, para que las redes se configuren con mayor eficiencia, por la ubicación geográfica y tiempos de recorrido a las unidades prestadoras de servicios médicos, sin importar la entidad de residencia de la persona.



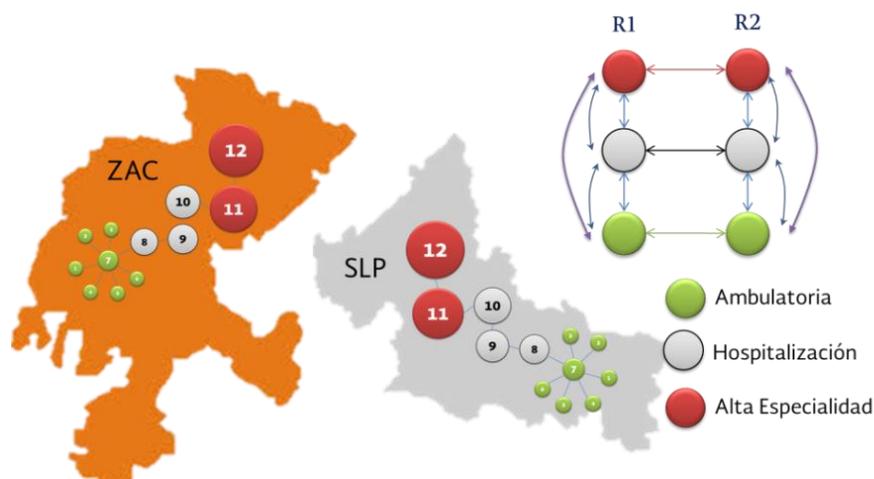


Ilustración 29. Colaboración entre Componentes, Capas y Redes de Atención. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014).

CAPA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DE ALTA ESPECIALIDAD

La atención de alta especialidad se enfoca al 3% de los padecimientos atendidos por el sistema de salud. Por tal motivo, es necesario optimizar los recursos para configurar un funcionamiento eficiente del tercer nivel de atención.

La regionalización de los servicios de salud de tercer nivel debe considerar factores geográficos, orografía, vías de comunicación, tiempos de recorrido, tasa de ocupación, capacidad instalada, oferta de servicios existentes en las unidades, factores logísticos, capacidad resolutoria, polos de desarrollo marcados dentro del programa nacional para el desarrollo urbano, entre otros.

De esta forma, se replantea la capa de las redes de atención (Hospitalización de alta especialidad) hacia una perspectiva de desarrollo social, vinculando particularmente la selección de la posible ubicación de estas unidades dentro de regiones de salud que a su vez armonicen con los polos de desarrollo marcados dentro del programa nacional para el desarrollo urbano, por la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano.

Esta articulación deberá ser planeada de acuerdo a factores geográficos, logísticos, de oferta de servicios, sistemas de referencia y capacidad resolutoria entre otros. Los límites de las redes deberán ser identificados por diversos criterios cuali-cuantitativos a fin de delimitar las fronteras que funcionen de mejor manera para la atención a la población en los estados articulados.

Se espera que, a partir de esta propuesta, se produzca una reubicación de los





municipios adyacentes en cada red, dependiendo de factores de calidad y organización, generando una libre demanda de servicios en la red que se considere más eficiente y resolutive. Esta actualización al estar en función de diferentes variables, requerirá un mayor nivel de estudio de los flujos de pacientes entre cada uno de los subsistemas de salud que se establecerán con esta nueva estructura.

Se propone que la articulación a los niveles Atención Hospitalaria de Alta Especialidad se realice utilizando a los hospitales estatales de mayor capacidad resolutive (servicios de especialidad) como gestores de la atención y posibles referencias hacia los servicios de alta especialidad dentro de los HRAES, Institutos Nacionales y Hospitales Federales de Referencia. Esta figura de gestión deberá fortalecerse para generar una instancia de gestión de redes de servicios que incluya esta función.

Adicionalmente, dentro de estas redes, existe un universo de unidades de atención estatal de especialidades (Hospitalización con Especialidades, Hospitales Universitarios, entre otros), mismas que dependiendo de su ubicación fortalecen la oferta existente para los Municipios y para la red donde se encuentran.

De igual manera, como en los otros niveles, es fundamental establecer un sistema de referencia y contra-referencia entre las capas de las redes de atención que permita gestionar la atención de alta especialidad realizada en los hospitales nacionales de referencia, los institutos nacionales o los hospitales que por su capacidad son considerados anclas de resolutive máxima.

De tal forma que la persona que presente las condiciones para ser atendido en este nivel, será caracterizada por el sistema para ser atendido en la unidad que sea la mejor opción, y una vez atendido, sea transmitido o contra-referido a la unidad de nivel de atención con la capacidad para dar seguimiento a su condición de salud.

Teniendo esta configuración general, podemos representar a la idea de la articulación de los subsistemas de salud con una estructura de redes que posibilite la distribución de las funciones esenciales de salud entre todos los componentes para observarse de la siguiente forma:



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA:
LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

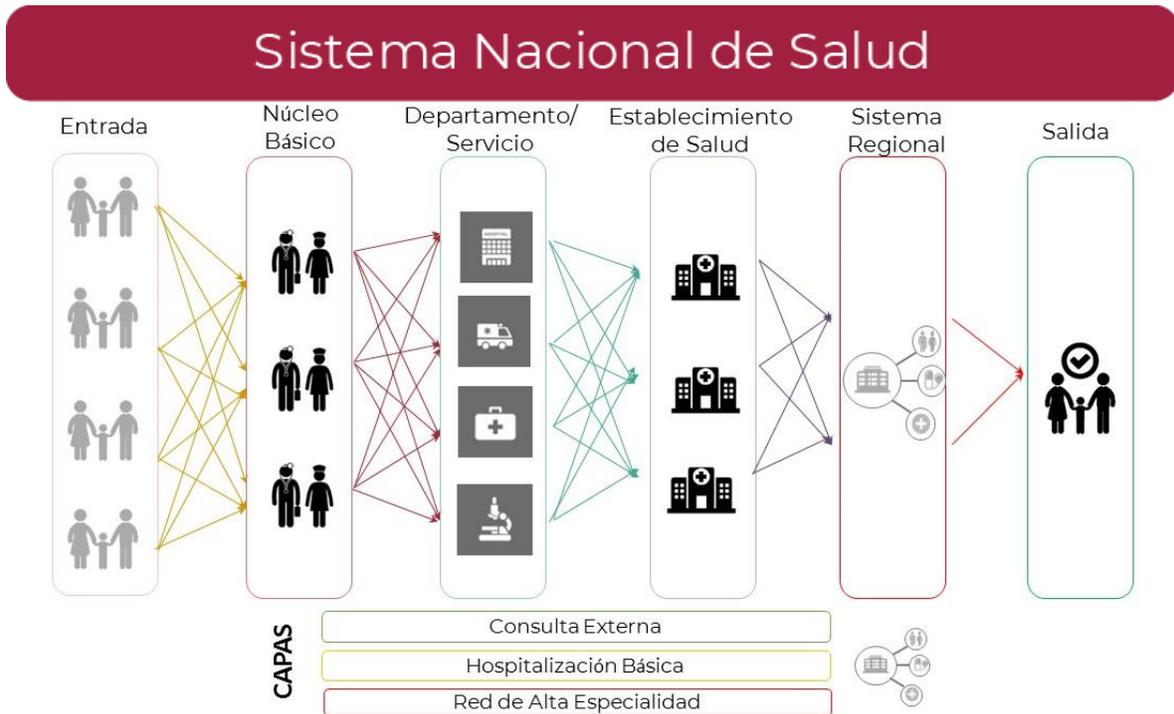


Ilustración 30. Estructura por Capas y Subsistemas para el Sistema Nacional de Salud. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014)

Esta visión de red, junto con una nueva regionalización, permitirá caracterizar la oferta de salud de cada capa y cada red para cada municipio y localidad dentro de esta, arrojando datos útiles sobre numerosos factores importantes para la planeación y gestión de recursos tales como: Recursos humanos, oferta de servicios, condición física de las unidades y los recursos para la salud (medicamentos, personal, equipamiento, servicios generales, auxiliares) por mencionar algunos.







HERRAMIENTAS ANALÍTICAS Y DE EVALUACIÓN





Dada la naturaleza abstracta del concepto de las RISS, se debe abordar con el mayor detalle y claridad posible las medidas cuantitativas que permitan medir tanto los problemas encontrados como de los logros alcanzados. Por esta razón, un sistema de retroalimentación que vincule la salida y la entrada del sistema, es la clave para tener un control del desempeño del sistema mediante sus entradas (materiales, información, datos, recursos, insumos, etcétera).

Con este proceso de control de las entradas y de retroalimentación, se puede medir el desempeño del sistema (indicadores de salud como salidas) impulsando la salida general de la red hacia los niveles deseados.

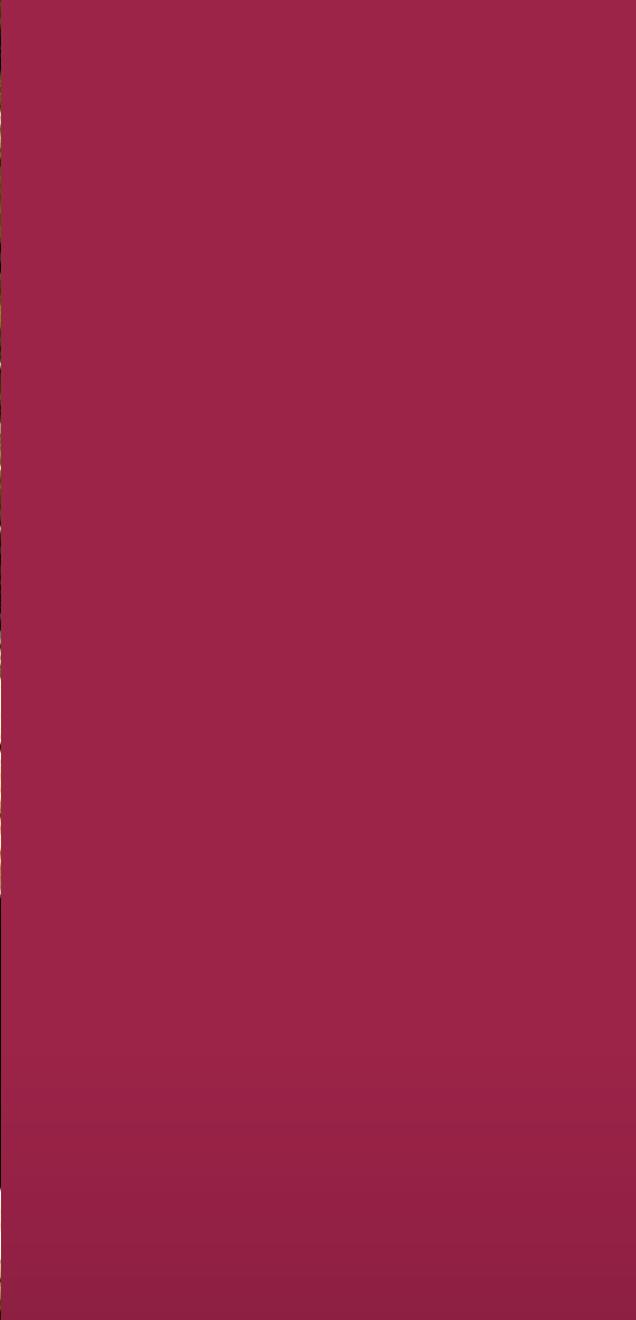
Uno de los objetivos de esta reingeniería de redes es brindar la capacidad para establecer delimitaciones funcionales que permitan establecer tramos de control para la generación de indicadores de desempeño tanto en los componentes de los subsistemas más pequeños (metas dentro de los planes anuales de trabajo de los profesional de salud) como en el sistema general (indicadores de la OMS en salud) estableciendo mecanismos básicos de monitoreo de los diferentes factores que afecten de manera adversa el sistema.

INDICADORES DE SALUD PARA REDES DE ATENCIÓN

La propuesta de conformación de redes presenta una distribución por regiones como división funcional del territorio sobre la base de servicios de salud de alta especialidad. (Capa de Alta especialidad). A su vez esta región contiene una o más subregiones (Entidades Federativas) donde se otorgan servicios de hospitalización básica (capa de Hospitalización). De igual forma, esta subregión, está conformada por múltiples territorios (jurisdicciones sanitarias) que se encargan de dar servicios de consulta ambulatoria a la población residente.

Bajo la lógica de Atención Primaria a la Salud Integral e Integrada (APS-I) Mx la figura del DS desempeña un papel primordial como la entidad responsable del bienestar de una población, por lo que deberíamos tener la capacidad de ubicar los recursos en salud con los que cuenta el distrito, tanto a nivel municipal como local.





REFLEXIONES FINALES





Durante décadas, el gobierno intentó dar una estructura de simple proceso a la atención a la salud, siendo quizá esto su mayor error, dado que se destinaron recursos y talento para acotarla a un marco normativo y reglamentario que dejó por mucho tiempo de lado las necesidades reales de un pueblo fuerte y resistente, que necesita de su gobierno un marco institucional orientado claramente a garantizarle el acceso efectivo a los servicios de salud.

La Cuarta Transformación apela a los principios de la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I Mx), al fortalecer la infraestructura del Primer Nivel de Atención, con un cambio de óptica para verla como un todo integrado por: obra, equipo, mobiliario y recurso humano.

No es aceptable que la medicina siga siendo reactiva y dirigida a la resolución de problemas que pudieron ser evitados con acciones de prevención y promoción a la salud.

La transformación requiere de la participación ciudadana con la orientación del gobierno para que cada individuo tome conciencia de su propia salud, acercándose a los servicios con la confianza de que recibirá la atención que requiere. Y principalmente, se trabajará para hacer un viraje real de lo curativo a lo preventivo.

Los determinantes sociales de la salud, tomarán la relevancia que desde siempre debieron haber tenido ya que sólo mediante la comprensión de cómo impacta en la salud un conjunto de procesos sociales, económicos y políticos se podrá transformar la realidad. Por otro lado, no se puede pensar en un pueblo sano si no se le brindan las mínimas condiciones de higiene y acceso a servicios básicos.

Para ello, la regulación sanitaria tendrá un enfoque hacia los entornos saludables, y la coordinación intersecretarial es fundamental para garantizar las condiciones mínimas de saneamiento y acceso a servicios como agua y electricidad.

Por tanto, la estructuración de las RISS tiene la misión de optimizar la infraestructura existente y las futuras inversiones, así como redistribuir de mejor forma los recursos, esto es sin duda el rumbo hacia una transformación de la prestación de servicios de salud.

Así, los DS se establecen como el brazo operativo más cercano a la población, pues asumirán la coordinación de acciones dentro de su territorio bajo la premisa de que el cuidado de la salud no comienza en las instalaciones de los Servicios de Salud, sino en el núcleo familiar y en la comunidad.

Se rompen paradigmas del enfoque a la enfermedad, donde el objetivo del Sistema de Salud es y deberá ser siempre el cuidado de la salud de la población y su mejoramiento continuo.

El modelo deberá dirigir los esfuerzos de equipamiento e infraestructura para cubrir las necesidades de la población y garantizar que cada persona llegará sin



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA:
LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

retraso a los servicios (estomatología, pruebas diagnósticas de ETS, laboratorio, imagenología, toma de muestra de Papanicolaou).

Todo lo anterior se integra en esta propuesta operativa y metodológica que es el conjunto histórico de trabajo colaborativo entre las instituciones que integran el SNS, que bajo una misma óptica y con un mismo objetivo integraron el documento





SIGLAS Y ABREVIATURAS

AP. Administración Pública.

APS. Atención Primaria de Salud.

APS-I Mx. Atención Primaria de Salud - Integral e Integrada en México.

APS-R. Atención Primaria de Salud Renovada o Atención Primaria de Salud - Integral e Integrada.

ASF. Auditoría Superior de la Federación.

CAUSES. Catálogo Universal de Servicios de Salud. (Seguro Popular)

CESSA. Centro de Salud con Servicios Ampliados.

CNPSS. Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

CUNAM. Cédula Única Nacional de Auditoría Médica.

DGED. Dirección General de Evaluación del Desempeño.

DGIS. Dirección General de Información en Salud.

DSS. Determinantes Sociales en Salud.

DS. Distrito de Salud.

FASSA. Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

FPCG. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud.

GIPNA. Grupo Interinstitucional del Primer Nivel de Atención. Conformado por SS, IMSS, IMSS-Bienestar, ISSSTE y SEDENA.

GOBI-FFF. Growth monitoring, Oral re-hydration, Breast feeding, Immunization, Female education, Family spacing, Food supplementation.

IFSDS. Infraestructura Física en Salud de los Distritos de Salud.

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social.

INSABI. Instituto de Salud para el Bienestar.



- ISAPRE.** Instituciones de Salud Previsional.
- ISES.** Instituciones de Seguros Especializados en Salud.
- ISSFAM.** Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas.
- ISSSTE.** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- JS.** Jurisdicción Sanitaria.
- LISF.** Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
- LGS.** Ley General de Salud.
- RAMC.** Ruta de Atención Médica Continua.
- RISS.** Redes Integradas de Servicios de Salud.
- REPSS.** Régimen de Protección Social en Salud.
- SIS.** Sistema de Información en Salud.
- ODS.** Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- OMS / WHO.** Organización Mundial de la Salud.
- ONG.** Organizaciones No Gubernamentales u Organizaciones de la Sociedad Civil.
- OPD.** Organismos Públicos Descentralizados.
- OPS.** Organización Panamericana de la Salud.
- PNA.** Primer Nivel de Atención.
- PND.** Plan Nacional de Desarrollo.
- PCMDS.** Programa de Conservación y Mantenimiento en los Distritos de Salud.
- PEMEX.** Petróleos Mexicanos.
- SEDENA.** Secretaría de la Defensa Nacional
- SEMAR.** Secretaría de Marina.
- SIDSS.** Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.
- SS.** Secretaría de Salud.
- SESA.** Servicios Estatales de Salud.
- SMSXXI.** Seguro Médico Siglo XXI.





SNS. Sistema Nacional de Salud.

SP. Seguro Popular.

SNPSS. Sistema Nacional de Protección Social en Salud.

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNEME. Unidad de Especialidades Médicas.



GLOSARIO

Acceso a los servicios de salud. De acuerdo a la OPS el acceso a los servicios de salud implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso a los servicios de salud incluye desde la promoción y prevención, hasta los aspectos curativos como el diagnóstico y tratamiento y su seguimiento y control hasta recuperar el estado de salud óptimo para cada individuo.

Atención Médica. El conjunto de servicios que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud.

Atención Primaria de Salud. La OMS define a la atención primaria en salud (APS) como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”.

El modelo de APS-I debe incluir todos los niveles de atención del sistema de salud, y contempla la promoción de la salud, la prevención, la curación, rehabilitación y la atención paliativa.

Auditoría médica. Se refiere a la revisión sistemática detallada de procesos, estructuras, protocolos y documentos que permiten evaluar el acto médico. Es un proceso interdisciplinario cuyo objetivo es mejorar la práctica médica y la calidad de la atención. La auditoría médica garantiza las habilidades técnicas de los profesionales de salud y el uso eficiente de los recursos disponibles, al tiempo que busca alcanzar la satisfacción del paciente en sus demandas y expectativas. Las auditorías médicas se practican en hospitales, clínicas y entre médicos privados para evaluar el rendimiento profesional, haciendo énfasis en la revisión sistemática del expediente clínico del paciente, comparándolo con protocolos de diagnóstico y atención y con otros estándares de atención médica a fin de retroalimentar al personal médico y buscar la mejora continua en todos sus procesos.





Cobertura Universal. Es el objetivo que orienta la transformación de los sistemas de salud para que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales, garantizados y exigibles que necesitan, a lo largo de su curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras. Aborda los determinantes sociales de la salud, hace énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad y se basa en el derecho a la salud y en los valores de solidaridad y equidad.

El objetivo de la cobertura universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin pasar carencias financieras para pagarlos.

Derecho social. Derecho fundamental de prestación que demanda una actuación por parte del Estado mediante la organización de un servicio público destinado a cubrir la necesidad social como puede ser la sanidad, la educación o la Seguridad Social. Su práctica reclama la acción material del Estado, son de realización progresiva, pues su ejercicio depende de la disponibilidad de los recursos estatales y societarios, no pueden ser exigidos por la vía judicial. Estos no suelen incluirse en los derechos fundamentales, y son los siguientes: 1) el derecho al trabajo; 2) el derecho a condiciones de equidad, dignidad, seguridad e higiene en el trabajo; 3) el derecho de asociación sindical, de huelga y de negociación colectiva; 4) el derecho a la protección especial de las madres trabajadoras y los menores trabajadores; 5) el derecho a la seguridad social; 6) el derecho a la calidad de vida; 7) el derecho a la salud; 8) el derecho a la educación y; 9) el derecho a la cultura, el arte y la ciencia.

Determinantes Sociales de la Salud. La Organización Mundial de la Salud, las define como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.”

Diagnóstico Estratégico. Se encarga de obtener y analizar la información tanto del entorno como al interior de la organización, con el fin de identificar sus oportunidades y amenazas, así como fortalezas y debilidades en temas como recursos humanos, procesos, tecnología, finanzas, estructura, entre otras. Con el diagnóstico estratégico, se pueden conocer cuáles son los retos a enfrentar en un futuro próximo y cuáles son las posibilidades de hacer frente a ellos con éxito.



En el ámbito de la salud permite identificar, describir, analizar y evaluar un conjunto de indicadores que permitan ponderar, determinar o inferir características propias del nivel de salud de una comunidad y de los componentes del sistema de salud, con el fin de proponer acciones viables y factibles para la solución de los problemas en salud.

Equidad. La equidad en el ámbito de la salud significa que las personas puedan alcanzar su máximo potencial en salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.

Por otro lado, la OMS define las *inequidades sanitarias* como “las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.”

Gasto de bolsillo. De acuerdo al INEGI “es la erogación monetaria que realizan los particulares para pagar servicios de salud al no contar con la protección de seguros o servicios médicos prepagados, públicos o privados.” Es decir, se define como la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos (monetarios), para obtener servicios de salud, en el momento que se requieren. El gasto de bolsillo puede resultar del pago de copagos o tarifas formales o de pagos informales necesarios para acceder a servicios de salud en el momento en que estos se necesitan. Pueden corresponder, entre otros, a los costos de medicamentos u otros insumos requeridos al momento de la prestación. Deben ser gastos directamente relacionados con los servicios de salud que se quieren obtener. El gasto de bolsillo incluye, entre otros:

- Consulta médica
- Honorarios médicos
- Honorarios de otros profesionales
- Facturas de hospital
- Medicina alternativa y tradicional
- Deducibles y reembolsos realizados por un seguro
- Medicamentos
- Insumos médicos
- Lentes ópticos
- Aparatos ortopédicos y terapéuticos
- Servicio dental
- Análisis y servicios de laboratorio y rayos
- Servicio de hospitalización
- Servicio de emergencia móvil





Gastos catastróficos. El gasto catastrófico se define como el gasto en salud del hogar, que representa una proporción igual o superior al 30 % de su ingreso disponible (ingreso total monetario menos el gasto monetario en alimentos) al financiamiento de la salud de sus miembros. En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares.

Gobernanza en salud. Es un sistema de toma de decisiones que permite al Sistema de Salud ejercer autoridad de gobierno mediante el compromiso conjunto de los actores sociales y económicos para el desarrollo e implementación de las políticas en salud. (WHO, 2012)

Intersectorialidad. Es la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.

Modelo de Atención. Se define al modelo de atención como el resultado de la combinación de tecnologías empleadas para asistencia a la salud de una determinada población. Es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organizan el sistema de salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud. Es una construcción teórica que se ejerce como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación.

Pluralismo estructurado. Es un modelo de sistema de salud que plantea la separación entre las funciones de regulación, financiamiento, administración del financiamiento/compra de servicios y la prestación de servicios de salud, estas dos últimas funciones serían ejercidas por agentes públicos y privados según el principio de libre elección de la persona.

Primer nivel de atención. Es el nivel de atención más cercano a la población, es decir, el primer contacto del individuo con el sistema de salud. En el primer nivel se llevan a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente, brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad.

El primer nivel de atención se compone de establecimientos de baja complejidad que incluyen desde las brigadas de salud, Unidades Médicas Móviles, Centros de Salud Rurales y Urbanos, CESSA, Hospitales Comunitarios y UNEMES. Un primer nivel de atención multidisciplinario sirve como puerta de entrada al sistema y



resuelve más del 80% de los problemas de salud en la comunidad, pudiendo realizar una atención oportuna, eficaz y cercana a la población.

Recursos para la Salud. Para que la atención otorgada sea de calidad se deben satisfacer las necesidades de las instituciones prestadoras de servicios, para ello se requiere que diversos recursos tanto materiales como humanos estén disponibles y apoyen a las diversas áreas de atención médica. Los recursos con que cuenta un Sistema de Salud son:

- Recursos financieros: Se refiere al total monetario con que cuenta el sector; puede identificarse de acuerdo al origen de la fuente financiadora (internacional, extrasectorial, interno, etc.)
- Recursos humanos: Se refiere al inventario de personal vinculado al sector salud, clasificados por profesionales, técnicos, auxiliares y otros.
- Recursos materiales o físicos: Son los bienes muebles e inmuebles, equipos, instrumentos, herramientas, etc., que directa o indirectamente se utilizan en el otorgamiento de la atención de salud.
- Recursos tecnológicos: Son los sistemas, teorías y técnicas que posibilitan el aprovechamiento práctico del conocimiento médico. Son los medios que utilizan la tecnología para cumplir con su propósito y pueden ser tangibles (equipos o máquinas) o intangibles (sistemas, aplicaciones y bases de datos).

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). La Organización Panamericana de la Salud define las RISS como *“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”*.

Para la transformación de la administración y rectoría del sistema de salud se concibe a las RISS como el ecosistema de información que permita una integración de los procesos de planeación, ejecución, monitoreo y control de recursos para la salud que posibilite la gestión ordenada y dinámica de los recursos para prestación de servicios de salud de acuerdo a las necesidades de la población a lo largo del curso de la vida

Referencia y Contrareferencia. Se denomina al procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, que facilita el envío-recepción-regreso de pacientes entre los distintos niveles, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Resolutividad. Enfocada principalmente al primer nivel de atención es entendida como “la capacidad de un centro de atención primaria de diagnosticar





correctamente y tratar eficazmente a los pacientes que acudan con problemas de salud y que corresponda al nivel de recursos humanos y materiales disponibles en la atención primaria. Esta capacidad se mide a partir de la evaluación de problemas de salud seleccionados como indicadores y por el desempeño de los clínicos, según las definiciones de las guías de práctica clínica”. (Doménech, 2014).

Sistema Nacional de Salud. Se constituye por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Banco Mundial (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud. Washington DC: Banco Mundial.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014) Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México, DF: CONEVAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2019) Encuesta Nacional de Gasto e Ingresos de los Hogares. Comunicado de Prensa No. 10, 5 de agosto de 2019 CDMX: CONEVAL.
- Doménech, D., et al. (2014). Capacidad resolutoria del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente– Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú.
- García Linera, A. (2013). Democracia Estado Nación. La Paz: Presidencia de la Asamblea Legislativa Plurinacional pp. 81-116.
- García Saisó, S. et al (2019). Primer informe sobre Desigualdades en Salud en México. Secretaría de Salud/Observatorio Nacional de Inequidades de Salud (ONIS), Ciudad de México: Secretaría de Salud/Organización Panamericana de Salud.
- Grupo Asesor Metodológico en Estudios de la Salud de la Familia (2002). Manual para la intervención en la salud familiar. Ciudad de la Habana, Cuba. Editorial Ciencias Médicas.
- Gutiérrez, G. (1991). Los sistemas locales de salud: una transición de la respuesta social organizada. Salud Pública de México, 33(6), 617-622.
- Illiades, C. y Santiago, T. (2014). Estado de guerra. México DF: Ediciones ERA.
- Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (2013) Manual de Organización. Aguascalientes: Gobierno del Estado de Aguascalientes, Secretaria de Salud, enero 2013.
- Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California Sur (2013). Reglamento Interior del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California Sur. Gobierno del Estado de Baja California Sur, Periódico Oficial No. 27 Tomo XL. 20 de junio de 2013.
- Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California (2003). Reglamento Interno del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California, Periódico Oficial No. 52 Tomo CX, 14 de noviembre de 2003.





- Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche (1999). Reglamento Interior del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche Periódico Oficial del Estado de Campeche. 16 de noviembre de 1999.
- Jarillo. Aguilar, N. (2017). Modelo de sistemas viables como herramienta de diseño para mejorar la implementación del balanced scorecard: un caso de aplicación. Tesis de Maestría UNAM.
- Knaul, F et al. (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico The Lancet vol 380, issue 9849, pp. 1259-1279.
- Krieger, N. (2011). Epidemiology and the people´s health. New York: Oxford University Press.
- Laurell, A. C. (2015). El Impacto del Seguro Popular sobre el Sistema de Salud Mexicano. Xalapa: CLACSO Instituto de Salud Pública de la UV.
- Laurell, A. C. & Giovanella, L. (2018) Health Policies and Systems in Latin America. Online Publication Date: Jun 2018 DOI: 10.1093/acrefore/9780190632366.013.60
- Ley General de Salud (2018) Diario Oficial de la Federación., 12 de julio de 2018.
- López Arellano, O. y Blanco Gil J. (2001) La polarización de la política de salud en México. Cad. Saúde Pública 17(1):43-54.
- Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451- 464.
- Organización Mundial de la Salud (2008) Informe sobre salud en el mundo. Atención Primaria más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2003) La Familia y la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2017) Rectoría y Gobernanza hacia la Salud Universal. Publicaciones de la OPS: Salud en las Américas.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. SERIE: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N. 4.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington: Organización Panamericana de Salud.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (2019). Diario Oficial de la Federación. 12 de julio de 2019.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA:
LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

- Proyecto Plan Nacional de Salud 2019 – 2024 (2019). Presentación. Enero 2019.
- Rodríguez, K., et al. (1994) Fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Proyecto de desarrollo de jurisdicciones sanitarias. Salud Pública de México, [S.l.], v. 36, n. 6, p. 673-693, nov. 1994. ISSN 1606-7916.
- Salud Individual y Colectiva. Carabobo: Universidad de Carabobo Facultad de Ciencias de la Salud.
- Secretaría de Salud (2019). Diagnóstico de los Servicios de Salud de los estados de Chiapas y Veracruz, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud.
- World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) (2018). Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud.





TABLA DE CUADROS.

<i>Cuadro 1. Principales causas de mortalidad por tipo de padecimiento 1/ de 2000 a 2017*, México</i>	26
<i>Cuadro 2. Recursos básicos hospitalarios para población abierta por entidad federativa, México 2018*</i>	29
<i>Cuadro 3. Servicios hospitalarios prestados a población abierta por entidad federativa, México 2018*</i>	30



TABLA DE ILUSTRACIONES.

<i>Ilustración 1. Modelo de Atención APS-I Mx, Estrategia mexicana. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019).</i>	42
<i>Ilustración 2. Caos. problemática de las JS. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	44
<i>Ilustración 3. Principio del Orden. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	45
<i>Ilustración 4. Solución de problemas. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	46
<i>Ilustración 5. Distrito de Salud. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	46
<i>Ilustración 6. Acciones de los DS. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	48
<i>Ilustración 7. Articulación de la Atención del DS. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	49
<i>Ilustración 8. Los componentes funcionales de los DS como apoyo de las acciones de salud. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	52
<i>Ilustración 9. Interacción en la Participación comunitaria. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	53
<i>Ilustración 10. Coordinación Sectorial. Fuente: SS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	55
<i>Ilustración 11. Coordinación Intersectorial. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	56
<i>Ilustración 12. Etapas básicas de formación y educación continua. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	57
<i>Ilustración 13. Ejes de la Estrategia Nacional de Capacitación del personal de salud. ...</i>	57
<i>Ilustración 14. Sistema de control de lazo cerrado de los DS. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	58
<i>Ilustración 15. Gestión de Redes. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019). Basado en RISS (2014)</i>	59
<i>Ilustración 16. Actividades logísticas DS. Fuente: SS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	61
<i>Ilustración 17. Actividades de conservación y mantenimiento. Fuente: SIDSS – DGPLADES - SAODIR (2019)</i>	62
<i>Ilustración 18. Atributos de las RISS. Fuente: SIDSS – DGPLADES (2019)</i>	66
<i>Ilustración 19. Evolución de las RISS. Fuente: SIDSS- DGPLADES- SAODIR (2019) con base en SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014)</i>	68
<i>Ilustración 20. Referencia y Contrareferencia entre Niveles de Atención DS. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SAODIR (2019) con base en SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014)</i>	69
<i>Ilustración 21. Vinculación de la Infraestructura en Salud. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014)</i>	70
<i>Ilustración 22. Ruta de Atención Médica Continua. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SAODIR (2019)</i>	71
<i>Ilustración 23. Estructura de la Red de Servicios desde la Tipología de las Unidades. Fuente: SIDSS-DGPLADES-DMN (2019)</i>	72
<i>Ilustración 24. Integración Funcional del Sistema de Salud Mediante Redes DS. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014)</i>	74





Ilustración 25. Estructura de las Redes en función la Tipología de las Unidades. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2019)..... 75

Ilustración 26 Actores que conforman las redes comunitarias Fuente: SIDSS-DGPLADES SAODIR (2019) con base en Modelo de Intercultural DGPLADES.....76

Ilustración 27. Universo de Tipologías para Capa de Atención Ambulatoria Básica. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014)..... 77

Ilustración 28. Estructura de la Capa de Servicios de Hospitalización Básica por Tipología. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014).....78

Ilustración 29. Colaboración entre Componentes, Capas y Redes de Atención. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014).....79

Ilustración 30. Estructura por Capas y Subsistemas para el Sistema Nacional de Salud. Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR (2014).....81





ANEXOS





ANEXO I ANÁLISIS DEL CENSO ESTRATÉGICO DE LOS OCHO ESTADOS DE SUR-SURESTE DE MÉXICO

Bajo la conducción de la Dra. Asa Cristina Laurell, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, durante los días del 5 al 8 de febrero del año en curso, se realizó una visita a las unidades de salud para población no derechohabiente, en las 11 jurisdicciones sanitarias que se ubican en el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.

El propósito de esta visita, fue el de identificar las áreas de oportunidad manejables en el corto plazo, con la finalidad de mejorar la atención a la salud de dicha población, en estas actividades participó personal calificado de las Direcciones Generales de Planeación y Desarrollo en Salud, de Información en Salud, de Evaluación del Desempeño y de Calidad y Educación en Salud, en total 14 personas que recorrieron el ancho y largo de la entidad.

La metodología se basó en la observación y entrevistas al personal directivo de cada unidad, implicando una entrevista inicial con el gobernador de la entidad (la cual no se pudo efectuar) y con el secretario de salud de la misma y los jefes jurisdiccionales. A través de una guía de entrevista se determinaron los aspectos a considerar como fueron: Conocimiento y dominio de la problemática por parte de los directivos, problemas de infraestructura, recursos humanos, problema con el abasto de medicamentos e insumos, disposición de servicios públicos como son agua, drenaje, energía eléctrica, mantenimiento de la infraestructura y el equipo, problemas de seguridad y población con habla indígena.

En total se visitaron 158 unidades de salud, de las cuales 111 fueron centros de salud urbanos y rurales y 47 hospitales comunitarios o bien hospitales generales o de especialidades, lo que representó el 16% de los 711 centros de salud en operación y el 84% de los hospitales existentes. Al realizar una valoración de cada una de estas unidades por el personal participante, se llegó a la conclusión que el 29% de las unidades de salud presentaban una condición crítica, el 56%, una situación regular y solo el 15% una condición adecuada.

En los centros de salud las principales problemáticas fueron: Falta de personal en algunas unidades de salud; desde hace muchos años falta de mantenimiento a la infraestructura física lo que ha generado como resultado que una gran mayoría tenga problemas graves de pintura, pisos, ventanas y puertas, falta de perímetros de seguridad, espacios insuficientes en algunas unidades, falta de agua o drenajes o mecanismo de tratamientos de aguas negras, en la mayoría de las



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLÓGICA Y OPERATIVA.

unidades refieren conflictos entre la red eléctrica y el equipo refrigerante de la red de frío y otros equipos que requieren voltajes de 220 y solo se les provee de 110, esta situación ha desembocado en fallas y descomposturas de gran parte del equipo que utiliza.

El mantenimiento del equipo médico también es inexistente lo que origina que casi todas las unidades de salud tengan la mayoría de sus equipos inservibles, en otras en cambio existe equipo nuevo que no se ha instalado, como es el caso de unidades dentales, en la mayoría de los centros de salud que ofrecen atención odontológica tienen parte de su equipo sin funcionar adecuadamente.

El abasto de medicamentos e insumos es un problema general, la mayoría de las unidades tienen un abasto de entre el 30 y el 50% de las claves, e incluso reportan que la empresa contratada para el abasto de medicamentos entregaba las claves que no se requerían e incluso claves de uso hospitalarios, se encontró un fuerte desabasto de medicamentos para el control de los enfermos crónicos como son los diabéticos e hipertensos, el tema del abasto de biológicos también es muy sensible ya que la mayoría de las unidades o no tienen biológico o no tienen equipo para mantener la red de frío.

En varias de las jurisdicciones sanitarias se reportaron problemas de inseguridad y unidades no seguras por sus características de construcción y mantenimiento.

Algunas unidades reportaron también el trato con usuarios de habla indígena, lo que en ocasiones se constituye en un obstáculo para el proceso de atención que solicitan.

El sistema de referencia y contra-referencia no funciona adecuadamente, muchos de los centros de salud no tienen posibilidades de comunicación con sus hospitales de referencia, en algunas regiones lo hacen a través de un chat, pero los problemas son múltiples, desde la falta de disponibilidad de recursos para que los enfermos se trasladen, hasta la falta de disponibilidad de servicios expeditos en los hospitales de referencia, los múltiples problemas que aquejan al primer nivel de atención y a los hospitales comunitarios desembocan en una referencia desmedida que hacen que cualquier hospital general o de especialidades sea insuficiente para atender todos los pacientes referidos, de igual manera la contra-referencia casi nunca se da o es obstruida por el propio paciente. De esta problemática se desprende la urgente necesidad de generar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), basadas en la Atención Primaria a la Salud Integrada (APS-I), estas redes sin duda serán eficientes si se solventan los problemas identificados en el primer nivel de atención y en los hospitales comunitarios.





Por el lado de los hospitales, cabe hacer la mención que estos presentan los mismos problemas señalados para el primer nivel de atención, pero se agrega la insuficiencia de plantillas de personal especializado en las tareas básicas de este tipo de hospitales, las carencias derivadas de la falta de mantenimiento del equipo hace que la situación en estas unidades sea más crítica, por lo que se ven obligados a referir a la mayoría de los ciudadanos usuarios de estos servicios, hacia los hospitales generales o de especialidades. Con un programa que logre la permanencia del personal sanitario (el cual no se estabiliza por que se requiere contar con alguna especialidad médica por un lado y por el otro, la contratación no genera estabilidad laboral y el pago es de menos de 14 mil pesos mensuales), por lo anterior se requiere cambiar la estructura de contratación laboral en estas unidades. Un problema agregado es que la mayoría de estas unidades tampoco cuentan con gabinetes de rayos X y laboratorios de análisis clínicos lo que dificulta aún más el generar una atención médica de calidad.

Es evidente que gran parte del personal directivo requiere capacitación para mejorar su función, y esta debería de ser también una oportunidad para generar los cambios que las unidades orientadas a la población sin seguridad social requieren, entre ellas, impulsar todas las acciones que permitan atender los determinantes sociales de la salud, lo cual se logra con la participación de la población en el cuidado de su ambiente, su economía y su entorno social.

Las posibilidades de mejora son muchas, variadas y posibles, sin duda un esfuerzo en este sentido permitirá a la población más desfavorecida socialmente, encontrar mejores alternativas para cuidar y restaurar su salud.

A continuación, algunas imágenes, en el Anexo II.



ANEXO II

CENSO DE ESTABLECIMIENTOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN
Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD
GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

1. ENCUADRE DEL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DEL CENSO

El propósito del Censo de Salud en Estados Prioritarios es contar con una herramienta que **permita ordenar las intervenciones** que lleven al **mejoramiento de los servicios** de salud y favorezcan la puesta en marcha de la **estrategia Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos**.

Como un primer ejercicio de análisis proponemos la **identificación de los establecimientos más precarios** en las dimensiones de: servicios básicos, cartera de servicios, mantenimiento, mobiliario, equipamiento, instrumental, medicamentos, biológicos, y recursos humanos; para que a partir de esa identificación se lleven a cabo las **intervenciones** necesarias para hacerlos funcionales.

La propuesta es construir de abajo hacia arriba fortaleciendo en primer lugar los establecimientos de **primer nivel de atención** a fin de que puedan brindar los servicios básicos e integrar las redes de servicio a partir de las necesidades identificadas en ese nivel lo que llevará a intervenciones para **mejorar las condiciones de operación** de los niveles secundario y terciario de atención que complementen el trabajo en la base de la pirámide.

PRESENTACIÓN

Para el análisis de la información, se tomaron en cuenta las siguientes unidades:

*Solo se consideraron las unidades con información reportada en la plataforma.

Unidades de Primer Nivel

ENTIDAD FEDERATIVA	CANTIDAD
CAMPECHE	105
CHIAPAS	495
GUERRERO	928
OAXACA	757
QUINTANA ROO	188
TABASCO	527
VERACRUZ	738
YUCATÁN	154
TOTAL GENERAL	3,892*



2. MATRIZ DE DIAGNÓSTICO DE RECURSOS Y SERVICIOS

	Servicios Básicos de Energía eléctrica, agua potable y drenaje	Cartera de Servicios	Mantenimiento	Mobiliario	Equipamiento Médico	Instrumental	Medicamentos	Biológicos	Recursos Humanos
Primer Nivel 1-5 Núcleos Básicos	% y No. Unidades que cuentan con energía eléctrica, agua potable y drenaje	Unidades que incumplen con la cartera de servicios de acuerdo a su capacidad	% Unidades con daño estructural por grado	Necesidad de mobiliario por Estado	Necesidades de EM por Estado	Necesidades de IM por Estado	% Abasto de Medicamentos	% Abasto de Biológicos	No. de unidades con atención médica sin personal requerido
Primer Nivel 6 o más Núcleos Básicos	% y No. Unidades que cuentan con energía eléctrica, agua potable y drenaje	Unidades que incumplen con la cartera de servicios de acuerdo a su capacidad	% Unidades con daño estructural por grado	Necesidad de mobiliario por Estado	Necesidades por Estado	Necesidades de IM por Estado	% Abasto de Medicamentos	% Abasto de Biológicos	No. de unidades con atención médica sin personal requerido
Segundo Nivel Urgencias	% y No. Unidades que cuentan con energía eléctrica, agua potable y drenaje	Unidades que incumplen con la cartera de servicios de acuerdo a su capacidad	% Unidades con daño estructural por grado	Necesidad de mobiliario por Estado	Necesidades por Estado	Necesidades de IM por Estado	% Abasto de Medicamentos	% Abasto de Biológicos	No. de unidades con atención médica sin personal requerido

1ª

3ª

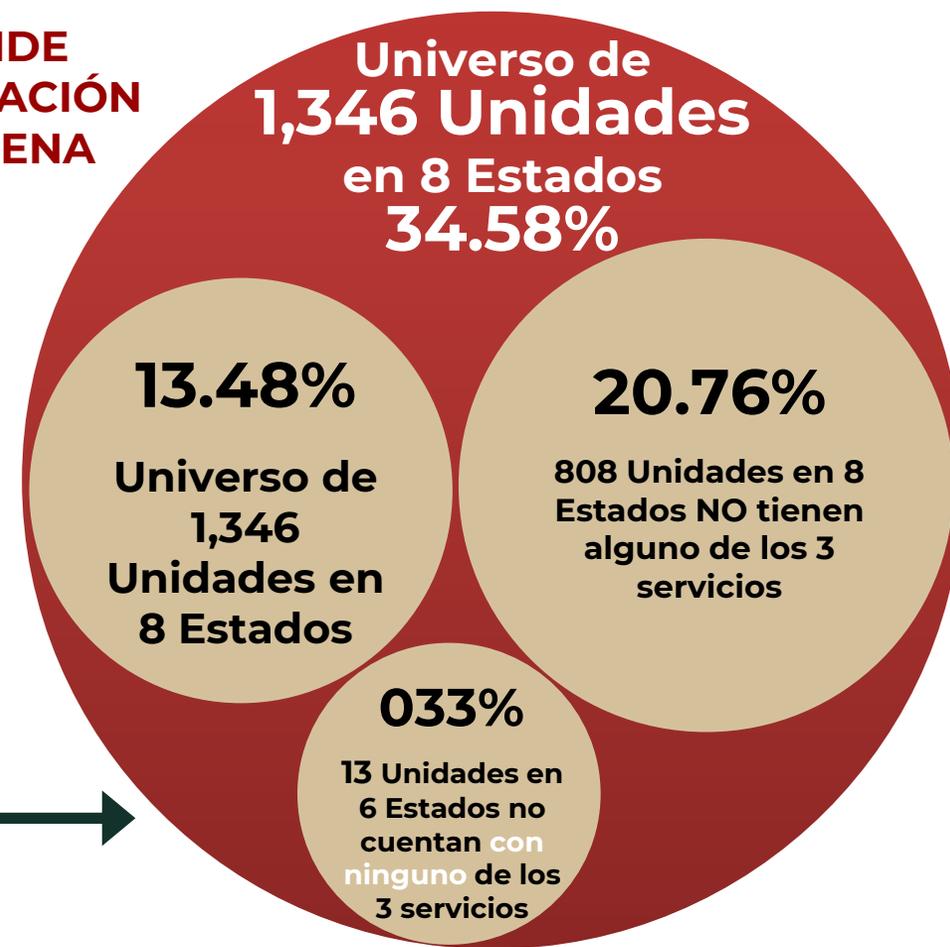
2ª

Servicios Básicos de Energía eléctrica, agua potable y drenaje

GENERAL



ATIENDE POBLACIÓN INDÍGENA



1. Veracruz
2. Tabasco
3. Quintana Roo
4. Oaxaca
5. Guerrero
6. Chiapas

Servicios Básicos de Energía eléctrica, agua potable y drenaje

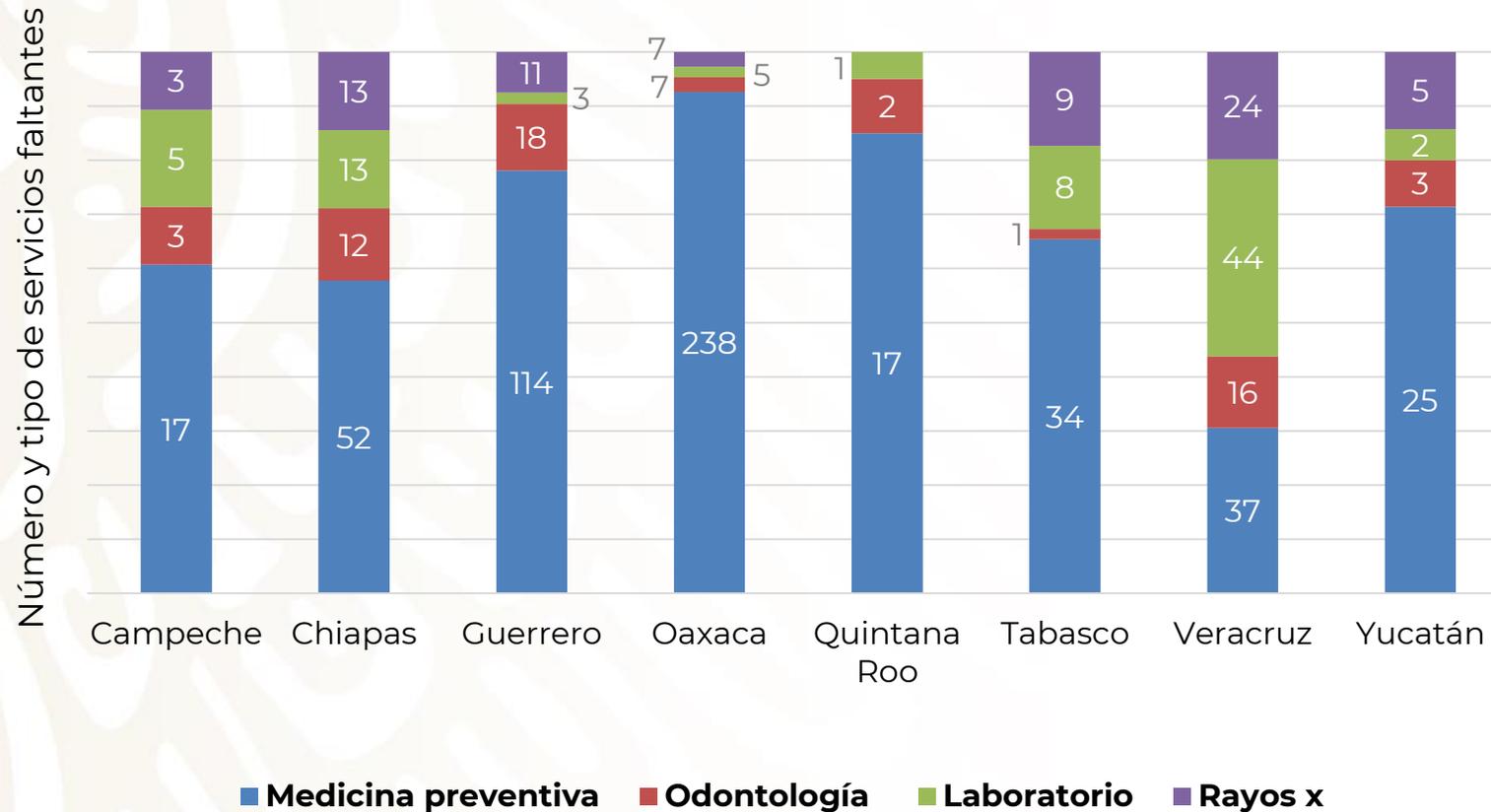
Necesidades de Servicios Básicos por Estado

ENTIDAD	TOTAL UNIDADES	FALTA ENERGÍA	FALTA DRENAJE	FALTA AGUA	FALTA 3 SERVICIOS	% EDO/SIN 3 SERVICIOS
CAMPECHE	105	4	11	8	0	0
CHIAPAS	495	13	174	153	4	0.81
GUERRERO	928	26	503	446	16	1.72
OAXACA	757	18	371	188	5	0.66
QUINTANA ROO	188	2	139	4	2	1.06
TABASCO	527	11	247	152	3	0.57
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	738	38	332	222	12	1.63
YUCATAN	154	0	19	6	0	0
TOTAL GENERAL	3,892	112	1,796	1,179	42	1.07

- Definición de unidades que carecen de los tres servicios básicos.
- Realizar el análisis de las unidades para definir la estrategia **para reforzar los servicios de salud en la zona de influencia.**

Cartera de Servicios

Número de unidades que no cumplen con la cartera de servicios



Análisis de Veracruz sobre causas de falta de laboratorios y Rx.

Mantenimiento

Estado de la infraestructura actual

Resumen de las unidades de primer nivel con daño reportado a la infraestructura:

Unidades con daños estructurales sin tipología

ENTIDAD	TOTAL UNIDADES	NO.	PORCENTAJE
CAMPECHE	105	75	71%
CHIAPAS	495	346	70%
GUERRERO	928	786	85%
OAXACA	757	455	60%
QUINTANA ROO	188	126	67%
TABASCO	527	356	68%
VERACRUZ	738	634	86%
YUCATÁN	154	136	88%
TOTALES	3,892	2,914	75%

Mantenimiento

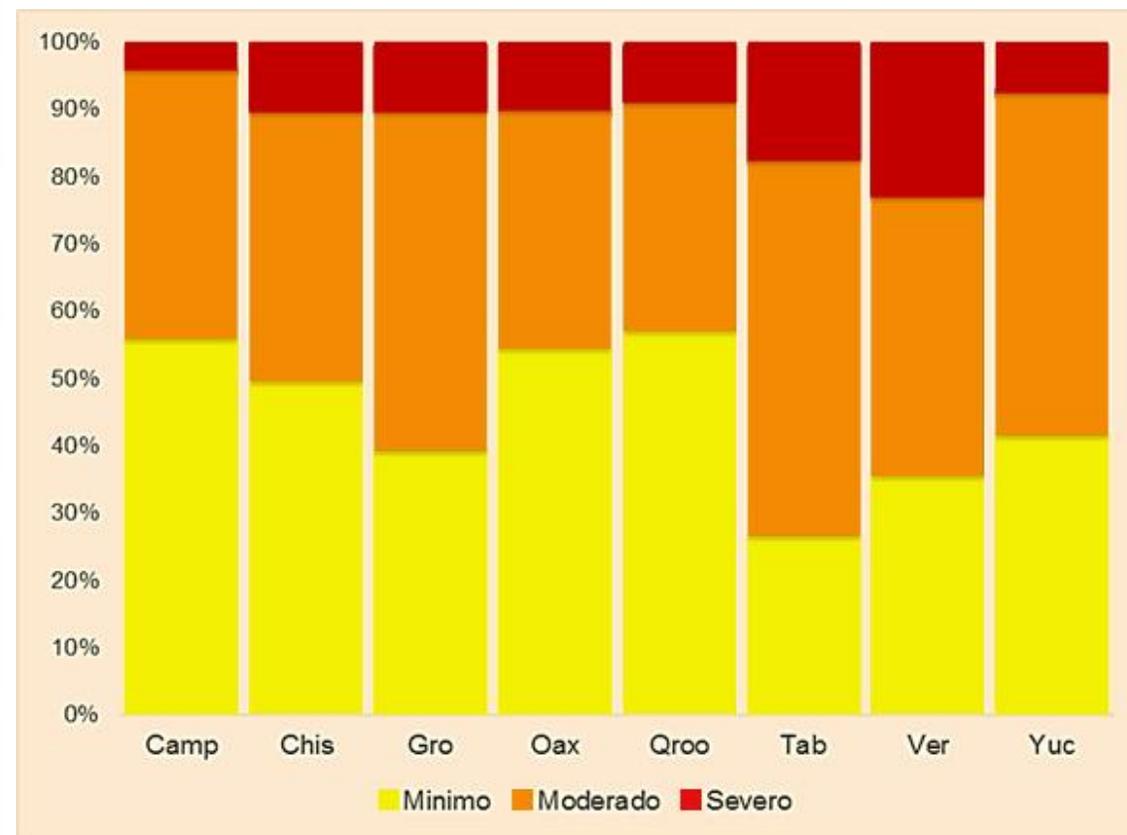
Estado de la infraestructura actual

Resumen de reporte de unidades con daños a la infraestructura

390 unidades presentan daños reportados a la infraestructura severos:

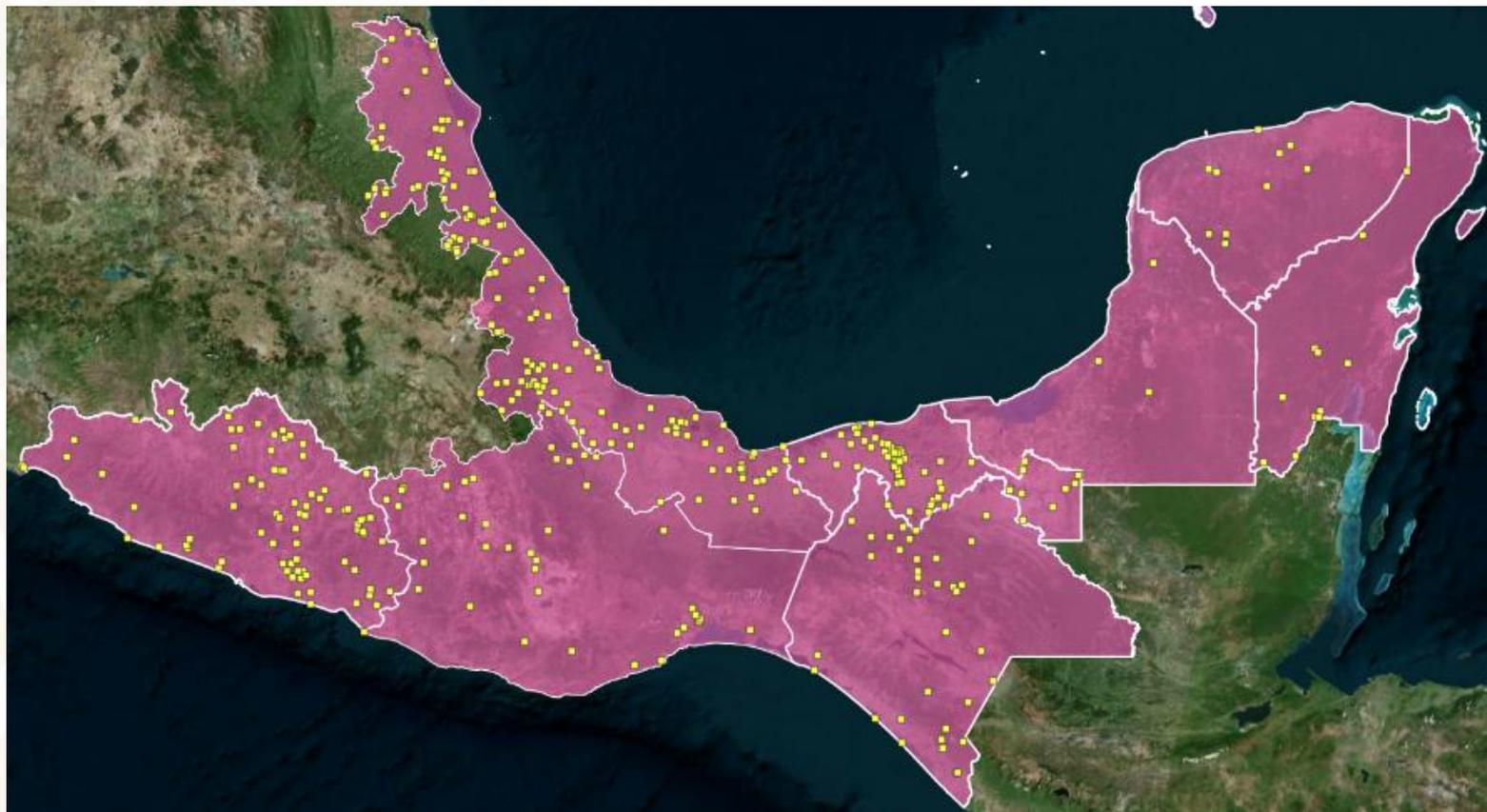
ENTIDAD	MÍNIMO	MODERADO	SEVERO
CAMP	42	30	3
CHIS	172	139	35
GRO	311	395	80
OAX	249	161	45
QROO	72	43	11
TAB	96	198	62
VER	226	264	144
YUC	57	69	10
TOTAL	1,225	1,299	390*

*152 unidades reportan daños a la infraestructura por desastres naturales y falta de mantenimiento.



Mantenimiento

Georreferenciación de Unidades con Daño reportado a la infraestructura Severo



Acotaciones

- U. daño estructural
- 8 entidades

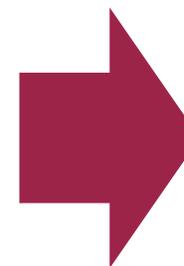
Coordenadas EPSG:3857

Mantenimiento

Estado de la infraestructura actual

Unidades con daños reportados a la infraestructura por **desastres naturales**.

ENTIDAD	TOTAL UNIDADES	TOTAL DAÑOS ESTRUCTURALES	GRAVEDAD	DAÑOS ESTRUCTURALES	DESASTRES NATURALES	DAÑOS SEVEROS POR DN
CAMPECHE	105	75	Mínimos	42	4	0 (0%)
			Moderados	30	2	
			Severos	3	0	
CHIAPAS	495	346	Mínimos	172	73	26 (15%)
			Moderados	139	74	
			Severos	35	26	
GUERRERO	928	786	Mínimos	311	91	45 (17%)
			Moderados	395	130	
			Severos	80	45	
OAXACA	757	455	Mínimos	249	136	38 (13%)
			Moderados	161	125	
			Severos	45	38	
QUINTANA ROO	188	126	Mínimos	72	4	3 (23%)
			Moderados	43	6	
			Severos	11	3	
TABASCO	527	356	Mínimos	96	28	19 (20%)
			Moderados	198	46	
			Severos	62	19	
VERACRUZ	738	634	Mínimos	226	51	74 (37%)
			Moderados	264	74	
			Severos	144	74	
YUCATÁN	154	136	Mínimos	57	1	0 (0%)
			Moderados	69	1	
			Severos	10	0	
TOTALES	3,892	2,914		2,914	1,051	205 (20%)



- **Viabilidad** de reparación o sustitución.
- **Revisión** de Cartera de Servicios y recursos necesarios.
- **Análisis** de fuentes de financiamiento (CNPSS, FONDEN, etc.).

Mantenimiento

Estado de la infraestructura actual

Unidades con daños reportados a la infraestructura por **falta de mantenimiento**.

ENTIDAD	TOTAL UNIDADES	GRAVEDAD	NO.	FALTA MANTENIMIENTO	SEVEROS
CAMPECHE	105	MÍNIMOS	42	40	
		MODERADOS	30	29	
		SEVEROS	3	3	3 (4%)
CHIAPAS	495	MÍNIMOS	172	132	
		MODERADOS	139	115	
		SEVEROS	35	28	28 (10%)
GUERRERO	928	MÍNIMOS	311	265	
		MODERADOS	395	359	
		SEVEROS	80	67	67 (10%)
OAXACA	757	MÍNIMOS	249	164	
		MODERADOS	161	116	
		SEVEROS	45	29	29 (9%)
QUINTANA ROO	188	MÍNIMOS	72	67	
		MODERADOS	43	42	
		SEVEROS	11	10	10 (8%)
TABASCO	527	MÍNIMOS	96	74	
		MODERADOS	198	177	
		SEVEROS	62	53	53 (17%)
VERACRUZ	738	MÍNIMOS	226	203	
		MODERADOS	264	237	
		SEVEROS	144	135	135 (23%)
YUCATÁN	154	MÍNIMOS	57	55	
		MODERADOS	69	68	
		SEVEROS	10	10	10 (8%)
TOTALES	3892	TOTAL	2,914	2,478	335 (14%)



- Además de estas unidades **deben considerarse las unidades de daño estructural** leve y moderado por desastres naturales.
- **Definir estrategias** para la atención de los daños priorizando el tipo de daños (mínimos y moderados).
- **Para daño severo se realizará un análisis individualizado.**

Mantenimiento

Estado de la infraestructura actual

Unidades con daños reportados a la infraestructura sin mantenimiento los últimos 5 años.

Unidades con daños estructurales sin tipología

ENTIDAD	TOTAL UNIDADES	DAÑOS ESTRUCTURALES	SIN MANTENIMIENTO
CAMPECHE	105	75	51
CHIAPAS	495	346	265
GUERRERO	928	786	614
OAXACA	757	455	309
QUINTANA ROO	188	126	89
TABASCO	527	356	230
VERACRUZ	738	634	462
YUCATÁN	154	136	113
TOTALES	3,892	2,914	2,133 (73%)

Mantenimiento

Estado de la infraestructura actual

Unidades con daños reportados a la infraestructura sin mantenimiento los últimos 5 años.

Unidades sin daños reportados a la infraestructura con desviaciones en el indicador INFSALUD^{1/}

El indicador de infraestructura en salud (INFSALUD) utiliza los valores del censo en 7 variables dicotómicas, otorgándoles a cada una el valor de la unidad en caso de ser afirmativa, y el 0 en el caso contrario. Los valores se ponderaron a 1.0.

ENTIDAD	Unidades con INDFSALUD menor a 0.5
CAMPECHE	11
CHIAPAS	64
GUERRERO	254
OAXACA	132
QUINTANA ROO	19
TABASCO	76
VERACRUZ	207
YUCATAN	7
TOTAL GENERAL	770

CRITERIO	VALOR CUMPLIMIENTO	TOTAL	PONDERACIÓN
40. Vidrios	1	7	1
42. Luminarias ext	1		
43. Luminarias int	1		
44. Extintores	1		
45. Rampa	1		
46. Barandal	1		
47. Señalamiento	1		

^{1/} El indicador INFSALUD (ponderado a 1) se construye con base en las variables del estado físico, con ID 40 -47

Mantenimiento

Estado de la infraestructura actual

Unidades sin daños reportados a la infraestructura con necesidades de mantenimiento específico.

Artículos que requieren de construcción o gestiones en las unidades

ARTÍCULO	CAMP	CHIS	GRO	OAX	QROO	TAB	VER	YUC	TOTAL
Pintura en exterior	3	66	188	221	20	62	118	36	714
Pintura en interiores	6	166	418	321	62	79	223	27	1,302
Falta de vidrios	24	84	273	130	33	217	233	21	1,015
Rampa de acceso con barandal	38	188	604	279	26	279	448	46	1,908
Luminarias interiores	14	66	111	127	25	24	130	8	505
Luminarias exteriores	34	185	302	263	55	199	263	35	1,336



Información para creación de paquetes .

Artículos para compra en las unidades

ARTÍCULO	CAMP	CHIS	GRO	OAX	QROO	TAB	VER	YUC	TOTAL
Extintores	20	195	422	338	61	121	328	46	1,531
Señalamientos y ruta de evacuación	39	199	652	362	66	103	454	56	1,931



Información para adquisición y distribución.

Mobiliario

Necesidades de mobiliario

Para el análisis de los requerimientos en este rubro se divide en dos clasificaciones:

- a) **Mobiliario (Mesa de exploración, sillón, etc.)**
- b) Infraestructura requerida (Paredes, Cubículos, etc.)

ARTICULO	CAMP	CHIS	GRO	OAX	QROO	TAB	VER	YUC	TOTALES
Escritorio (1)	17	201	179	453	7	323	141	23	1,344
Sillas con descansabrazos (2)	107	513	916	842	207	596	1,073	257	4,511
Privacidad paciente (1)	70	351	608	782	84	597	764	105	3,361
M. Exploración (1)	26	209	194	465	15	330	169	35	1,443
Asiento Medico (1)	31	283	440	619	41	380	260	49	2,103
Banco altura (1)	41	263	316	522	31	336	295	86	1,890
Mesa mayo (1)	80	326	497	595	62	456	502	164	2,682
Bascula (1)	60	319	330	576	22	356	465	57	2,185
Basura mpal (1)	21	243	398	515	30	340	312	41	1,900
Basura RPBI (1)	105	442	735	627	83	563	819	114	3,488
Contenedor RPBI (1)	60	396	493	502	36	482	614	88	2,671
Botiquin Urg.	128	767	1,036	1,023	226	777	1,185	269	5,411
Guarda Exp	94	336	274	631	64	368	585	109	2,461
Guarda Med	99	467	435	598	79	399	718	142	2,937
Guarda Inst.	81	405	379	639	61	414	512	127	2,618



Información
para
adquisición
de Mobiliario.

Mobiliario

Necesidades de mobiliario

Para el análisis de los requerimientos en este rubro se divide en dos clasificaciones:

- a) **Mobiliario (Mesa de exploración, sillón, etc.)**
- b) Infraestructura requerida (Paredes, Cubículos, etc.)

	CAMP	CHIS	GRO	OAX	QROO	TAB	VER	YUC	TOTAL
A. Interrogatorio	18	214	236	452	42	347	178	36	1,523
Lavabo	30	271	504	517	14	392	531	26	2,285
A. Exploración	29	227	260	456	37	379	217	50	1,655



- Cruce con solicitudes de sustitución, y remodelación.
- Planeación de la infraestructura requerida.

Equipo

Necesidades de equipo

Las necesidades detectadas de equipo consideran un dispositivo por consultorio:

Artículo	CAMP	CHIS	GRO	OAX	QROO	TAB	VER	YUC	TOTAL
Esfigmomanómetro	65	389	455	643	41	389	299	83	2,364
Estetoscopio	45	312	423	543	22	351	299	79	2,074
Pinard	71	377	528	727	65	393	849	167	3,177
Estuche diagnóstico	48	398	361	727	39	379	257	87	2,296
Lámpara con haz	47	332	259	551	32	349	211	94	1,875
Negatoscopio	60	285	218	484	60	343	251	84	1,785



Información para adquisición de Mobiliario.

Instrumental

Necesidades de instrumental

Las necesidades detectadas de instrumental consideran un artículo por consultorio:

ARTÍCULO	CAMP	CHIS	GRO	OAX	QROO	TAB	VER	YUC	TOTAL
CAJA PARA SOLUCIONES	152	561	595	652	183	595	981	179	3,898
MANGO DE BISTURÍ	109	453	520	551	88	495	581	148	2,945
MARTILLO PERCUSOR	91	536	471	624	88	485	535	212	3,042
PINZA DE ANILLO	112	406	311	529	68	516	518	131	2,591
PINZA DISECCIÓN	106	409	330	524	67	504	506	129	2,575
PINZA MOSQUITO	114	451	525	534	94	580	581	156	3,035
PINZA CURVA	111	442	413	534	88	535	587	151	2,861
PORTAGUJAS	108	408	360	531	68	500	522	134	2,631
RIÑÓN 250ML	118	407	432	531	72	555	536	150	2,801
TIJERA RECTA	105	414	362	547	72	489	587	130	2,706
TORUNDERO	127	310	322	520	35	434	832	121	2,701
CINTA MÉTRICA	45	258	276	469	16	368	227	63	1,722
TERMÓMETRO	62	344	477	499	43	408	269	70	2,172
MATERIAL SUTURA	127	514	625	620	69	587	537	105	3,184



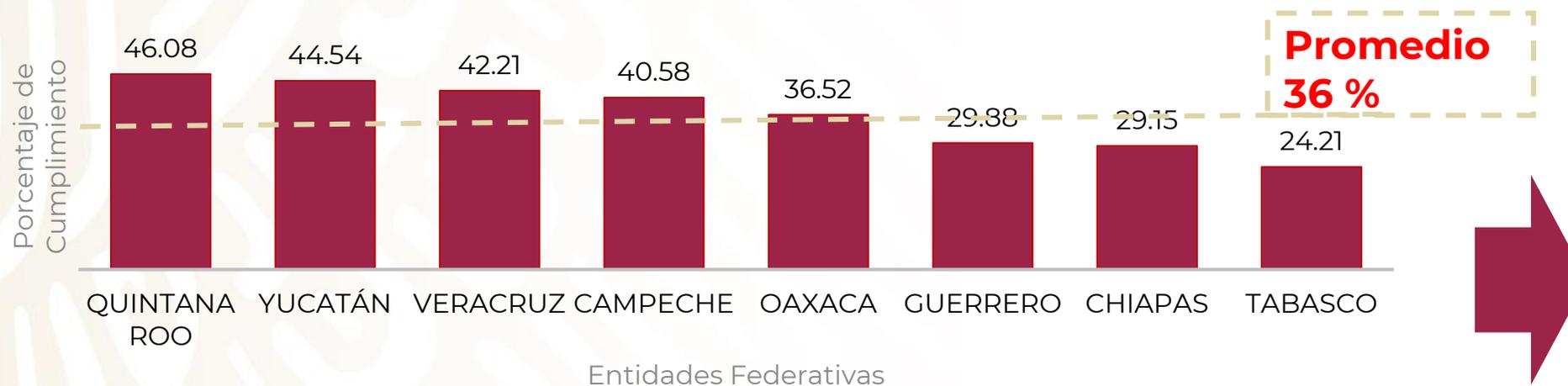
Información para la adquisición.

Medicamentos

Necesidades de instrumental

Las necesidades detectadas de instrumental consideran un artículo por consultorio:

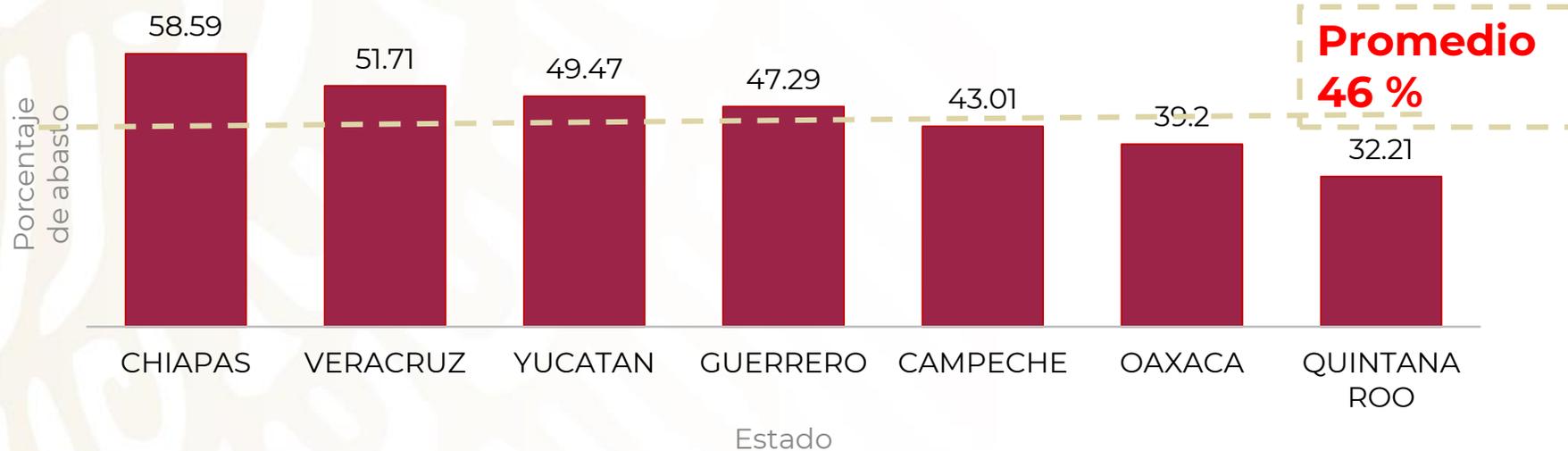
Censo de Medicamentos Abasto



Realizar análisis de medicamentos en función de las necesidades prioritarias de salud.

Biológicos

Abasto de Biológicos



Las entidades federativas reportaron un cumplimiento de entre el 58.59% y el 32.21% en el abasto de biológicos.

Necesidades de biológico por Entidad y establecimiento

ESTADO	(TD) INYECTABLE POR FORMULACIÓN DE PROCESO.	(TD) SUSPENSIÓN INYECTABLE.	NEUMOCC OCCICA 13	SABIN	HEPATITIS B	TRIPLE VIRAL	(DTPA-IPV)	INFLUENZA	ANTINEUMOCOCCICA	DPT	ANTIRRABICA	BCG	VPH
CAMPECHE	65	0	57	0	49	0	66	0	41	0	42	0	43
CHIAPAS	344	0	141	0	133	0	269	0	154	0	147	0	229
GUERRERO	594	0	500	0	257	0	671	0	279	0	278	0	496
OAXACA	560	476	296	474	391	428	532	314	429	464	661	453	514
QUINTANA ROO	142	109	107	142	112	106	118	109	116	112	167	177	140
TABASCO	447	156	99	381	88	194	260	156	167	327	493	238	336
VERACRUZ	458	420	204	506	280	302	190	271	397	260	595	269	513
YUCATAN	137	79	65	96	58	44	89	34	75	95	95	86	85
TOTAL	2747	1240	1469	1599	1368	1074	2195	884	1658	1258	2478	1223	2356



Se realizará cruce con termos, refrigerador y energía eléctrica.

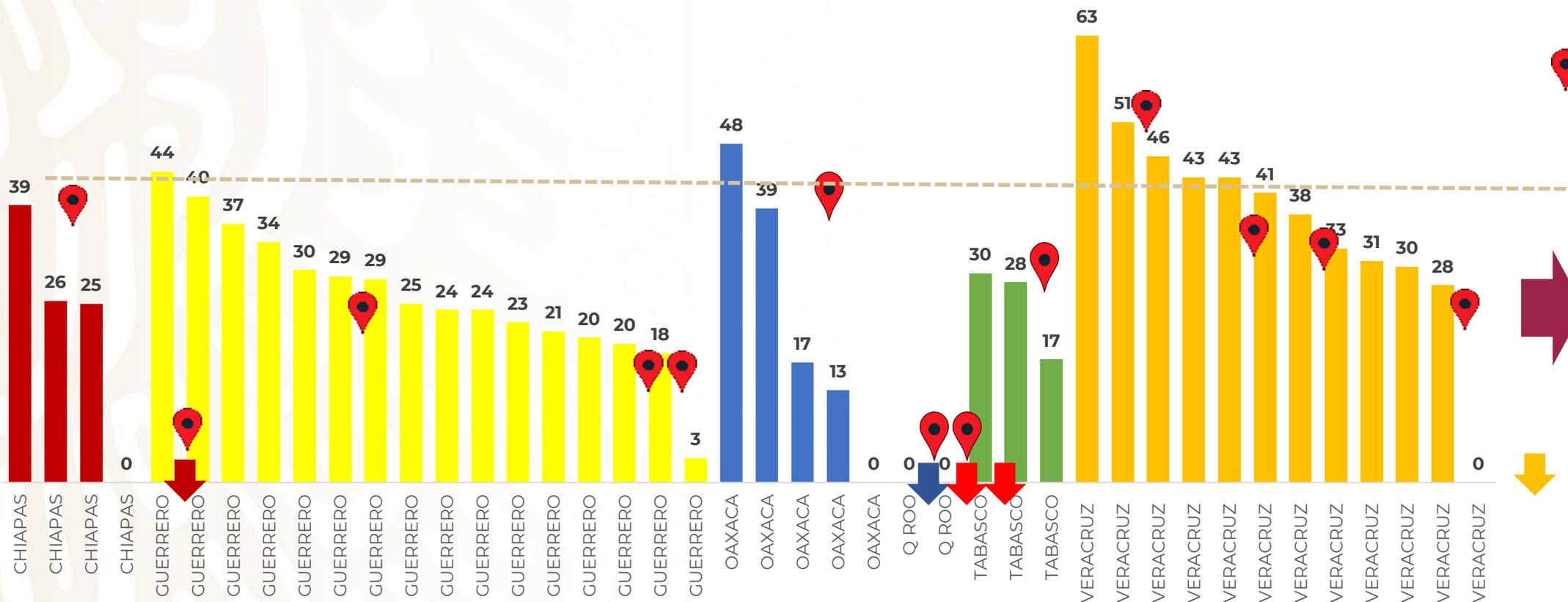
Recursos Humanos

Primer Nivel de Atención (RRHH)

ENTIDAD	SIN MÉDICOS	SIN MÉDICOS NI ENFERMERAS	SIN PASANTES DE MEDICINA	SIN PASANTES DE ENFERMERÍA	ZONA INDÍGENA
CAMPECHE	4				
CHIAPAS	118	29	14	14	12
GUERRERO	177	44	36	30	14
OAXACA	242	75	24	13	10
QUINTANA ROO	31	10	10	10	3
TABASCO	175	33	19	18	7
VERACRUZ DE LLAVE	106	13	7	6	
YUCATAN	8	4	4	4	
TOTAL GENERAL	861	208	114	95	46

- **Necesidades de RH** (Médicos, enfermeras, pasantes, odontólogos, promotores de la salud) por unidad, por estado para poder ofrecer los servicios requeridos para atender la necesidad de la población.
- **Considerar un análisis más detenido de unidad por unidad.**

Porcentaje de Abasto de Medicamentos en unidades que carecen de los 3 servicios básicos AGUA, DRENAJE, LUZ



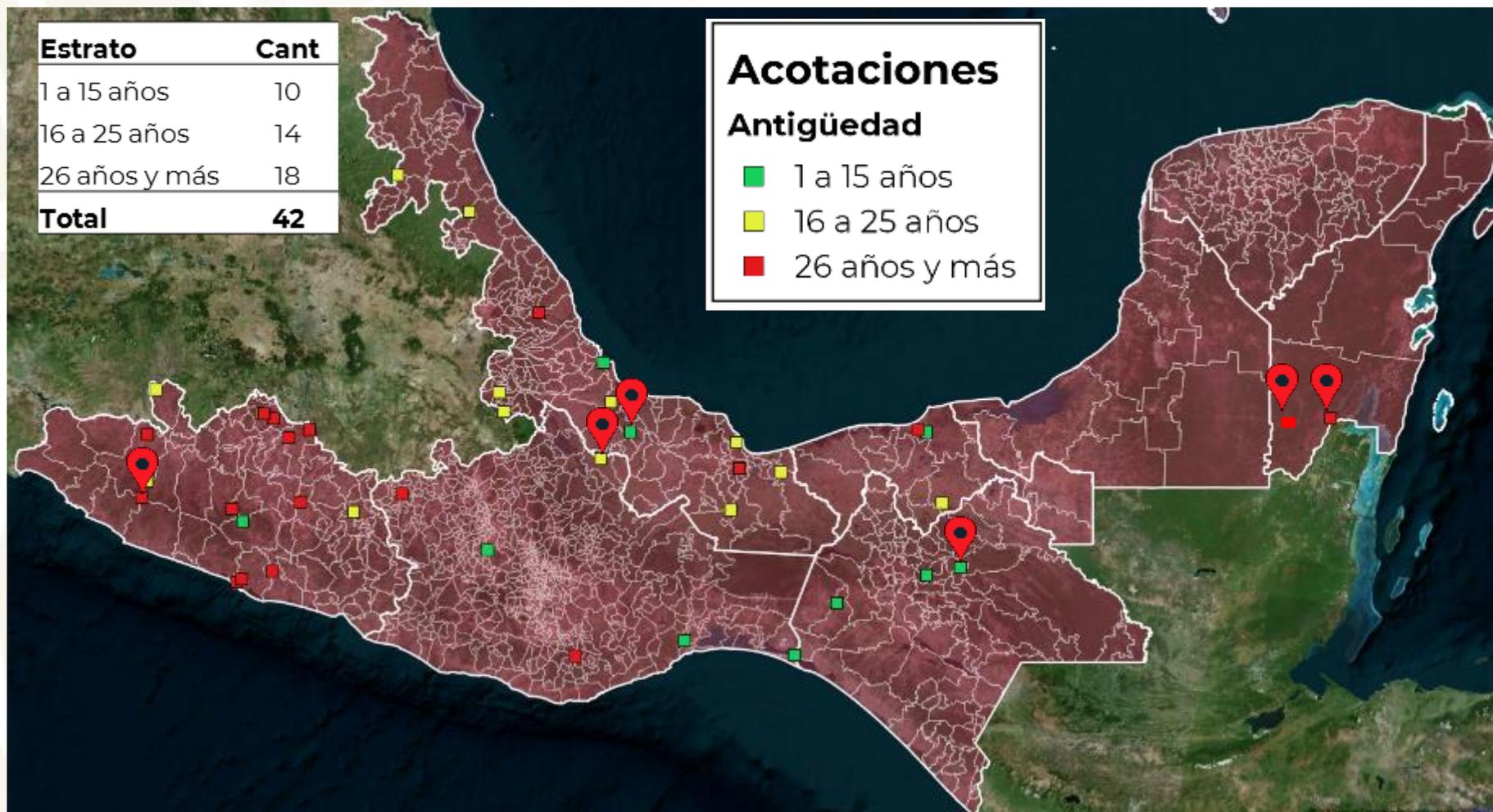
 Atención a población indígena.

 **5 unidades con cero abasto** de medicamento y **solo 2 con abasto superior al 50%**

ENTIDADES CON DESABASTO CRITICO DE MEDICAMENTOS

ENTIDAD	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CLAVE CLUES	MEDICAMENTOS	MÁS DE 26 AÑOS DE ANTIGÜEDAD	DAÑOS REP. INFRAESTRUCTURA SEVERO	ATENCIÓN POBLACIÓN INDÍGENA
CHIAPAS	CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL SANTA ISABEL	CSSSA019814	CRITICO			X
GUERRERO	SAN ANTONIO DE LAS TEXAS	GRSSA002974	CRITICO	X		
OAXACA	CSU 04 SAN BARTOLO	OCSSA002245	CRITICO		X	X
QUINTANA ROO	CENTRO DE SALUD RURAL CAOBAS	QRSSA000513	CRITICO	X	X	X
QUINTANA ROO	CENTRO DE SALUD RURAL UCUM	QRSSA000665	CRITICO	X	X	
VERACRUZ	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES DE COSAMALOAPAN (CAPA)	VZSSA016241	CRITICO		X	

Representación cartográfica de Unidades sin servicios básicos por antigüedad de la unidad



 Con abasto de medicamentos crítico.

Representación cartográfica de Unidades sin servicios básicos por **daño estructural**



 Con abasto de medicamentos crítico.

Filtros para el Primer Nivel de Atención (RRHH)

ENTIDAD / ESTABLECIMIENTO	TOTAL MÉDICOS	TOTAL ENFERMERAS
CHIAPAS	2	6
CENTRO DE SALUD MICROREGIONAL SANTA ISABEL	0	0
EMILIANO ZAPATA	0	1
PESQUERÍA LA GLORIA	0	1
SANTIAGO EL PINAR	2	4
GUERRERO	34	65
LA PLAYA Y ANEXOS	0	1
R-01 AMATEPEC	1	0
R-01 PESCADO EL,	0	0
R-01 SAN JUAN TEOCALTZINGO	1	1
R-01 SAN PEDRO PETLACALA	1	1
R-01 SANTA TERESA	1	1
R-01 SANTIAGO TLAMACAZAPA	2	4
R-01 TIERRA COLORADA	0	1
R-01 YEXTLA	2	1
R-02 POCHAHUIZCO	1	1
R-03 CD. HUITZUCO	8	30
SAN ANTONIO DE LAS TEXAS	0	0
U-01 COL. CANTARRANAS	2	2
U-01 COL. PEDRO MARTÍN	3	6
U-03 COL. ALIANZA POPULAR	5	8
U-04 COL.E.ZAPATA I	7	8
QUINTANA ROO	2	2
CENTRO DE SALUD RURAL CAOBAS	1	1
CENTRO DE SALUD RURAL UCUM	1	1
SUBTOTAL	38	73

Filtros para el Primer Nivel de Atención (RRHH)

ENTIDAD / ESTABLECIMIENTO	TOTAL MÉDICOS	TOTAL ENFERMERAS
OAXACA	11	14
CSU 04 SAN BARTOLO	3	8
GUADALUPE DE RAMÍREZ	2	2
SANTA MARÍA OZOLOTEPEC	1	1
SANTIAGO MITLATONGO	2	1
UNEME EC TEHUANTEPEC	3	2
TABASCO	1	3
C.S. COL. ÁLVARO OBREGÓN	0	1
C.S. RA. TABASQUILLO 1A.	0	1
CENTRO DE SALUD FRANCISCO VILLA	1	1
VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE	27	51
ACALAPA DOS (KILÓMETRO 17)	1	2
ASTACINGA	2	3
ATZOMPA	5	13
BENITO JUÁREZ	1	2
CENTRO DE SALUD MANDINGA Y MATOZA	1	1
COL. MORELOS	7	14
EL SALITRAL	0	1
OTEAPAN	5	8
PAJAPAN	4	5
TRAPICHE DEL ROSARIO	0	1
UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES DE COSAMALOAPAN (CAPA)	1	0
VILLA ALTA	0	1
TOTAL	77	141



SÍNTESIS PRIMER NIVEL Y PRIMERAS APROXIMACIONES A HOSPITALIZACIÓN

UNIVERSO 3,892 UNIDADES 8 ESTADOS ZONA SUR-SURESTE

Servicios Básicos
de Energía
eléctrica , agua
potable y drenaje



46% 1,797 unidades cuentan con los 3 servicios



42 unidades sin 3 servicios básicos, 13 en zona atención a población indígena

Cartera de
Servicios



3,248 unidades cumplen con el estándar. 83% (no incluye reporte sin núcleos básicos)



545 unidades sin Medicina Preventiva 62 s/ odontología, 81 s/ lab. 72 s/Rx

Mantenimiento



25% no requiere mantenimiento



75% unidades reportan daños a la infraestructura, 390 U. es severo, 152 x falta de mtto. y des. Nat.

UNIVERSO 3,892 UNIDADES 8 ESTADOS ZONA SUR-SURESTE

Mobiliario



Se tiene ya la detección de mobiliario requerido por unidad



Ninguna de las unidades cumplen con el mobiliario

Equipamiento
Médico



Se tiene ya detectados los equipos requeridos por unidad



Solo el 51% de las unidades cumplen con el equipamiento médico

Instrumental



Se tiene ya detectado el instrumental requerido por unidad



Solo el 14 % cumplen con el instrumental médico

UNIVERSO 3,892 UNIDADES 8 ESTADOS ZONA SUR-SURESTE

Medicamentos



Se realizarán compras consolidadas



El promedio de abasto en los estados es del 36% (rango 46% al 24%)

Biológicos



No se han reportado brotes



El promedio de abasto en los estados es del 45% (rango entre el 58% y el 32%)

Recursos Humanos



Se tienen identificadas las unidades con escasez de RH



861 unidades s/méd, 208 s/ méd. ni enfermeras, 114 s/ pas. de med., 95 s/ pas. de enf. 46 en z. atn. indígena

Caso 42 U.

- Sin serv. básicos,
- 5 con cero abasto med.
- 3 zona indígena,
- 3 con más de 26 años de antigüedad

OCUPACIÓN HOSPITALARIA CARROS ROJOS FUNCIONALES

 Porcentaje
de ocupación

ENTIDAD	ESPECIALIZADO	GENERAL	INTEGRAL/ COMUNITARIO	PSIQUIÁTRICO
CAMPECHE	41	71	26	53
CHIAPAS	-	106	83	80
GUERRERO	36	97	75	-
OAXACA	36	52	48	39
QUINTANA ROO	1	85	18	-
TABASCO	64	62	33	1
VERACRUZ	55	70	43	32
YUCATAN	163	51	52	20
TOTAL GENERAL	56	74	47	37

 Carros Rojos
funcionales por
tipo de Hospital

ENTIDAD	HOSPITAL DE ESPECIALIZADO		HOSPITAL GENERAL		HOSPITAL INTEGRAL O COMUNITARIO		HOSPITAL PSIQUIATRICO		TOTAL CARROS COMPLETOS	ENTREGADOS POR FED	DIFERENCIA CON ENTREGADOS
	Total Hospitales	Carros Rojos Completos	Total Hospitales	Carros Rojos Completos	Total Hospitales	Carros Rojos Completos	Total Hospitales	Carros Rojos Completos			
CAMPECHE	2	0	4	0	5	2	1	0	2	6	-4
CHIAPAS	-	-	15	1	22	2	1	0	3	15	-12
GUERRERO	3	0	14	2	24	1	-	-	3	19	-16
OAXACA	1	0	15	2	19	1	-	-	3	2	+1
QUINTANA ROO	1	0	5	0	4	1	-	-	1	6	-5
TABASCO	4	1	10	0	8	1	1	0	2	18	-16
VERACRUZ	3	0	27	7	24	2	2	0	9	20	-11
YUCATÁN	1	0	4	1	2	0	1	0	1	6	-5

RECURSOS HUMANOS (MÉDICOS Y ENFERMERAS) HOSPITALES COMUNITARIOS

Dentro de las variables disponibles del CENSO de unidades hospitalarias se observa lo siguiente:

ENFERMERAS

ENTIDAD	UNIDADES	CANTIDAD	ESTANDAR ^{2/}	BALANCE ^{3/}
CAMPECHE	5	177	215	+38
CHIAPAS	22	1,499	946	+553
GUERRERO	24	691	1,032	-341
OAXACA	19	758	817	+59
QUINTANA ROO	4	162	172	+10
TABASCO	8	368	344	+24
VERACRUZ	24	1,076	1,032	+44
YUCATAN	2	96	86	+10
TOTAL GENERAL	108	4,827^{1/}	4,644	+183

^{1/} De acuerdo al modelo de DGPLADES se cumple con la plantilla de personal de enfermería necesario para la operación.

^{2/} El estándar se calcula en base al modelo de recursos para la planeación de unidades médicas (30 camas).

^{3/} El balance es la diferencia con el personal requerido en contraste con el existente.

MÉDICOS

RECURSOS HUMANOS EN LOS HOSPITALES COMUNITARIOS (N=108)

RECURSOS HUMANOS QUE DEBE TENER CADA HOSPITAL		NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS		BALANCE ^{3/}
ESTANDAR ^{2/}	ESPECIALIDAD	CANTIDAD DE MÉDICOS QUE TIENE	CANTIDAD DE MÉDICOS QUE DEBE TENER	
3	Cirujano general	357	324	+33
3	Anestesiólogo	229	324	-95
3	Gineco-obstetra	203	324	-121
1	Internista	40	108	-68
1	Pediatra	193	108	+85
5	Urgenciólogos o médicos internistas	12	540	-528
1	Radiólogo	7	108	-101



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Gobierno de México
Secretaría de Salud
Subsecretaría de Integración y
Desarrollo del Sector Salud (SIDSS)

“Atención Primaria de Salud Integral e
Integrada: la propuesta metodológica
y operativa”

Lieja No. 7, Colonia Juárez,
Alcaldía Cuauhtémoc,
Ciudad de México

Edición noviembre 2019

ISBN Secretaría de Salud
978-607-460-586-0



**GOBIERNO DE
MÉXICO**