



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

**INTERVENCIONES DE APS-I MX EN LOS
DISTRITOS DE SALUD**

Gobierno de México

Secretaría de Salud

**Subsecretaría de Integración y
Desarrollo del Sector Salud**

*Intervenciones de APS-I Mx
en los Distritos de Salud*

Lieja núm. 7, Colonia Juárez
Alcaldía Cuauhtémoc,
Ciudad de México

Edición marzo 2020

Versión digital. ISBN: 978-607-460-592-1

Versión libro. ISBN: 978-607-460-591-4

DIRECTORIO

DR. JORGE CARLOS ALCOCER VARELA

Secretario de Salud

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 del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)

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

LIC. ÁNGEL RODRÍGUEZ ALBA

Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

DRA. ELSA LADRÓN DE GUEVARA

Directora General de Evaluación del Desempeño

DR. ALEJANDRO MANUEL VARGAS GARCÍA

Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

ACT. JUAN CARLOS GÓMEZ MARTÍNEZ

Director General de Información en Salud

DR. JAVIER MANCILLA RAMÍREZ

Director General de Calidad y Educación en Salud

DR. FRANCISCO RAMOS GÓMEZ

Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud



CONTENIDO

CAPÍTULO I. INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS	9
INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS.....	9
CONTEXTO NORMATIVO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD.....	13
Otros referentes institucionales en materia de información en salud	14
Instituto Nacional de Estadística y Geografía.....	14
Consejo Nacional de Población	15
CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INTELIGENCIA EN SALUD DISTRITAL.....	16
FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA GENERACIÓN DE ESTADÍSTICAS DISTRITALES.....	19
Otras fuentes de información	19
Elementos de articulación y control.....	20
PLATAFORMAS DE INFORMACIÓN Y CONCEPTOS OPERATIVOS PARA INTEGRAR INFORMACIÓN DISTRITAL (TABLEROS, MAPAS TEMÁTICOS Y GEORREFERENCIACIÓN)	22
Primera Etapa.....	22
Segunda Etapa.....	23
CONCEPTOS OPERATIVOS PARA INTEGRAR INFORMACIÓN.....	26
Cubos de información.....	26
Guías de intercambio	26
Expediente electrónico	26
Mapas temáticos	26
Geo-referenciación.....	26
Inteligencia en salud.....	27
PROPUESTA DE OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INTELIGENCIA EN SALUD DISTRITAL.....	28
CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD	33
PRESENTACIÓN.....	35
EDUCACIÓN CONTINUA Y CAPACITACIÓN	37
Herramientas disponibles.....	37
Guía para diseñar y desarrollar una intervención educativa con la Secretaría de Salud.....	37





Plataforma electrónica Educación, Capacitación y Actualización a Distancia en Salud: EDUC@DS.....	38
Sistema Nacional de Administración de la Capacitación de la Secretaría de Salud	40
Cursos en marcha	41
Programas de capacitación para intervenciones de Enfermería.....	41
Redes en Investigación en APS-I MX	46
Investigación aplicada en el Servicio Social de Medicina.....	47
Servicio Social de Enfermería en Investigación.....	48
Asesoría para el desarrollo normativo.....	50
ACCIONES EN EL COMPONENTE CALIDAD.....	51
Estructuras para la calidad.....	51
Modelo de Gestión de la Calidad en Salud (MGCS).....	53
Seguridad del Paciente.....	54
Algoritmos de Atención Clínica	56
Cuidados Paliativos.....	57
ACCIONES EN LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	58
Programa de intervención comunitaria	58
Trabajo Social Comunitario.....	58
ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL CONTEXTO DE APS-I MX	60
Formación de Recursos Humanos para la Salud	61
Internado Médico de Pregrado, Servicio Social y Residencias Médicas ...	62
Servicio Social en Medicina	62
Servicio Social Interdisciplinario	63
Internado Médico de Pregrado.....	64
Residencias Médicas.....	65
Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas	66
Referencias bibliográficas.....	68
CAPÍTULO III. TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA MX (APS-I Mx)	71
PRESENTACIÓN.....	73
GESTIÓN DE EQUIPO MÉDICO EN LOS SERVICIOS DE SALUD	75
Antecedentes.....	75
Problemática.....	75



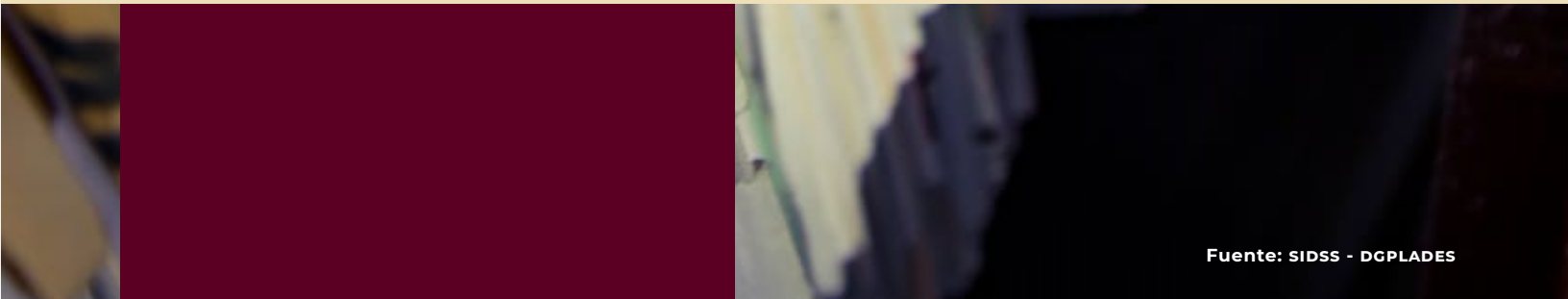
INTERVENCIONES DE APS-I MX EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Definición.....	77
Propuesta.....	79
Conclusiones	83
GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	84
Antecedentes.....	84
Catálogo maestro de guías de práctica clínica.....	85
Situación actual.....	88
TELESALUD EN EL CONTEXTO DE LA APS-I MX.	
INTERCONSULTA A DISTANCIA.....	89
Antecedentes.....	89
Problemática	90
Propuesta.....	90
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	96
TABLA DE ILUSTRACIONES.....	98
 CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD	 99
INTRODUCCIÓN	101
¿QUÉ ES LA RECTORÍA EN SALUD?	102
¿QUÉ ES LA EVALUACIÓN?	103
Importancia de la evaluación	103
Normatividad aplicable a la evaluación de programas presupuestarios.....	103
¿Por qué seguir avanzando en los procesos de evaluación?.....	106
ANÁLISIS INDICADOR HOSPITALIZACIONES EVITABLES.....	108
Resultados a nivel nacional y por institución	109
Análisis por entidad federativa	111
Análisis por causas por entidad federativa	112
INDICADORES PARA LOS DISTRITOS DE SALUD.....	120
Indicadores de Estructura.....	121
Indicadores de Proceso.....	124
Indicadores de Resultados	128
CONCLUSIONES	130
BIBLIOGRAFÍA	132
REFERENCIAS PARA LOS INDICADORES	133
SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	137





CAPÍTULO I. INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS





CRÉDITOS

DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

ACT. JUAN CARLOS GÓMEZ MARTÍNEZ

Director General de Información en Salud



INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS



En este apartado se presentan las características de un Sistema de Información para la Inteligencia en Salud Distrital (SIISD). Este sistema es un elemento estratégico para apoyar la implantación del Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrado México (APS-I MX). Facilitará además la información para apoyar diferentes actividades de planeación, operación y evaluación del Distrito de Salud, en sí la inteligencia distrital. Para la conformación de este sistema se consideró importante hacer una descripción del marco de referencia en el cual se soporta la información de salud a nivel nacional y cómo los subsistemas que ya están en desarrollo serán componentes importantes en la operación local del Sistema de Información en el Distrito de Salud.

Actualmente, la transformación del Sistema de Salud en el contexto de la Cuarta Transformación marca una gran diferencia al establecerse bajo el trabajo conjunto de todas las Instituciones públicas de salud favoreciendo y consolidando así la coordinación entre ellas.

Esta transformación también debe verse reflejada en la necesidad de disponer de información que permita, no solamente medir los alcances sino conocer el tipo de población que se atiende o debe atenderse. Por eso desde hace varios años algunos estados del país han impulsado el uso de Sistemas de Registro Electrónico para la Salud (SIREs), que son herramientas de información que amplían con creces el conocimiento sobre la atención prestada a la población usuaria, pero eso requiere de tecnología y comunicaciones.

Pese a que se han invertido diferentes esfuerzos de toda índole, los sistemas de información de salud en nuestro país se encuentran desarticulados, ya que cada institución cuenta con sus propios criterios y procedimientos de recolección de datos en arquitecturas tecnológicas heterogéneas. Esto dificulta la integración de la información y un consumo de tiempo alto en tareas de acopio y llenado de formatos que afectan los procesos de revisión y validación, mismos que impactan directamente en la calidad de la información.

Por ello se requiere fortalecer la rectoría en materia de información en salud, a efecto de establecer una efectiva homologación de los datos en salud, uso de tecnología y definición de procesos orientados a la generación de conocimiento e inteligencia de las acciones de aplicadas para la operación de los Distritos de Salud.

La información de un Distrito de Salud (DS) requiere una organización estructurada y acorde a la disponibilidad de los recursos tanto humanos, como





tecnológicos y materiales. Esta organización está representada por un Sistema de Información Distrital donde confluyen y se integran los datos de diferentes procesos de la atención de salud a la comunidad.

Actualmente, la transformación del Sistema de Salud en el ámbito de la información en salud, requiere disponer de un mecanismo de información que facilite el análisis y evaluación de las acciones y que prevé el modelo de atención APS I MX. Por otra parte, debe permitir la integración de indicadores de salud con el propósito de analizar la operación de los programas de salud. Debe además ser el instrumento donde se registre la información necesaria para contar con los insumos y recursos para la operación de las unidades de un Distrito de Salud.

En si debe orientarse hacia la constitución de un Sistema de Inteligencia Distrital con información estratégica para la toma de decisiones y la planeación integral dentro del DS.



CONTEXTO NORMATIVO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) tiene por mandato establecido en la Ley General de Salud captar, producir y procesar la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, para conocer el estado y evolución de la salud pública, así como promover la implantación de soluciones tecnológicas que permitan registrar e intercambiar información de los integrantes del sector.

Referencias normativas de información en salud:

- **Ley General de Salud**
- **Acuerdo por el que se establece el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud**
- **Acuerdo por el que se emite el Manual de Procedimientos para la Búsqueda intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas**
- **Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).**
- **Acuerdo que modifica el diverso por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal publicados el 30 de enero de 2009 y da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal vigentes a partir del 1 de enero de 2012, publicado el 29 de diciembre de 2011.**
- **Acuerdo por el que se dan a conocer los modelos que se utilizarán como formatos para la expedición del certificado de nacimiento.**
- **Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud.**
- **Lineamientos de Operación del Certificado Electrónico de Nacimiento.**
- **Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.**
- **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico,**
- **Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica y en las disposiciones jurídicas aplicables**
- **Manual de Operación del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.**
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.**





OTROS REFERENTES INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INFORMACIÓN EN SALUD

La Secretaría de Salud a través de la DGIS, preside el Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud (CTESS) con la finalidad de ser el órgano colegiado de coordinación sectorial donde se identifiquen y desarrollen acciones conjuntas para la captación, integración, producción, procesamiento, sistematización y difusión de la información en salud, a fin de que la misma sea de calidad y sirva como insumo primordial para la evaluación de políticas públicas y la asignación de recursos basada en evidencia.

De esta manera, el CTESS busca instrumentar acciones coordinadas a favor de la información en salud que den cumplimiento a lo establecido en los documentos programáticos del sector.

En este Comité participan el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), así como el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Consejo Nacional de Población (CONAPO), Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO) quienes generan información que se encuentra íntimamente relacionada a los temas de salud.

Las actividades que se desarrollen en este órgano colegiado, impactarán en la forma y mecanismos de captación que se realicen en los DS.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía

De conformidad con el artículo 26, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el INEGI es un organismo constitucional autónomo, responsable de normar y coordinar el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, así como de captar y difundir información de México en cuanto al territorio, los recursos, la población y economía, que permite dar a conocer las características de nuestro país y ayudar a la toma de decisiones.

El INEGI genera estadística básica, la cual obtiene de tres tipos de fuentes: censos, encuestas y registros administrativos.

En materia de salud, participa en el CTESS como Secretario Técnico con la finalidad de promover la capacitación y aplicación de las normas y disposiciones de carácter general que se expidan para captar, procesar y difundir la información estadística y geográfica, así como brindar la asesoría técnica que se requiera para estos fines y es la fuente oficial de la información de defunciones.



Consejo Nacional de Población

De acuerdo con lo previsto en el artículo 142 del Reglamento Interior de la Secretaría de Gobernación, el CONAPO es un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Gobernación que tiene como objetivo asegurar que los mexicanos y las mexicanas participen justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social, mediante la regularización de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución territorial.

El Reglamento de la Ley General de Población prevé como principales funciones del CONAPO, las que se enuncian a continuación:

- Formular programas de población y vincularlos con los del desarrollo económico y social del sector público
- Analizar, evaluar y sistematizar información sobre los fenómenos demográficos
- Establecer las bases y los procedimientos de coordinación entre las dependencias, entidades e instituciones que participen en los programas de población
- Asesorar y asistir en materia de población a toda clase de organismos públicos o privados, nacionales o extranjeros, locales o federales, y celebrar con ellos los acuerdos que sean pertinentes

Evaluar los programas que lleven a cabo las diferentes dependencias y entidades del sector público en relación con las políticas establecidas en materia demográfica, así como proponer las medidas conducentes.

En materia de información en salud, las proyecciones de población que publica este órgano, sirven de apoyo para la generación de indicadores nacionales que permiten evaluar la salud de la población mexicana.



CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INTELIGENCIA EN SALUD DISTRITAL

El SIISD, debe prever que esta información facilite y apoye prioritariamente:

- 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
- Evaluar los avances en la implantación del Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrado México (APS-I MX).

La integración tecnológica del SIISD, tiene que partir de aplicaciones que contemplen el registro nominal de las personas, lo que se ve representado por los datos de identificación tomando en cuenta su seguridad, esto es, respetando el uso de sus datos personales.

Esto nos conduce hacia el contexto de los SIREs que permiten capturar, manejar e intercambiar información estructurada e integrada, tanto de aplicaciones nominales como del expediente clínico, así como información geográfica, social, financiera, de infraestructura y de cualquier otra índole que documente la atención médica prestada a un solo individuo y/o la capacidad instalada de los establecimientos de salud. La información generada por estos, junto con la información contenida en el Sistema Nacional de Información Básica en materia de Salud (SINBA), se integran al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

El DS deberá constituirse en integrador de la información de las comunidades, así como de las unidades de salud de su competencia. Se apoyará en los lineamientos normativos que se difunden del nivel nacional, pero a la vez tendrá una autonomía para generar información que permita apoyar sus procesos operativos y de planeación de tal manera de contar con información casi de manera inmediata, siempre cuando exista la suficiente infraestructura informática y de conectividad.

El DS debe ser el eje normativo y de coordinación en el ámbito de su competencia geográfica con todas las instituciones que conforman el sector salud, de tal manera que integrará información del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) o Secretaría de Salud (SS), IMSS Bienestar, IMSS, ISSSTE y sector privado.



CAPÍTULO I. INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS

El Sistema de Información para la Inteligencia en Salud Distrital (SIISD) contiene cinco atributos principales:

- Único
- Amigable
- Reducir captura manual
- Interconectable
- Producir información para todos los niveles de servicio.



Único. Mediante el establecimiento de este SIISD, se deberá fortalecer su rectoría para evitar que diferentes instancias institucionales y sectoriales incorporen peticiones en forma desordena de información, ya sea manuales o digitalizadas, ocasionando duplicidades en el registro y captura de la información y en consecuencia descontrol en la operación de las unidades médicas.

Amigable. El sistema de información debe facilitar la captura de información con menús que agilicen el registro de información tanto en tiempo como en la estructura de variables y catálogos disponibles. Debe responder y sobre todo apoyar la labor del personal médico o paramédico con un diseño ágil y sencillo que facilite el registro de la atención del profesional de salud.

Reducir captura manual. Mediante el uso de la tecnología, se buscará disminuir los múltiples formatos en papel que hoy en día llenan las y los profesionales de la salud, lo que se traduce es un rezago de captura de información y en tiempo reducido de exploración de pacientes para determinar su afección. Es por lo tanto necesario contar con sistemas de información homologados que en una sola



captura de información se provea de información básica a los tomadores de decisiones.

Asimismo, el uso de la tecnología permitirá incrementar la oportunidad, cobertura, confiabilidad y, sobre todo, calidad de la información que apoye la implementación del Modelo de Atención Primaria a la Salud (APS I MX).

Interconectable. La interconectividad entre los sistemas de información es un tema complejo. Existen diferentes tecnologías, pero la interconectividad se logra con guías de intercambio *ad-hoc* y todo depende de los recursos informáticos y la conectividad existente.

La normatividad disponible es un elemento que facilitará el escenario para lograr que en un mediano plazo se dé una total interconectividad entre los diferentes sistemas de información, tanto institucionales como sectoriales.

La DGIS, es la responsable de la administración de la NOM-024-SSA3-2012, donde se prevén las guías de intercambio, que son instrumentos técnicos que deben apoyar esta interconectividad. Permite una forma de intercambiar información y representa un avance en este sentido para constituir una característica importante en el sistema de información en salud para la inteligencia distrital.

Información para todos los niveles de servicio. Esto es sin duda el propósito principal de cualquier sistema de información; el enorme potencial de la información y los grandes volúmenes de información apoyados por la tecnología disponible deberían facilitar esta tarea. Sin embargo, se produce tanta información que en muchas ocasiones, ni siquiera se alcanza a consultar y menos a utilizar, de allí el reto de los sistemas de Información de como ordenar, seleccionar y sintetizar la información que aporte conocimiento en la unidad médica, el distrito, estado y al nivel federal.



FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA GENERACIÓN DE ESTADÍSTICAS DISTRITALES

Fuente de información	Documento y/o plataforma de captura
Natalidad	Certificado de Nacimiento de aplicación nacional
Mortalidad	Certificado de Defunción de aplicación nacional
Recursos	CLUES y SINERHIAS
SEUL**	Capta información nominal de egresos hospitalarios, urgencias y lesiones
Servicios SINBA*** V2	Información nominal a partir de las hojas diarias del médico, salud mental, odontología y PF o bien Guías de intercambio del expediente electrónico

* Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) y, Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS)

** Sistema de Egresos, Urgencias y Lesiones (SEUL)

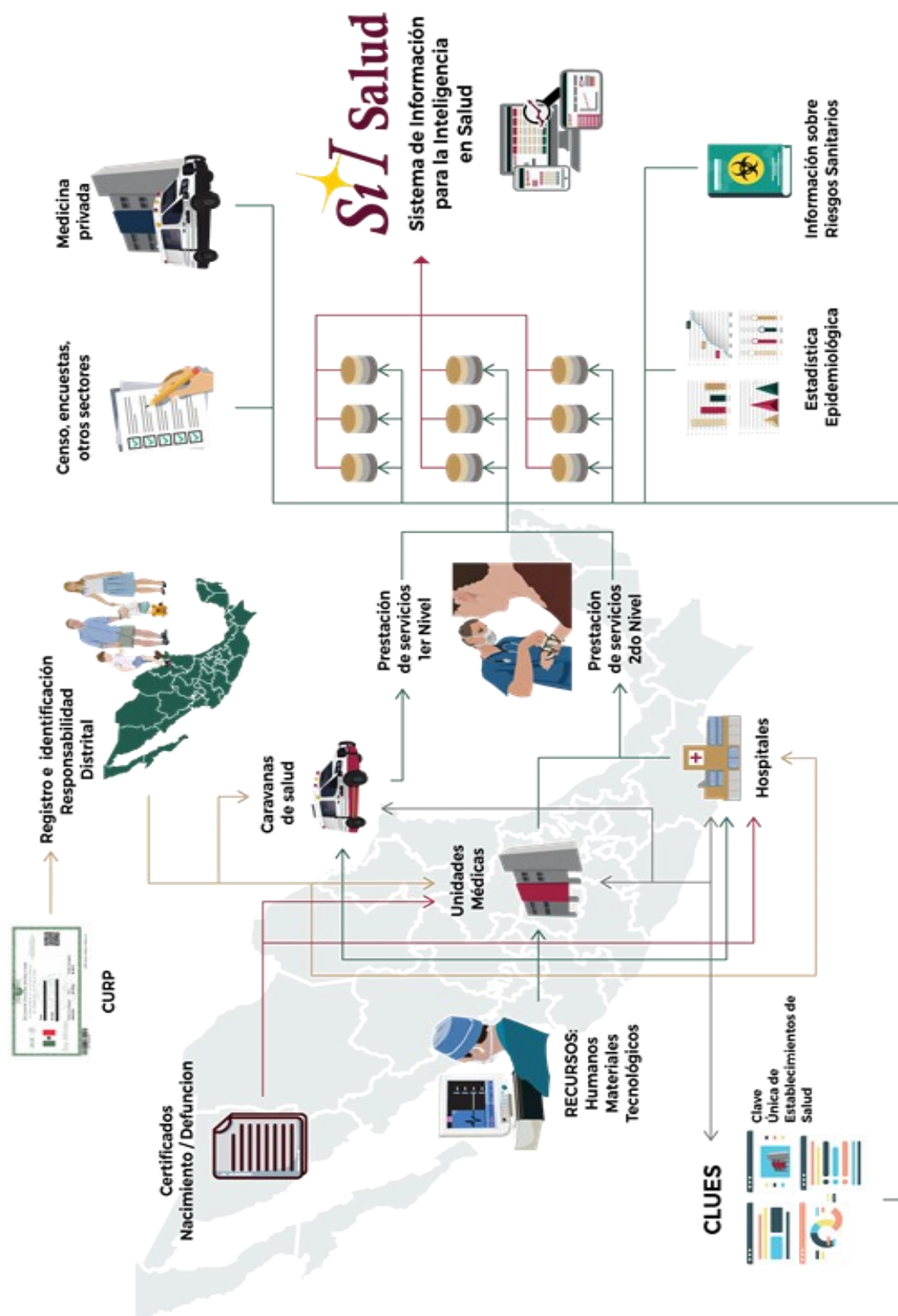
*** Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA)

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuente de información	Documento y/o plataforma de captura
Información de otras dependencias del Sector Salud	Guías de intercambio o aplicativos desarrollados
Información sobre riesgos sanitarios	Reportes
Información de estadística epidemiológica	Reportes y acceso al portal de la Dirección General de Epidemiología
Información de la medicina privada	Reporte y/o guías de intercambio
Información censal	Portal de INEGI y CONAPO
Registros de cáncer	Portal del registro de cáncer
Registro de incapacidad	En desarrollo

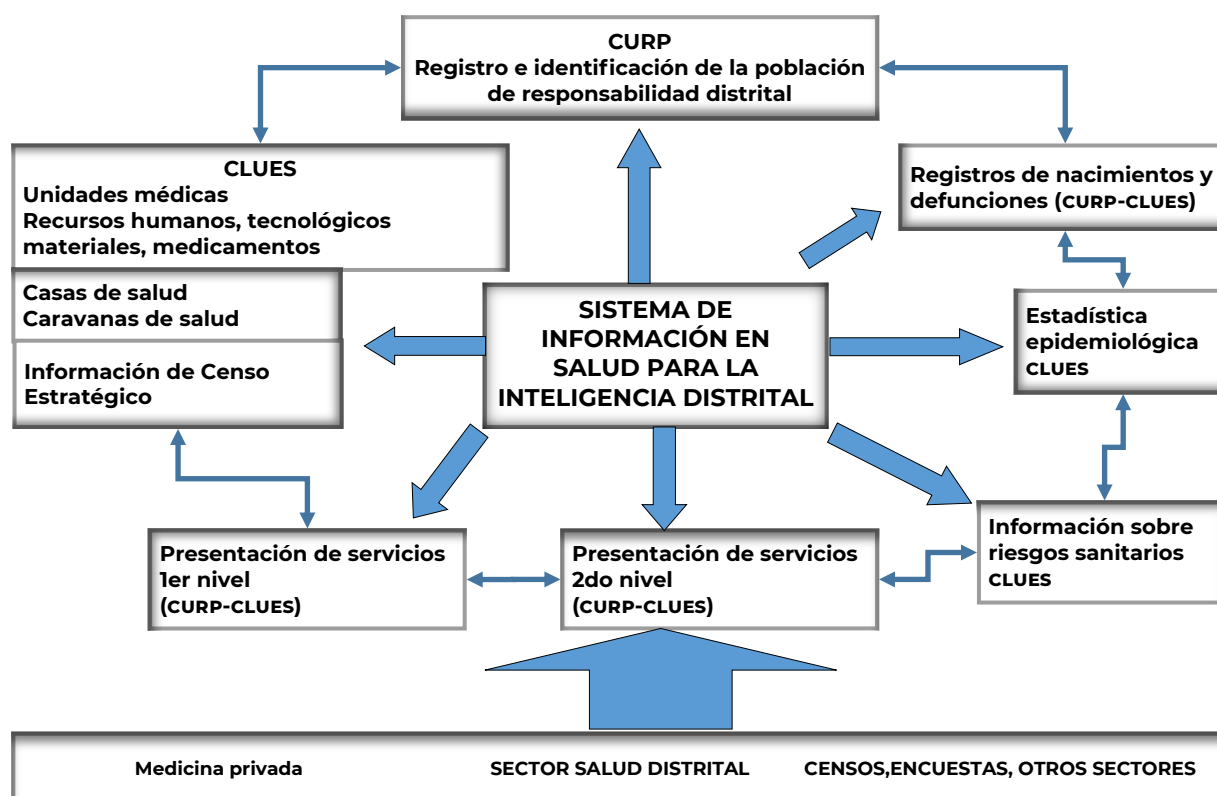


ELEMENTOS DE ARTICULACIÓN Y CONTROL



CAPÍTULO I. INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS

CLUES y CURP. Estas dos claves contienen los elementos necesarios que permitirán la portabilidad de la información. El código **CLUES** es un identificador único asociado al establecimiento y que permite conocer con este identificador las características de la unidad, este identificador es asignado por la DGIS para todas las unidades médicas del país.



CURP “es un código alfanumérico único de identidad de 18 caracteres utilizado para identificar oficialmente tanto a residentes como a ciudadanos mexicanos de todo el país”. Esta CURP es un elemento de articulación que permitirá hacer un seguimiento de la salud de una persona desde su nacimiento. Esta CURP facilita la ubicación de la persona “como parte fundamental de la familia, la familia de la comunidad y la comunidad como el soporte de la persona y con ello se articula la atención primaria a la salud desde el enfoque familiar y comunitario como base del sistema de salud”.

PLATAFORMAS DE INFORMACIÓN Y CONCEPTOS OPERATIVOS PARA INTEGRAR INFORMACIÓN DISTRITAL (TABLEROS, MAPAS TEMÁTICOS Y GEORREFERENCIACIÓN)

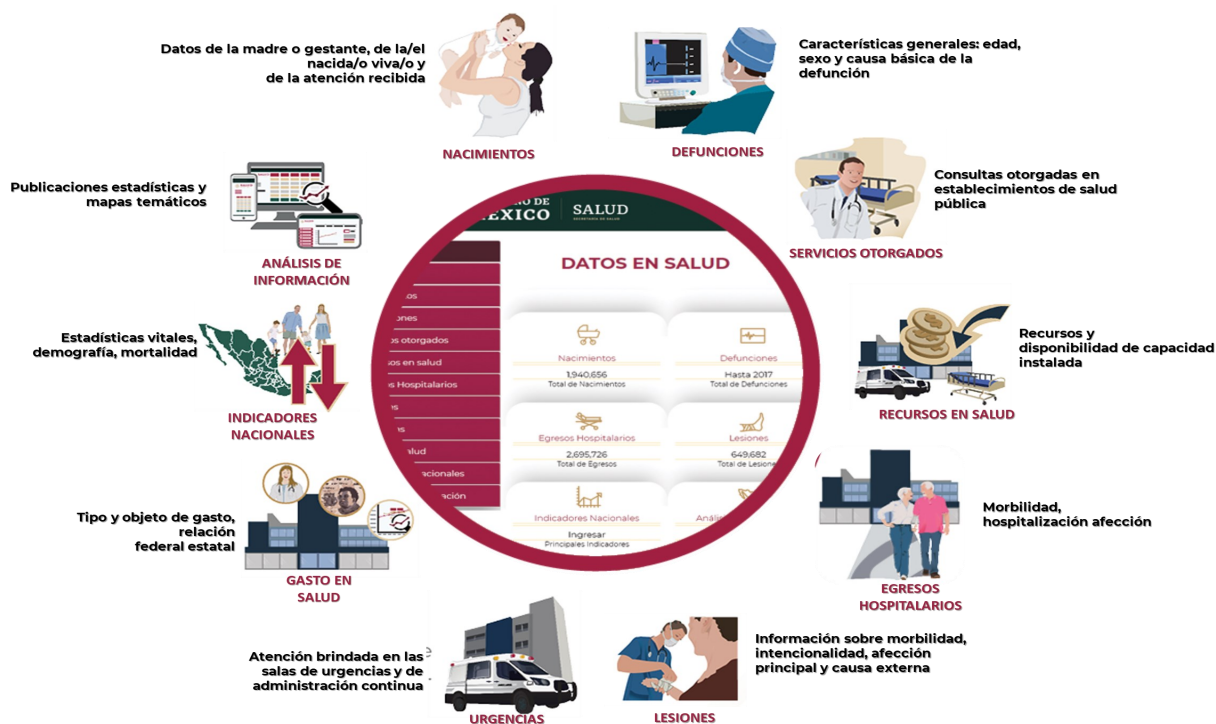
Con el propósito de mejorar el acceso y consulta de información la DGIS diseñó un nuevo portal de información que facilita la consulta, el manejo y explotación de la información que acopia, integra y procesa la Secretaría de Salud, como coordinadora del sector, consolidada en una plataforma amigable y de fácil acceso.

Desde el Portal (plataforma) se puede descargar la información fuente en archivos Excel y puede consultarse directamente vía Internet en PC, celulares o dispositivos móviles.

Este Portal, es parte del esfuerzo que se realiza para transparentar los datos en salud, reordenar procesos y transitar hacia un sistema de información para la inteligencia en salud, con un enfoque acorde a los retos y lineamientos de la 4T y sobre todo para que la población conozca con claridad qué está pasando con la salud.

PRIMERA ETAPA

En su primera etapa el portal contiene información a nivel nacional y por entidad federativa.



CAPÍTULO I. INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS

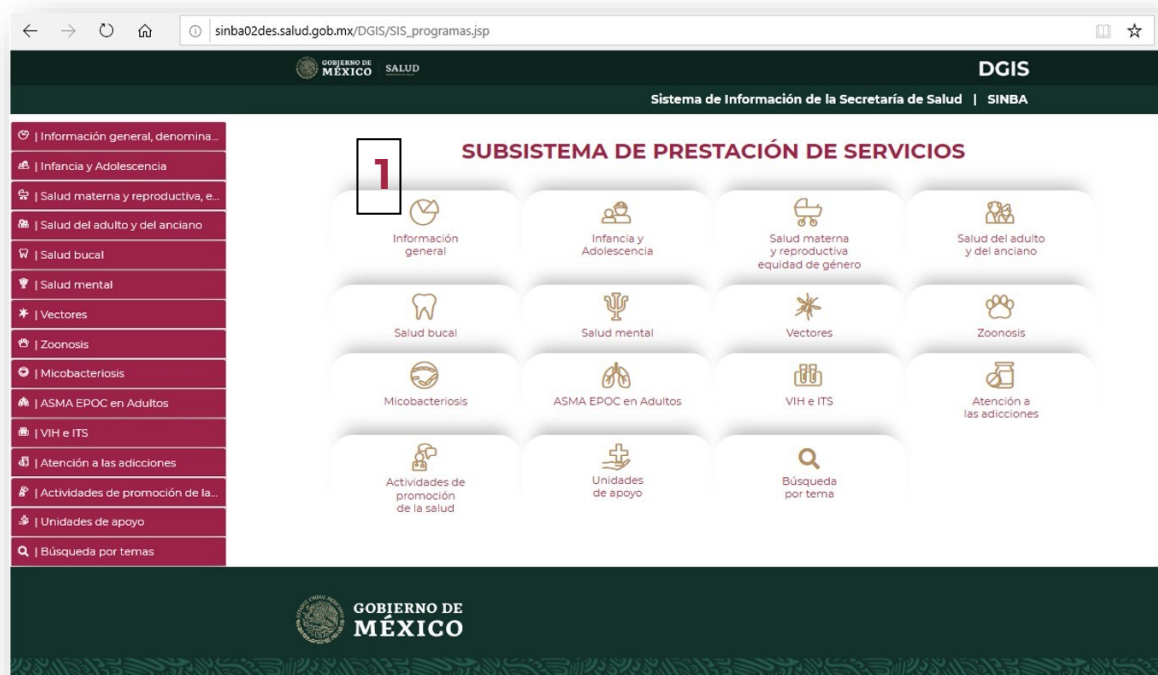
SEGUNDA ETAPA

En esta etapa se trabajó el Subsistema de Información de Prestación de Servicios (sis), el cual capta y concentra información estadística y nominal de las consultas otorgadas por las unidades médicas de la Secretaría de Salud.

Es el sis con una gran volumetría, lo que implica construir herramientas tecnológicas para facilitar su consulta, integración y análisis ya que cuenta con más de cuatro mil variables.

Si bien se dispone actualmente de una primera versión, se trabaja en la reingeniería de este subsistema a fin de disminuir los tiempos de registro y captura.

Un primer producto de esta restructura, es el acceso a un conjunto de tableros dinámicos de información que apoyan la labor de los responsables de estadística de las entidades federativas y de los Programas de salud. Con este proceso de automatización de los reportes se da respuesta a requerimientos desde la unidad médica y en los niveles locales, municipales, estatales y federales.





El contenido principal de este sis, se encuentra dividido en 15 secciones, 49 apartados y 197 temas, con la siguiente distribución:

Contenido principal del sis

I. Información general 1. Consultas 2. Discapacidad 3. Atención a indígenas 4. Rehabilitación 5. Auxiliares de diagnóstico 6. Servicios de hospitalización	VI. Salud Mental 1. Actividades realizadas en unidades médicas 2. Actividades realizadas en Unidad de Psiquiatría y Salud Mental	XI. VIH e ITS
II. Infancia y adolescencia 1. CENSIA* 2. <i>Cáncer en la infancia y adolescencia</i> 3. Aplicación de biológicos	VII. Vectores	XII. Atención a las adicciones
III. Salud materna y reproductiva, equidad de género 1. Salud reproductiva 2. Menopausia 3. Planificación familiar en unidad médica 4. Cáncer en la mujer en unidad médica 5. Violencia en la mujer 6. Salud sexual y reproductiva adolescente	VIII. Zoonosis 1. Actividades del Laboratorio Estatal de Salud Pública SIS-SS-INDRE. Zoonosis	XIII. Actividades de promoción de la salud
IV. Salud del adulto y el anciano 1. Salud del adulto y el anciano	IX. Micobacteriosis 1. <i>Tuberculosis</i> 2. <i>Lepra</i> 3. Actividades del Laboratorio Estatal de Salud Pública SIS-SS-INDRE. Zoonosis	XIV. Unidades de apoyo
V. Salud bucal	W. X. Asma EPOC en adultos	XV. Búsqueda por temas

* Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA)



CAPÍTULO I. INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS

La manera en cómo está diseñado este subsistema permite la generación de reportes a nivel DS y/o unidad médica.





CONCEPTOS OPERATIVOS PARA INTEGRAR INFORMACIÓN

CUBOS DE INFORMACIÓN

Es una estructura de datos multidimensional donde se integra la información de las unidades médicas de la ss, y estos se generan de manera periódica para facilitar la integración y análisis de datos de los Servicios Estatales de Salud. Los “cubos” como integran grandes cantidades de datos requieren de un entrenamiento para su interpretación y manejo. La DGIS publica periódicamente cubos con diferente temática.

GUÍAS DE INTERCAMBIO

Las guías y formatos definen con detalle a través de un diccionario de datos los elementos necesarios que facilitan el intercambio y en consecuencia la integración de información entre prestadores de servicios de salud, con independencia de los procesos que se den al interior de los mismos.

Las guías y formatos deben cumplir las características descritas en la norma indicada y la DGIS publica y actualiza estas guías y con ello se facilita la interconectividad entre los sistemas.

EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Es un instrumento de registro de información de la atención de salud centrado en el/la paciente y que integra la gestión clínica y la médica administrativa y con ello se incrementa la eficiencia de diferentes procesos de salud y con la absoluta seguridad en los datos personales del/la paciente.

MAPAS TEMÁTICOS

Son representaciones gráficas de los datos para visualizar en espacios geográficos un tema específico de información. Este tipo de mapas nos ayuda a entender el comportamiento geográfico-espacial de alguna enfermedad y su relación con el medio ambiente y la comunidad.

GEO-REFERENCIACIÓN

Es la ubicación o localización de un objeto o fenómeno en un espacio geográfico que contenga la longitud y latitud para precisar de acuerdo a coordenadas



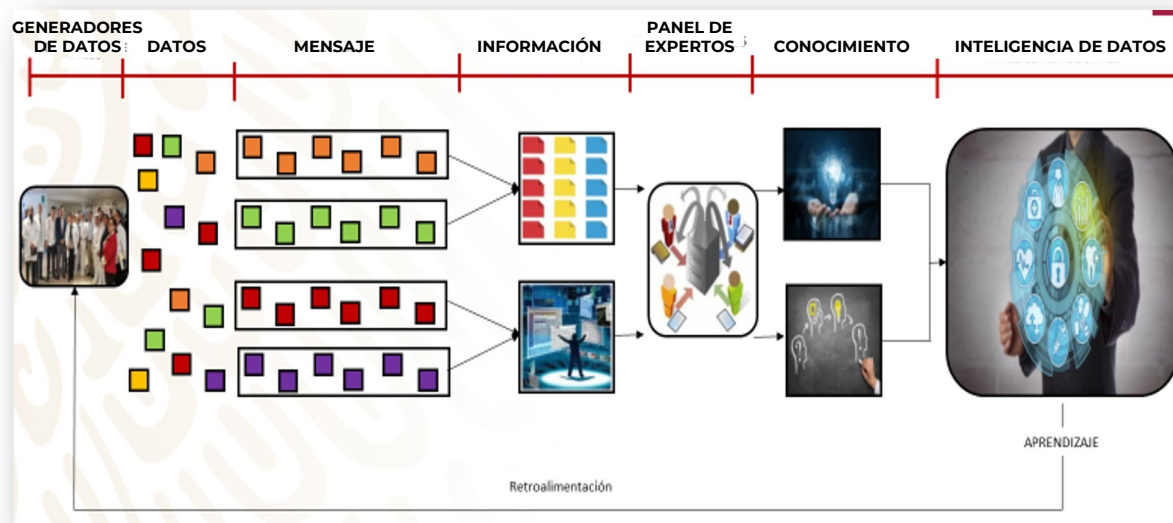
CAPÍTULO I. INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS

geográficas esta localización u ubicación. En temas de salud son de uso relevante para estudiar patrones de comportamiento en un espacio geográfico de algún padecimiento, estandariza la ubicación de una unidad médica y de su área de influencia en el entorno comunitario.

INTELIGENCIA EN SALUD

La inteligencia en salud, es ante todo la capacidad que debe contener un sistema de información que permita la transformación de datos para convertirlos en mensajes y esto a su vez codificados en información representada por reportes, tableros, mapas temáticos e indicadores que permiten alimentar a un grupo de expertos/tomadores de decisiones para lograr el conocimiento y después la inteligencia de los datos. Esta inteligencia es ante todo aprendizaje, a partir del comportamiento y/o tendencia de los datos que permita prever eventos futuros a partir de la experiencia y así retroalimentar a los generadores de la información, personal de salud, unidad médica, distrito sanitario. Y en este proceso de inteligencia se debe cuidar el adecuado registro de los generadores de datos, la confiabilidad y oportunidad de estos.

Inteligencia de datos. Proceso General





PROPUESTA DE OPERACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INTELIGENCIA EN SALUD DISTRITAL

La operación del SIISD debe apoyar de manera primordial:

- El adecuado funcionamiento de los servicios y recursos del DS
- El monitoreo, evaluación y seguimiento del DS
- Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).
- El conocimiento de las comunidades y de la población de responsabilidad del DS.

Como se ha referido en el presente documento se dispone de sistemas y/o subsistemas de información que están en operación desde hace varios años.

Los subsistemas de nacimientos y defunciones, cuya fuente de información es el Certificado de Nacimiento, Defunción y Muerte Fetal se aplican en todo el país.

CLUES y SINERHIAS son otros sistemas que cuentan con procesos y normatividad establecida.

En el caso del Sistema que capta información Egresos, Urgencias y Lesiones que se le conoce como SEUL, tiene una aplicación a nivel nacional y recientemente se actualizó el aplicativo tecnológico para lograr una mayor operatividad y acceso al sistema.

La parte medular del Sistema Distrital es la prestación de servicios, donde es necesario fortalecer la coordinación no en la instancia distrital sino con los responsables de la operación de los programas de nivel nacional.

Sin duda la operación de la segunda etapa de la plataforma del sistema de información y la versión 2.0 de SINBA de servicios, beneficiará esta coordinación, además en este aplicativo se incluirá un componente para el control de recetas y medicamentos.

Al contar con registros nominales de la prestación de servicios a través de SINBA 2.0, se genera información en salud que contribuye a la planeación de los servicios de salud en el DS y se desarrollan estrategias para apoyar la operación del Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrado México (APS-I Mx)



CAPÍTULO I. INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS

Proceso de validación interna de la información en salud en SINBA-SIS V2.0



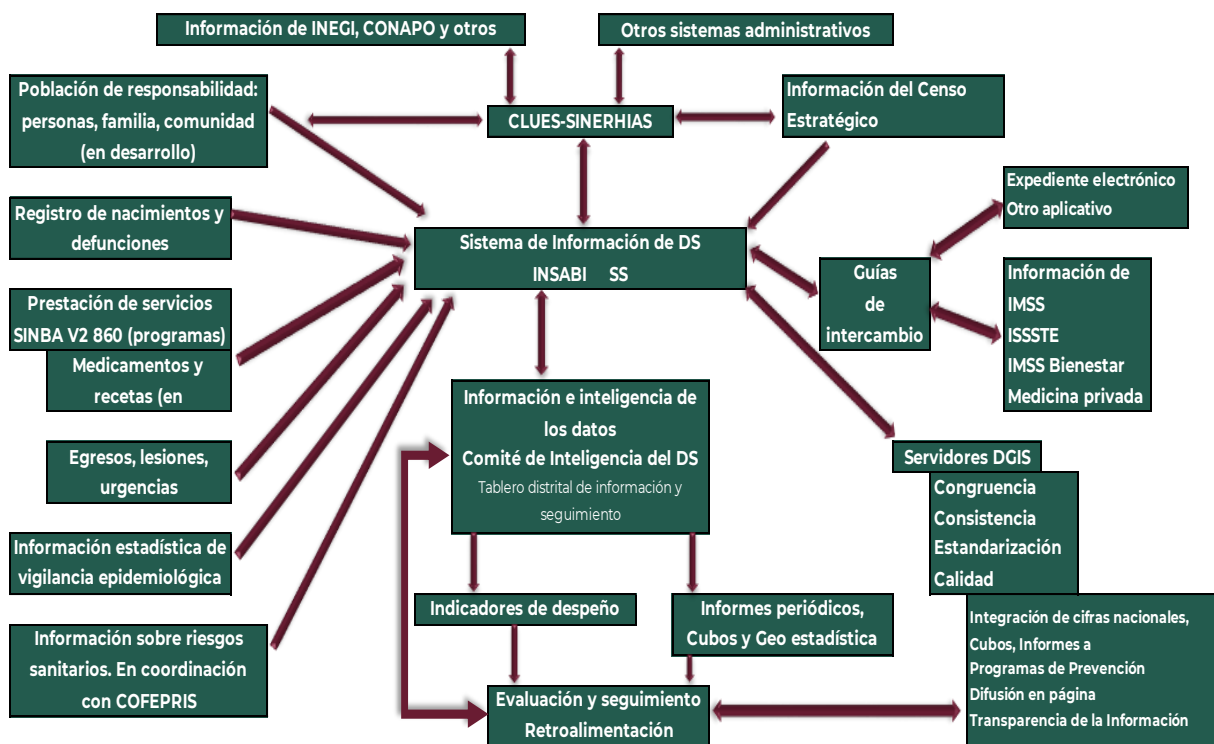
En los estados donde se encuentra implementado el expediente clínico electrónico, se hará el acopio de información a través de guías de intercambio para disponer de información del DS.

De los componentes con los cuales debe completarse el Sistema de Información Distrital y que se encuentran en desarrollo son:

- Un aplicativo tecnológico para el registro de la información de las personas, familias y/ comunidades en el ámbito de responsabilidad del DS.
- Control de recetas y medicamentos vinculado con la atención de las personas.
- Un tablero de Indicadores de desempeño del DS.
- Un tablero con reportes analíticos y o de inteligencia que permitan contar con medidas sobre el comportamiento periódico de los servicios prestados a nivel Distrito.

Para lograr la adecuada implantación y operación del SIISD, se requiere sin dudas establecer un programa de capacitación tanto presencial como a distancia, que ayude a que, con los pocos recursos tanto humanos como tecnológicos con que se cuentan en los DS, se puedan hacer eficiente la integración de los datos que permiten la inteligencia distrital y el logro Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrado México (APS-I MX).

Flujograma de información del Distrito de Salud

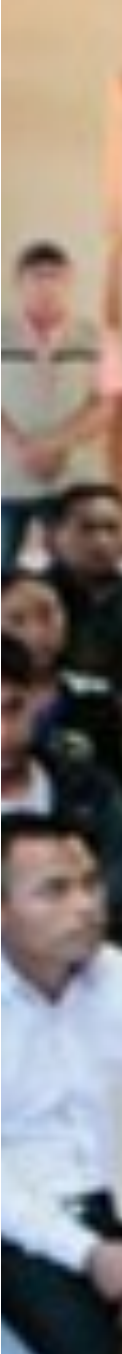


CAPÍTULO I. INFORMACIÓN E INTELIGENCIA DE DATOS

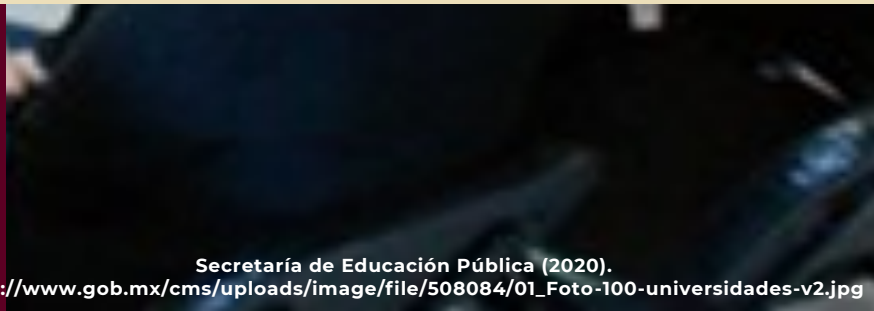
La implantación de este sistema de información del DS se irá dando de manera gradual. Se realizarán pruebas pilotos en entidades federativas seleccionadas, en las que se comenzará con su integración total, se realizará un periodo corto de pruebas y una vez que este haya sido afinado en su funcionamiento y la forma en cómo se integrará el Comité de Inteligencia Distrital, se integrarán los manuales requeridos para que sirvan de soporte técnico y además se apoyará su operación con capacitación, asistencia técnica y supervisión.







CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD





CRÉDITOS

Coordinación General

DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

DR. JAVIER MANCILLA RAMÍREZ

Director General de Calidad y Educación en Salud

Colaboradores

MTRA. CLAUDIA LEIJA HERNÁNDEZ

Dirección de Enfermería y
Coordinadora de la Comisión Permanente de Enfermería

MTRO. RICARDO OCTAVIO MORALES CARMONA

Dirección de Educación en Salud

DRA. VANESSA VIZCARRA MUNGUÍA

Dirección de Evaluación de la Calidad

DR. PABLO MORENO SÁNCHEZ

Dirección de Seguridad del Paciente

DRA. MAGDALENA DELGADO BERNAL

Dirección de Mejora de Procesos

ING. JOAQUÍN ZARCO RÁBAGO

Dirección de Automatización de Procesos y Soporte Técnico

DRA. GABRIELA YANET CORTÉS MORENO

Dirección de Investigación

DR. NILSON AGUSTÍN CONTRERAS CARREÑO

Dirección de Investigación

DR. TEODORO ADOLFO SERRANO MOYA

Dirección de Procesos Normativos

MTRO. FERNANDO SANZ QUIROZ

Dirección de Procesos Normativos

DRA. ROSALBA GARDUÑO ZARAZÚA

Subdirección de Estomatología

MMS GEORGINA VOLKERS GAUSSMANN

Coordinación de Trabajo Social

C.P. ERNESTO ORTIZ YESCAS

Coordinación Administrativa

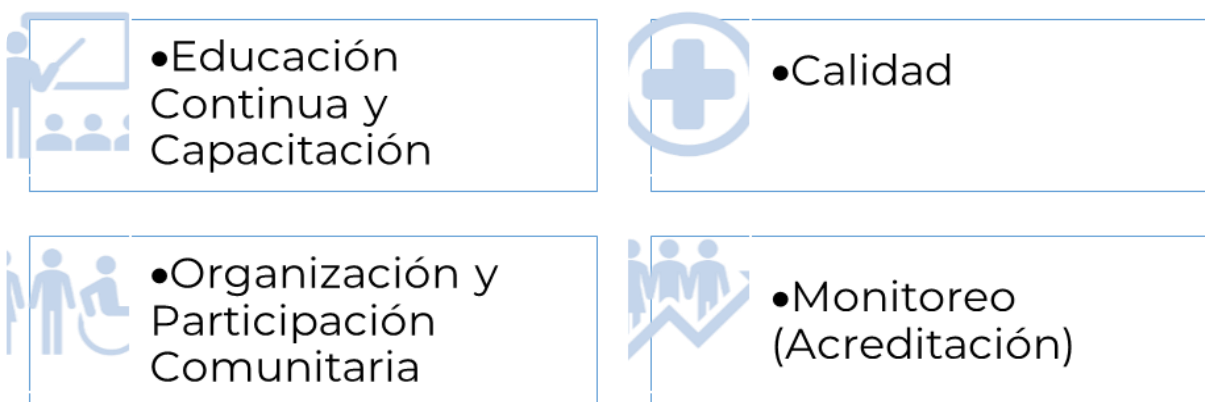


PRESENTACIÓN

La formación de recursos humanos y la capacitación continua de profesionales de la salud es un elemento fundamental para garantizar una mayor calidad en la atención, un mayor acceso y una mejora continua a los servicios de salud. Los objetivos, secuencias de aprendizaje y estrategias de implementación deben estar orientados a generar conocimiento, mejorar y reforzar habilidades, actitudes y comportamiento en la práctica, con el objetivo de impactar en la atención que se brinda a personas, familias y comunidad para lograr la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada en México (APS-I MX).

En este documento se describen las acciones que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) realiza y que llevará a cabo en el corto y el mediano plazo para apoyar la operación de los Distritos de Salud en el marco de la APS-I MX.

En particular se describen las acciones que tienen que ver con los componentes del modelo APS-I MX:



La DGCES realiza la concertación de la política de formación de personal en áreas de la salud a través del trabajo de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), el Comité Normativo de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM) y diversas organizaciones vinculadas con la formación de recursos humanos para la salud.

A través de la participación en estas comisiones se cuenta con el medio idóneo para que la Secretaría de Salud pueda incidir en la transformación gradual y consensuada de los planes y programas de estudio en áreas de la salud, buscando que los futuros recursos humanos formados en las instituciones de educación técnica o para el trabajo, bachillerato y de nivel superior, estén



preparados para una labor de primer contacto con la persona, familia y comunidad para la prevención y promoción de la salud.

En la interacción operativa con los Distritos de Salud y en coordinación con las áreas de Enseñanza Estatales, se definirán los cambios normativos y los programas educativos necesarios para una mejor formación de recursos humanos para la salud. Con base en el diagnóstico de necesidades regionales, se hará una programación adecuada para la capacitación y educación continua de técnicos(as) y profesionales de la salud.



EDUCACIÓN CONTINUA Y CAPACITACIÓN

La DGCES apoyará en este campo, a través de las herramientas que tiene desarrolladas, los cursos de capacitación e intervenciones educativas que se tienen planeadas y la asesoría que requieran los Distritos de Salud.

HERRAMIENTAS DISPONIBLES

Guía para diseñar y desarrollar una intervención educativa con la Secretaría de Salud

En cualquier organización, la definición del modelo y las estrategias de capacitación y educación continua depende del número de personas a las que se quiere capacitar, de su nivel académico y su perfil profesional. También deben considerarse la infraestructura y el equipo disponibles, las posibilidades de realizar acciones sincrónicas y el personal disponible para impartir las actividades de capacitación. En otras palabras, la capacitación debe planearse, ejecutarse y evaluarse, como cualquier proceso administrativo.

La DGCES ha construido una Guía que orienta la planeación de las intervenciones educativas en la Secretaría de Salud, con lo que mejora la eficiencia en la etapa de planeación de la capacitación.

Para apoyar a los Distritos de Salud en modelos de capacitación, a partir del primer semestre de 2020, se difundirá la *Guía para diseñar y desarrollar una intervención educativa con la Secretaría de Salud* y se pondrán a disposición los datos de contacto para asesorías específicas, las cuales podrán llevarse a cabo de

manera presencial o a distancia, dependiendo de las necesidades de los propios Distritos de Salud y las posibilidades de atenderlos oportunamente.



Fuente: Dirección General de
Calidad y Educación en Salud, SS



Plataforma electrónica Educación, Capacitación y Actualización a Distancia en Salud: EDUC@DS

En lo que se refiere a propuestas de educación continua, la Secretaría de Salud pone a disposición de las instituciones del Sector Salud la plataforma electrónica Educación, Capacitación y Actualización a Distancia en Salud: EDUC@DS (www.educads.salud.gob.mx), como un servicio público para



<http://educads.salud.gob.mx>

los profesionales de las diferentes disciplinas de la salud que requieren mantenerse actualizados sobre los problemas de atención que más afectan a la población, con énfasis en el modelo de la APS-I MX.

A través de los servicios de EDUC@DS se integran esfuerzos de las instituciones del Sector Salud para una oferta amplia y diversa de cursos abiertos en los temas de promoción de la salud, prevención y atención médica, que elimine barreras de tiempo y espacio para compartir la capacidad técnica y científica de las y los expertos con que cuenta el Sistema Nacional de Salud.

En dicha plataforma se ofrecen cursos auto gestionados; es decir, de aprendizajes independientes y asincrónicos, por lo que es posible cursarlos en horario flexible, de acuerdo con las posibilidades de tiempo de los participantes y con la oportunidad de autoevaluación una vez que los objetivos se cumplen para obtener la constancia final de aprobación.

EDUC@DS genera información para un análisis estadístico del personal en formación y adscrito a las unidades de salud que está capacitándose en todos los estados del país. Con ello, los Distritos de Salud y los servicios estatales de salud pueden conocer los avances en las metas de capacitación que se establecen a partir de esta modalidad a distancia.

La oferta disponible y la que se tendrá próximamente en EDUC@DS es:

Cursos disponibles

- Abordaje individual, científico e integral de sobrepeso y obesidad
- Actualización en el diagnóstico y manejo temprano de Hepatitis C
- Actualización en Sarampión para el personal de enfermería
- Actualización en Sarampión para el personal médico



CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

- Atención a enfermedades transmitidas por vector
- Ciclos de mejora de la calidad de la atención médica
- Detección temprana de cáncer infantil
- Detección temprana y manejo integral del cáncer de mama
- Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino
- Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo
- Enfermedades diarreicas. Atención a pacientes con Cólera
- Evaluadores(as) en el Proceso de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica
- Gestión de riesgos y protección civil en unidades médicas de primer nivel de atención
- Intervención para el manejo de trastornos afectivos de tipo depresivo en el primer nivel de atención médica
- Manejo de infecciones respiratorias agudas y la enfermedad similar a la influenza
- Orientación alimentaria, actividad física y empoderamiento en pacientes con sobrepeso y obesidad
- Prescripción por enfermería
- Protocolo de Atención Médica a Pacientes LGBTTTI
- Salud en tu escuela: Manejo del sobrepeso y obesidad en escolares
- Síndrome Isquémico Coronario Agudo
- Valores y cultura de buen trato
- Programa de capacitación en infección por SARS-COV-2 en APS.

Proyectos en producción para 2020

- Manejo del paciente con Hepatitis C en el primer nivel de atención (INCMNSZ)
- Introducción a la bioética y derechos humanos (UNESCO-IPN-CON BIOÉTICA)
- Emergencia obstétrica (proyecto multiplataforma INSP-CNEGSR)
- Cuidados paliativos (proyecto multiplataforma INSP-DGCES)
- Cuidados paliativos para el primer nivel de atención (comunidades indígenas): DGCES-SESA Oaxaca
- Entorno saludable (proyecto multiplataforma INSP)
- Interculturalidad y género en el marco de los derechos humanos (DGPLADES)
- Generalidades de la Evaluación de la Capacidad Funcional de Personas Mayores (INGER)
- Curso de competencias en enfermedades crónicas no transmisibles (CENAPRECE)
- Principios Metodológicos para la Investigación en APS-I MX
- Prevención y disminución de la violencia obstétrica en APS
- Formación de Recursos Humanos en APS-I MX.

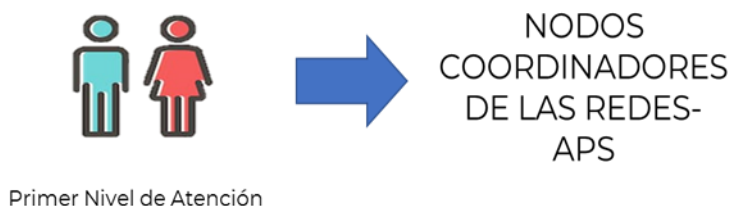


En las reuniones con los Distritos de Salud se obtienen las sugerencias de cursos de capacitación que deban desarrollarse y montarse en esta plataforma EDUC@DS.

Otros cursos en proceso de elaboración

- El Diplomado de Actualización, para las y los directivos de los Distritos de Salud se impartirá en colaboración con la fundación *Better Health* del gobierno del Reino Unido. Se hará como prueba piloto en el estado de San Luis Potosí y progresivamente se impartirá a los diferentes Distritos de Salud del país.
- Se implementará una Maestría en APS-I MX para el personal de los Servicios de Salud de los estados, con aval académico del Instituto Politécnico Nacional y universidades públicas locales, empezando en el segundo semestre de 2020. Este posgrado estará dirigido a personal de salud con título de licenciatura y tendrá una duración de cuatro semestres, de tal manera que se estima que la primera generación egresará en 2022. La modalidad será mixta, a distancia y con seminarios presenciales.

Figura 1
Formación de líderes en APS-I
Maestría en APS-I MX



Sistema Nacional de Administración de la Capacitación de la Secretaría de Salud

Sistema Nacional de Administración de la Capacitación de la Secretaría de Salud (SNAC) es la aplicación informática a través de la cual se difunde la normatividad institucional en materia de capacitación. Ofrece la posibilidad de registrar, procesar y consultar información relativa al avance del proceso de capacitación a nivel central, estatal, distrital y en hospitales. Sus principales productos son la Identificación de Necesidades y el Programa Institucional de Capacitación del Área Médica de la Secretaría de Salud.

La información registrada en el Sistema ayuda a que los responsables de capacitación identifiquen y prioricen los eventos educativos que se requieren desarrollar para personal de salud, a fin de que cuente con las habilidades, conocimientos y competencias necesarias para el desarrollo de su trabajo, entre



CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

ellas: vacunación, expediente clínico, mantenimiento y conservación de equipo, enfermedades diarreicas agudas, enfermedades transmitidas por vectores, infecciones respiratorias agudas y enfermedades crónicas degenerativas, conforme a la APS-I MX.

El Programa Institucional de Capacitación 2020 incluye las 31 entidades federativas dadas de alta (excepto la Ciudad de México), las cuales han registrado 22,746 eventos, siendo 7,771 los programados para el personal de primer nivel de atención.

Los Distritos de Salud recibirán capacitación durante 2020 para el manejo y uso del sistema, para lo cual se impartirán talleres. Se están realizando los ajustes necesarios para que los enlaces estatales generen los reportes de integración y avance de sus programas lo que permitirá un mejor control.

Sistema Nacional de Administración de Capacitación en Salud

INGRESAR AL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA CAPACITACIÓN

7/May/2020



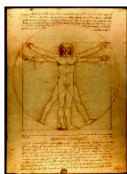
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
www.calidad.salud.gob.mx

MENÚ

- Módulo Introductorio
- Marco Normativo
- Marco Conceptual
- Marco Programático
- Sistema Nacional de Administración de la Capacitación
- Preguntas Frecuentes (FAQs)
- Programa Institucional de Capacitación

BIENVENIDA

La Dirección de Educación en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud le da la bienvenida al público interesado, así como a los trabajadores y administradores del sistema de capacitación de la Secretaría de Salud.



La educación médica tiene larga tradición en la Secretaría de Salud y particularmente el tema de la capacitación del personal del área de la salud, ha estado presente de manera formal entre los programas de la institución desde los años 90 en que se incluye dentro de las atribuciones de la Dirección General de Enseñanza en Salud las de formulación, conducción y evaluación del sistema de capacitación y desarrollo.

Actualmente, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud es responsable de conducir la política nacional para la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud, por esta razón, se diseñó el Sistema de Capacitación de la Secretaría de Salud, herramienta informática que permitirá registrar, procesar y consultar información relativa al desarrollo del proceso de capacitación en la institución, lo cual contribuirá a dar seguimiento a dicho proceso y por otra parte, funcionará como medio para estandarizarlo.

En esta página el ciudadano y el trabajador de la institución interesados en el tema de la capacitación del personal del área de la salud en la Secretaría de Salud, encontrarán un módulo introductorio en el que se abordan los antecedentes de la capacitación en esta institución, una descripción de los componentes del Sistema, así como la presentación de los administradores del mismo a nivel nacional; asimismo, incluye el Marco jurídico, el Marco programático y el Marco conceptual del Sistema; contiene también el esquema general del Sistema y un apartado de preguntas frecuentes, elementos que buscan dar un panorama general de la operación del Sistema. Por último, contempla un apartado para realizar consultas específicas acerca del Programa Institucional de Capacitación, donde será posible buscar información acerca de los eventos que integran dicho Programa por tema, puesto al que van dirigidos y sede, entre otros.

Por otra parte, el sitio dispone de un apartado exclusivo que permitirá a los responsables de administrar el Sistema de Capacitación en la Secretaría de Salud a nivel estatal y jurisdiccional acceder, mediante una clave asignada, con el fin de consultar o capturar información relativa al desarrollo del proceso de capacitación del personal del área médica en su área de competencia y de esta manera contribuir a fundamentar con información confiable y sólida las decisiones que tomen en relación con la capacitación del personal del área médica. Dicho módulo contiene los capítulos siguientes: Inicio, Políticas del Sistema, Manual del usuario, Identificación de recursos humanos y materiales del área de



Marina Nacional 60, piso B, col. Tacubaya, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11410 Tel: 2000-3400. Política de Privacidad

<http://dgces.salud.gob.mx/snac/index.php>

CURSOS EN MARCHA

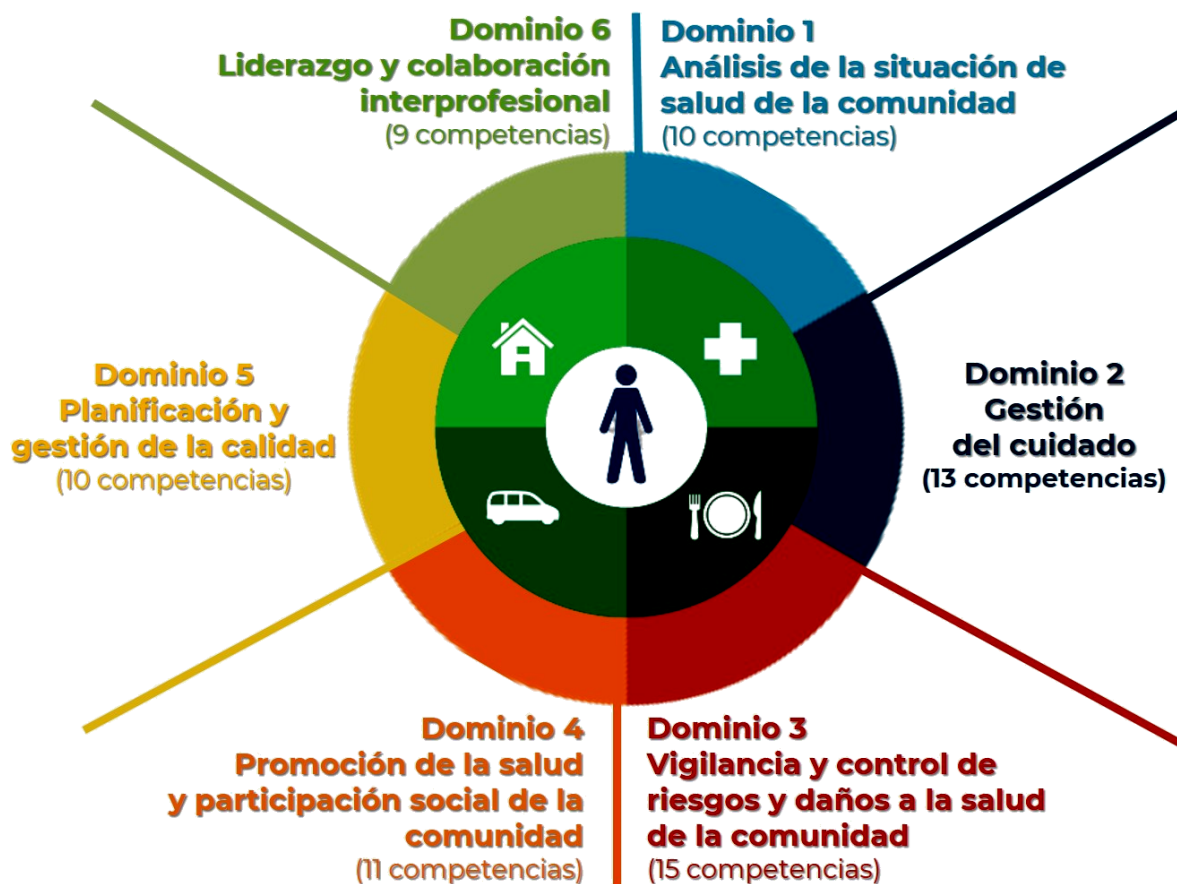
Programas de capacitación para intervenciones de Enfermería

La DGCES ejerce la rectoría en materia de capacitación y educación continua de personal para atender los principales problemas de salud pública del país. Los Servicios Estatales de Salud tienen la responsabilidad de la aplicación de los programas educativos en las unidades del primer nivel de atención, y la DGCES proporciona la estructura programática de los cursos, contenidos y objetivos de aprendizaje, sin menoscabo de temáticas adicionales en respuesta a las prioridades de atención identificadas por los Distritos de Salud.

- a) Desarrollo de competencias específicas para la ampliación del papel de Enfermería en APS-I MX en los Distritos de Salud.

El objetivo es promover la formación de personal de enfermería con un papel ampliado en el primer nivel de atención para que sea capaz de integrarse a los equipos interdisciplinarios a través de programas educativos orientados hacia la APS-I MX con la inclusión del Marco Mexicano de Competencias, el cual se construyó a partir de la adaptación de las recomendaciones de organismos internacionales, artículos científicos y validación de expertos (OPS, 2013; 2017).¹

Figura 2
Dominios del Marco Mexicano de Competencias para la ampliación del papel de enfermería en el primer nivel de atención



¹ El marco mexicano de competencias se construyó utilizando los siguientes marcos de referencias de la Organización Panamericana de la Salud (2013, 2018): Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas y Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud.

CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

Clasificación	Temática	Acciones	Modalidad	Periodo	Meta/ Población objetivo	Lugar
Gestión	Liderazgo de enfermería	Curso	Virtual	Continuo	90% Directivos(as) de Enfermería de los Distritos de Salud	Unidades de primer nivel
Gestión	Herramientas técnicas para Análisis de la Situación de Salud (ASIS)	Talleres	Presencial	2020-2024	60% del Personal operativo de enfermería	Unidades de primer nivel
Comunitaria	Determinantes sociales de la salud	Curso	Virtual	Continuo	60% del personal directivo y operativo de enfermería	Unidades de primer nivel
Gestión	Modelos de cuidado de enfermería en la comunidad	Taller	Presencial	2023-2024	Personal directivo de enfermería	Unidades de primer nivel
Gestión	Colaboración interprofesional	Curso	Presencial	2020-2022	Personal directivo y operativo de enfermería	Unidades de primer nivel
Comunitaria	Estrategias de participación y empoderamiento de la comunidad	Curso	Presencial	2022-2024	Personal operativo de enfermería	Unidades de primer nivel
Gestión	Acciones esenciales de seguridad del y la paciente aplicadas al primer nivel	Taller	Presencial	2020-2021	Personal directivo y operativo de enfermería	Distritos de Salud





- b) Se tienen previstas diversas intervenciones de capacitación, a través de plataformas digitales y asesoría específica, como uno de los elementos de la *Estrategia para el desarrollo de competencias de Enfermería para la prevención y atención integral de la persona en riesgo y que vive con diabetes*.

Clasificación	Temática	Acciones	Modalidad	Periodo	Población objetivo	Lugar
Clínica	Cuidados y prevención en personas en riesgo o que viven con diabetes: • Diabetes e impacto en la salud • Modelo de cuidados crónicos • Adaptación saludable • Alimentación y actividad física • Prevención de complicaciones y reducción de riesgos • Tratamiento farmacológico • Proceso de enfermería	Diplomado 190 horas, seis estados por etapa	Virtual	Primera etapa 2020-2021 Segunda etapa 2021-2022 Tercera etapa 2022-2023 Cuarta etapa 2023-2024	Grupos estratégicos de enfermería	Distritos de Salud
Comunitaria	Huertos comunitarios para seguridad alimentaria	Taller	Presencial	2023-2024	Directivos (as) de enfermería y líderes comunitarios	Distritos de Salud y comunidad
Clínica	Detección oportuna de complicaciones	Taller	Presencial	2021-2022	Personal operativo de enfermería	Distritos de Salud
Comunitaria	Desarrollo de habilidades para manejo de grupos	Taller	Presencial	2021	Directivos (as) de enfermería y líderes comunitarios	Distritos de Salud y comunidad



CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

- c) La salud materna es prioridad en la agenda nacional, por lo que la contribución de enfermería en el ámbito obstétrico requiere ampliar la capacitación para la atención de la salud sexual y reproductiva.

Clasificación	Temática	Acciones	Modalidad	Periodo	Población objetivo	Lugar
Clínica	Criterios de elegibilidad de planificación familiar en el primer nivel de atención	Curso-Taller	Presencial	2020-2024	Grupos estratégicos de enfermería	Distritos de Salud
Comunitaria	Educación integral en sexualidad en la adolescencia	Curso	Virtual	2023-2024	Personal operativo y líderes comunitarios	Distritos de Salud con alta RMM*
Clínica	Consejería pregestacional	Taller	Presencial	2021-2022	Personal operativo de enfermería	Distritos de Salud
Clínica	Atención de partos de bajo riesgo en el primer nivel y farmacología aplicada para la atención obstétrica	Curso-Taller	Presencial	2021-2024	Grupos estratégicos de enfermería con criterios de aplicabilidad	Distritos de Salud con alta RMM
Comunitario	Identificación oportuna de factores de riesgo obstétrico	Taller	Presencial	2021-2024	Grupos estratégicos de enfermería	Distritos de Salud con alta RMM

* Razón de muerte materna

- d) Estrategias de capacitación y actualización en materia de farmacología para la prescripción y administración de medicamentos por enfermería de forma segura para el o la paciente.

Clasificación	Temática	Acciones	Modalidad	Periodo	Población objetivo	Lugar
Clínica	Introducción a la prescripción de medicamentos por enfermería	Curso	Virtual	2018-2024	Licenciados (as) y pasantes de enfermería	Unidades de primer nivel
Clínica	Farmacología clínica	Curso	Virtual	2023-2024	Licenciados (as) y pasantes de enfermería	Unidades de primer nivel





Redes en Investigación en APS-I MX

La DGCES cuenta con el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECYT) ante el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), lo que le faculta para conducir, proponer y desarrollar investigaciones que fortalezcan las estrategias en APS-I MX.

En el segundo semestre del año 2020 se tendrá conformada una base de datos con las líneas prioritarias de investigación en APS-I MX, de acuerdo con el diagnóstico de necesidades de los Distritos de Salud.

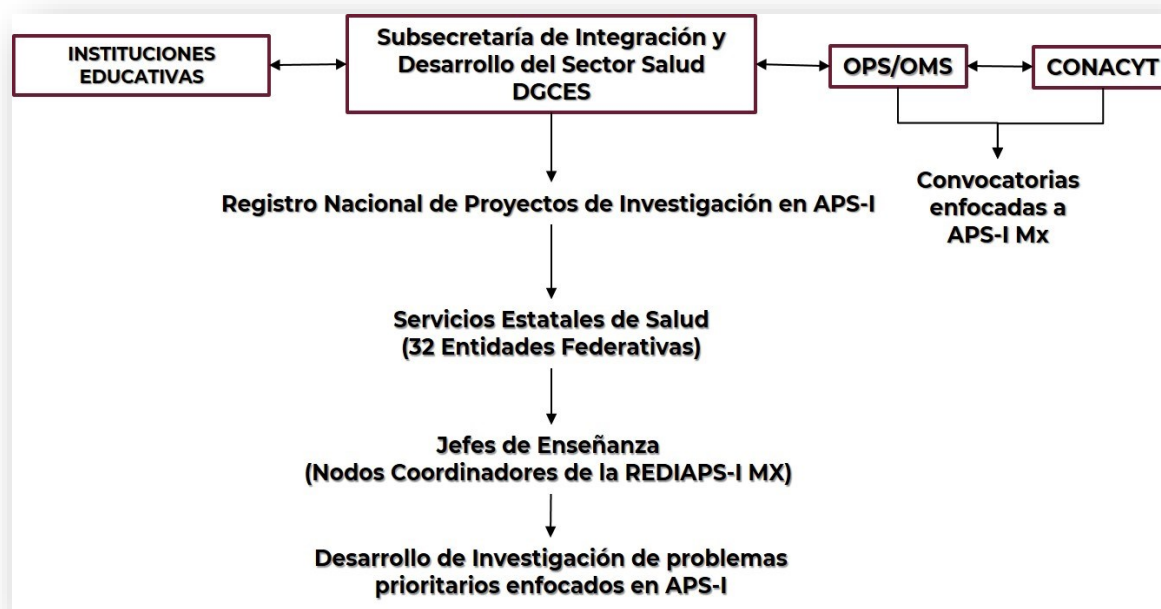
Como primera etapa en la conformación de la redes de investigación desde y para la APS-I MX, se establecerán convenios entre la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), a través de la DGCES, con el CONACYT, la Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y diversas instituciones educativas, para que a través de los Servicios Estatales de Salud se inicien los proyectos locales en los Distritos de Salud que permitan establecer intervenciones educativas y colaboraciones entre varias entidades con problemas comunes de APS y hacer factible la aplicación de resultados en beneficio de las personas, familias y comunidad, siempre en el contexto de la APS-I MX. (Figura 3)

En las redes integradas, a través de los problemas prioritarios establecidos en la base de datos, los y las pasantes en servicio social que se encuentran adscritos (as) a las diferentes unidades de primer nivel de atención, con la tutoría de los Servicios de Salud y las Instituciones Educativas, desarrollarán proyectos de investigación con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta, en el ámbito de mejora de la calidad de los servicios de atención médica, educación y asistencia social de la población, que servirán como nodos de aprendizaje y motores para mejorar los sistemas de APS-I MX (Koskela, 2017).

Para llevar a cabo una adecuada capacitación en investigación y APS-I MX, se desarrollará e instrumentará el taller *Principios Metodológicos para la Investigación en APS-I MX* en la plataforma EDUC@DS con duración de 20 horas y tutorías por parte de investigadores(as) en salud pública y en atención clínica, de preferencia pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores, con interés en APS y estará dirigido en una primera etapa a Coordinadores(as) de Enseñanza de los Distritos de Salud. En una segunda etapa se ofertará al personal de salud adscrito a las diferentes unidades de primer nivel de atención con interés en realizar investigación desde y para la APS-I MX.



Figura 3
Red de Investigación en Atención Primaria de Salud (REDIAPS-I MX)



Investigación aplicada en el Servicio Social de Medicina

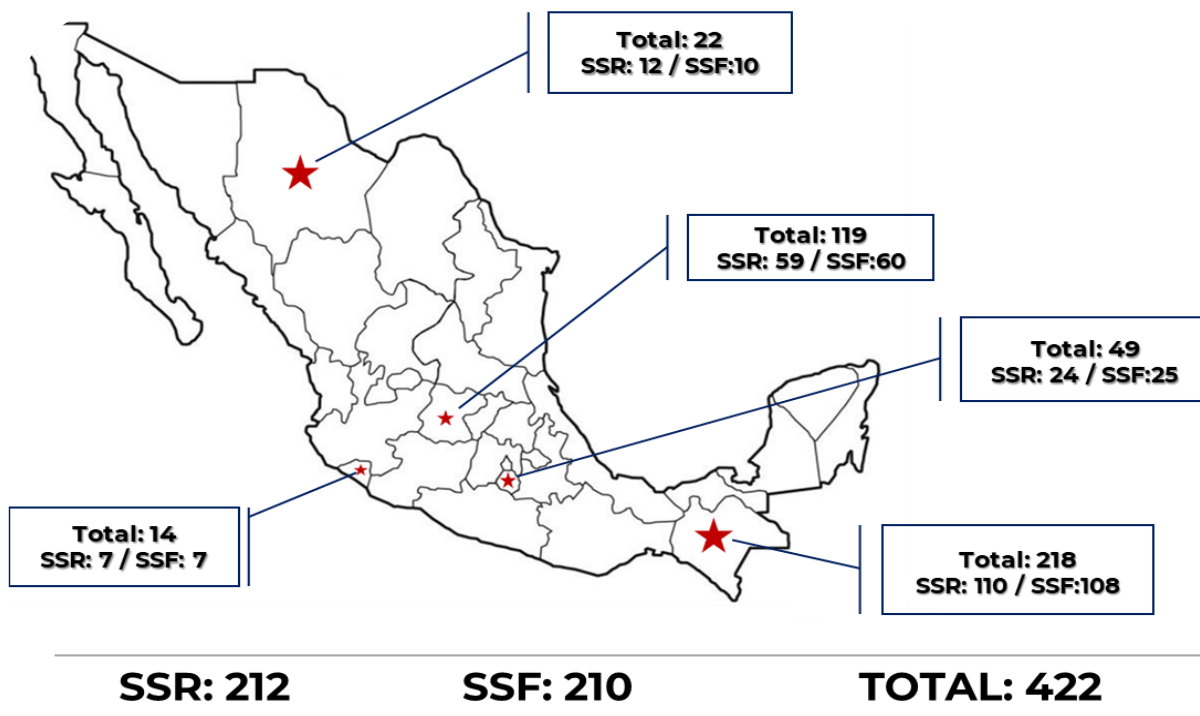
El Servicio Social en Medicina en la modalidad “Rotatorio” (SSR) ha enfrentado diversos retos para su realización plena, particularmente porque en los hospitales comunitarios y las Unidades Especializadas de Medicina Ambulatoria no se cuenta con facilidades para que los y las pasantes puedan pernoctar; tampoco se tiene contemplado apoyo económico para el transporte entre las unidades consideradas para las rotaciones.

Por tal motivo, en febrero de 2020 se dio inicio a una prueba piloto para implementar una modalidad de “Servicio Social Fortalecido” (SSF), que pretende garantizar la seguridad del o la pasante y fortalecer su formación académica durante el año de servicio social comunitario en que presta servicios de salud a la población en regiones de alta y muy alta marginación, con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de la atención de los problemas prioritarios a nivel nacional desde un enfoque de APS-I Mx. Esta modalidad SSF incluye el acompañamiento al médico(a) pasante a través de tutorías académicas y científicas, siempre en coordinación tripartita de la DGCES, las Instituciones Educativas y los Servicios Estatales de Salud.

Con el objetivo de evaluar y comparar las dos modalidades SSR y SSF para determinar sus efectos en la formación integral de médicos pasantes, se inició el “Estudio comparativo de las dos modalidades de Servicio Social en Medicina” en cinco estados de la República: Chiapas, Chihuahua, Colima, Guanajuato y Morelos.



Figura 4.
Número de médicos(as) pasantes participantes por estado en el
“Estudio comparativo de dos modalidades de Servicio Social en Medicina”



SSF: Servicio Social Fortalecido
SSR: Servicio Social Rotatorio

En agosto de 2020 se tiene programado un primer corte en el estudio, con la intención de valorar si es necesario continuar con la comparación en la siguiente generación de médicos(as) pasantes o tomar la decisión de mantener solamente una de las modalidades de servicio social. El acuerdo correspondiente se tomará en consenso con el Consejo Nacional de Salud.

Servicio Social de Enfermería en Investigación

Las y los pasantes de servicio social de enfermería son agentes de cambio en la atención a la salud de la población en las comunidades de alta y muy alta marginación, debido a que contribuyen en el diseño, implementación y evaluación de intervenciones comunitarias para mejorar el desempeño de los servicios de salud. De manera simultánea las y los pasantes desarrollarán habilidades específicas para la generación de evidencia en APS-I MX, buscando tener un impacto en la preservación y restauración de la salud de persona, familia y comunidad, ya sea en los centros de salud, en sus hogares, escuelas y lugares de trabajo.

CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

Con el propósito de visibilizar e implementar las acciones de enfermería, así como alinear su papel en la APS-I MX, la DGCES pondrá en marcha en la promoción agosto 2020 el Modelo de Servicio Social de Enfermería en Investigación, en primera instancia con la participación de pasantes en campos clínicos de comunidades de alta y muy alta marginación en 16 entidades federativas con un incremento gradual en cada promoción.

El nuevo modelo de Servicio Social de Enfermería en Investigación tiene las siguientes premisas:

- **Generar evidencia científica** sobre el impacto de las intervenciones de enfermería en la APS-I MX, prioritariamente en el primer nivel de atención.
- **Fortalecer las competencias analíticas, metodológicas y de redacción científica** de las y los pasantes de servicio social de enfermería.
- Innovar el papel del o la pasante de enfermería en servicio social en el campo de investigación.

Las principales acciones que realizarán las y los pasantes de esta modalidad son:

- **Diseño del proyecto de intervención/investigación** según el protocolo y las líneas establecidas por las DGCES, en el que se incluyan aspectos de mejora relacionados a la comunidad de adscripción.
- **Implementación del proyecto específico de intervención/investigación** dirigido a contribuir a las propuestas de solución de las necesidades de salud de la población.
- **Evaluación de las intervenciones** o resultados de la investigación aplicada.
- **Vinculación estrecha entre la o el becario y la o el tutor académico** designado para el desarrollo, seguimiento, análisis y retroalimentación de sus actividades.
- **Difusión de los resultados de la intervención/investigación** a través de publicaciones científicas, de divulgación o difusión y foros científicos.

Para su operación se definieron los criterios generales del programa, selección de tutores(as) de instituciones educativas y de salud, la publicación y difusión de la convocatoria en instituciones públicas, selección de pasantes, asignación de campos clínicos y seguimiento por la DGCES, Servicios Estatales de Salud a través de las coordinaciones distritales de enseñanza y las instituciones educativas.





Asesoría para el desarrollo normativo

La DGCES también apoyará a los Distritos de Salud en el desarrollo de los instrumentos normativos que deban implementar en su transformación administrativa y legal. La experiencia de la DGCES en el procesamiento de normas es de gran utilidad en esa tarea.

De manera esquemática se presentan los ordenamientos jurídicos que habrá que atender en el desarrollo de la normativa de operación de los Distritos de Salud:

La Dirección de Procesos Normativos en Salud de la DGCES dará apoyo desde una perspectiva legal en la implementación del modelo APS-I MX. Los diversos órdenes normativos jurídicos de aplicación son:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
- Ley General de Salud
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud
- Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- Otros Reglamentos de la Ley General de Salud (Investigación para la salud, Bienes y Servicios, Insumos)
- Normas Oficiales Mexicanas en materia de regulación y fomento sanitario (SSA1) aplicables
- Normas Oficiales Mexicanas en materia de servicios de salud (SSA2) aplicables
- Normas Oficiales Mexicanas en materia de Atención Médica, Enfermería, Investigación en Seres Humanos, Asistencia Social, Educación en Salud, Información y Tecnologías en Salud (SSA3) aplicables
- Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente
- Manuales de Organización específicos de los Distritos de Salud
- Manuales de Procedimientos específicos de los Servicios de los Distritos de Salud



ACCIONES EN EL COMPONENTE CALIDAD

ESTRUCTURAS PARA LA CALIDAD

- a) *Formación de Avaless Ciudadanos Distritales y de Redes Integradas de Servicios de Salud y Comunitarios.* Con el objetivo de fortalecer la relación de los Distritos de Salud con sus comunidades, se realizará anualmente un *Encuentro Nacional de Avaless Ciudadanos* en el que se convocará la participación de escuelas y empresas regionales y locales para que se integren como Avaless Ciudadanos Distritales. Además, se impartirá un taller a los cuerpos colegiados que se integren como Avaless Ciudadanos para la aplicación de la *Encuesta de Satisfacción de Trato Adecuado y Digno* a los usuarios de los servicios de salud en los Distritos de Salud y el uso adecuado de la información para dirigir la toma de decisiones orientada a mejorar la calidad de los servicios.
- b) *Capacitación mediante cursos presenciales o en línea a las y los integrantes de estructuras de la gestión de la calidad.* Se impartirán a los miembros de los *Comités Estatales de Calidad en Salud (CECAS)*, *Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)* y *Gestores(as) de Calidad*, para capacitar en el uso de las herramientas de evaluación de la calidad y la aplicación de la información obtenida en la toma de decisiones.

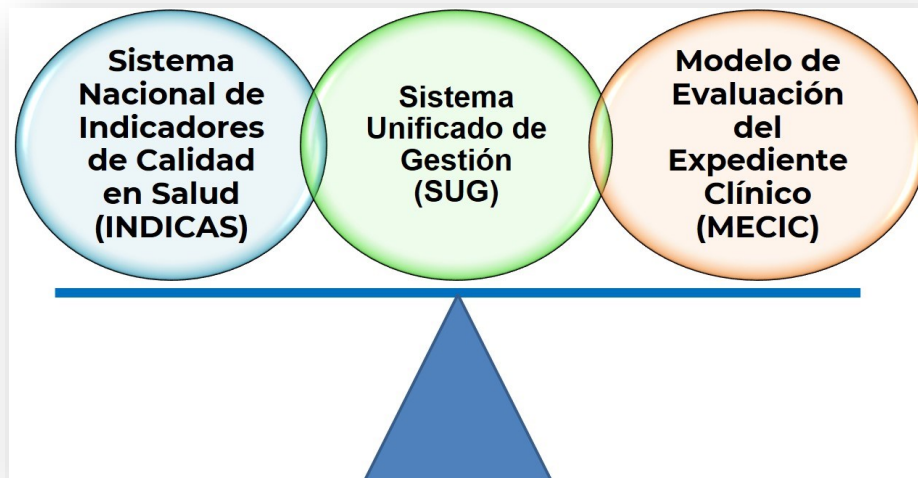
Figura 5.
Estructuras para la Gestión de la Calidad



La capacitación teórica y práctica incluirá los siguientes componentes:

- Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS II)
- Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno (SESTAD) con las vertientes de monitoreo institucional y monitoreo ciudadano
- Sistema Unificado de Gestión (SUG)
- Aval Ciudadano (AC)
- Programa de Calidad en la Atención Médica (PROCAM)
- Contraloría Social (CS)
- Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS)
- Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)

Figura 6.
Componentes Evaluación de la Calidad

**El proceso de capacitación será en tres etapas**

Primera etapa: Directivos(as) de los Distritos de Salud y Responsables Estatales de Calidad. Orientada al conocimiento de las estructuras y plataformas que coadyuvan a la calidad de la atención y a la utilización de la información para la toma de decisiones.

- Se realizarán 32 sesiones virtuales
- Duración de dos horas cada una
- Se programarán dos sesiones por semana, en las que se presentará de manera ejecutiva toda la información que generan las plataformas de evaluación de la calidad de la atención, así como la aplicación de dicha información para la toma de decisiones.

Segunda etapa: Gestores(as) de Calidad y Directivos(as) de los Establecimientos de Atención Médica. La DGCES elaborará los materiales didácticos en formato



digital descargable para la capacitación en los sistemas y programas de mejora de la calidad, con la finalidad de que las o los Responsables Estatales y Distritales de Calidad amplifiquen la capacitación a directivos y gestores(as) de calidad de los establecimientos de atención médica de cada Distrito Sanitario.

Tercera etapa: Avaless Ciudadanos e integrantes de la comunidad

La capacitación a la comunidad debe ser clara, precisa y con un nivel de comprensión adecuado a sus características específicas para fomentar la participación ciudadana. Estas acciones serán realizadas por los(as) Gestores(as) de Calidad en cada estado, mediante pláticas, talleres, dípticos, páginas Web y periódicos murales en los establecimientos de salud de los Distritos.

Los ejes principales de la capacitación son:

- Atender a las personas con dignidad y respeto
- Servicios orientados hacia la calidad
- Participación comunitaria
- Aval ciudadano.

MODELO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD (MGCS)

Las actividades para la Gestión de la Calidad integran sistémicamente el funcionamiento de todos los actores de los Distritos de Salud, a fin de implementar acciones para mantener la seguridad en la atención del paciente, de los trabajadores de la salud y las comunidades. Este modelo está orientado al logro de resultados de valor, que permitan obtener una gestión eficiente de los recursos humanos, financieros y físicos de la salud.

En el primer año se aplicará el MGCS en la cadena de APS-I MX que requiere actualizar, en coordinación con las instituciones del Sector, la metodología de aplicación, priorizando su implementación en los establecimientos de la atención primaria, independientemente del nivel de atención; con lo que se integrará y homologará un documento rector que sirva como instrumento para la mejora continua de la calidad con enfoque sistémico y centrado en la persona, familia y comunidad.

Para consolidar la instrumentación del MGCS se llevarán a cabo acciones coordinadas de difusión, capacitación y acompañamiento en el nivel directivo y operativo de los establecimientos y unidades administrativas, a fin de que los resultados sean claramente percibidos por el(la) paciente y la comunidad.

Estas acciones incluirán sesiones presenciales y virtuales para la capacitación de gestores(as) de calidad en la actualización del MGCS y en los mecanismos para su instrumentación y evaluación en los diferentes establecimientos de atención hospitalaria o ambulatoria y unidades administrativas, con la finalidad de que se





implementen de forma alineada el Modelo APS-I MX y el MGCS. Se realizará durante el primer semestre de cada año la capacitación para la instrumentación y evaluación del MGCS, con asesoría continua telefónica y presencial a todos los establecimientos e instituciones que así lo soliciten.

El *Premio Nacional de Calidad en Salud* y el *Reconocimiento al Mérito por la Mejora Continua* se entregan anualmente en el *Foro Nacional e Internacional de Calidad en Salud* para reconocer a los establecimientos de salud que han demostrado el máximo nivel de madurez en la implementación del MGCS y el mayor incremento en su propia evaluación con respecto al año previo. A partir del año 2020, estos reconocimientos tendrán un enfoque prioritario en la implementación y desarrollo de APS-I MX.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

La DGCES dará continuidad a la capacitación en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) a través de talleres tipo *entrena-entrenadores(as)* para incrementar las capacidades técnicas en la aplicación, instrumentación y análisis del apego por parte del personal de salud. Esta estrategia permite a su vez establecer programas de mejora específicos en APS-I MX de acuerdo con las necesidades de cada establecimiento de atención.

De forma particular, la Seguridad del Paciente se aborda con tres estrategias:

- a) La reducción de las infecciones asociadas a la atención a la salud, alineado a lo propuesto por la OMS, que se fortalece con la implementación de la Estrategia Multimodal de Higiene de Manos.

A fin de vigilar la adecuada higiene de manos, se mantendrá el programa de capacitación continua durante el primer semestre de cada año a partir de un manual diseñado por la DGCES. La finalidad es que los establecimientos de atención cuenten con una metodología que facilite la identificación de áreas de mejora, diseño de indicadores y seguimiento de los mismos para el logro de metas a nivel local, distrital y estatal. Se capacitará al menos a 800 Gestores(as) de Calidad estatales, distritales y de establecimientos, por medio de videoconferencias, en la elaboración de planes de mejora, implementación de la estrategia multimodal y el estudio del apego a los cinco momentos de higiene de manos.

Durante 2020, se aplicará esta estrategia en APS-I MX a partir de la difusión de material gráfico y capacitación continua para contar con los insumos necesarios, mecanismos de capacitación y evaluación al personal en la implementación de los cinco momentos y la técnica correcta de higiene de manos. El 5 de mayo de cada año se presentan los resultados de dicha implementación en la celebración del Día Mundial de Higiene de Manos.



CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

Higiene de Manos. Plan anual de mejora estatal 2020

Actividades	Responsable	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio a diciembre
Capacitación en el uso de la plataforma de aplicación de la Encuesta Multimodal	DGCES a Distritos	27, 28				
Aplicación de cuestionarios	Establecimientos de salud	02 al 31				
Análisis de resultados y diseño de plan anual de mejora	Distritos			01 al 15		
Diseño de Plan Anual de Mejora Estatal y envió a DGCES	Responsable Estatal de Calidad			16 al 24		
Celebración del Día Mundial de Higiene de Manos Anuncio del Plan Anual de Mejora Estatal	DGCES/SESA				05	
Implementación de Plan Anual de Mejora	Distritos de Salud			Abril a diciembre a enero, febrero		

- b) Se continuará con el registro de los eventos adversos en los establecimientos de atención hospitalaria y ambulatoria en el Sistema de Registro de Eventos Adversos, para lo cual se llevarán a cabo acciones de capacitación para su identificación y clasificación correctas en los 32 SESA mediante sesiones virtuales coordinadas por los Distritos de Salud a través de los responsables distritales e institucionales de calidad. Estas sesiones se realizarán de forma trimestral, con la participación de 800 personas por evento. El análisis de esta información permite generar alertas para la mejora continua, tanto a nivel distrital como estatal.
- c) La identificación del nivel de Cultura de Seguridad del Paciente permite conocer la percepción de los trabajadores de la salud acerca de las acciones que se toman al interior del establecimiento y los riesgos que existen para los pacientes. Anualmente, se seguirá aplicando en septiembre una encuesta en las 12 dimensiones de la calidad de la atención, a través de una plataforma en línea, la cual entrega resultados en tiempo real para determinar los requerimientos de atención inmediata. Para favorecer el logro de la aplicación de la encuesta, se realiza una estrategia de difusión y capacitación con al menos mil asistentes por medio de sesiones virtuales, entre los que participan las o los Gestores de Calidad de las unidades de atención y de los responsables distritales y estatales de calidad.



ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA

Como herramienta para facilitar el acceso a información actualizada y homologada en nueve patologías prioritarias: diabetes *mellitus*, depresión, infarto agudo al miocardio, hipertensión arterial sistémica, leucemia, sobrepeso y obesidad, cáncer del cuello del útero, cáncer de mama y embarazo, se diseñaron los Algoritmos de Atención Clínica para ser usados por profesionales de la salud en APS. Tienen el objetivo de hacer eficiente la identificación, prevención, atención y, en su caso, la referencia de pacientes a establecimientos de mayor complejidad; están a las Guías de Práctica Clínica (GPC). Se encuentran disponibles en versión digital para ser descargados y visualizados en dispositivos móviles y celulares a través de *Google Play*. Una vez descargados se pueden consultar sin necesidad de Internet.

Durante 2020 se seguirán actualizando y se incluirán un mayor número de temas enfocados a atender las necesidades de la APS-I MX (enfermedades respiratorias agudas, como COVID-19, y enfermedades diarreicas agudas) y se desarrollará una herramienta clínica para el uso racional de antibióticos principalmente en el primer nivel de atención.

En materia de enfermería se están elaborando los siguientes algoritmos:

- a) Atención de las mujeres en edad fértil con diabetes y su implementación a través de una estrategia multimodal de difusión
- b) Detección de la mujer con riesgo de diabetes gestacional en el primer nivel de atención y su implementación a través de una estrategia multimodal de difusión
- c) Atención de las mujeres con diabetes gestacional en el primer nivel de atención y su implementación a través de una estrategia multimodal de difusión.

Se desarrollará un programa operativo para la atención de la salud sexual y reproductiva desde el enfoque de enfermería y su implementación mediante una estrategia multimodal de difusión.

Se actualizarán las GPC de enfermería prioritarias y de aplicación en el primer nivel de atención, con el enfoque en APS-I MX.

Se promoverá el desarrollo y apertura de las clínicas de heridas y estomas de eliminación en el primer nivel de atención, a través de la gestión y acompañamiento.

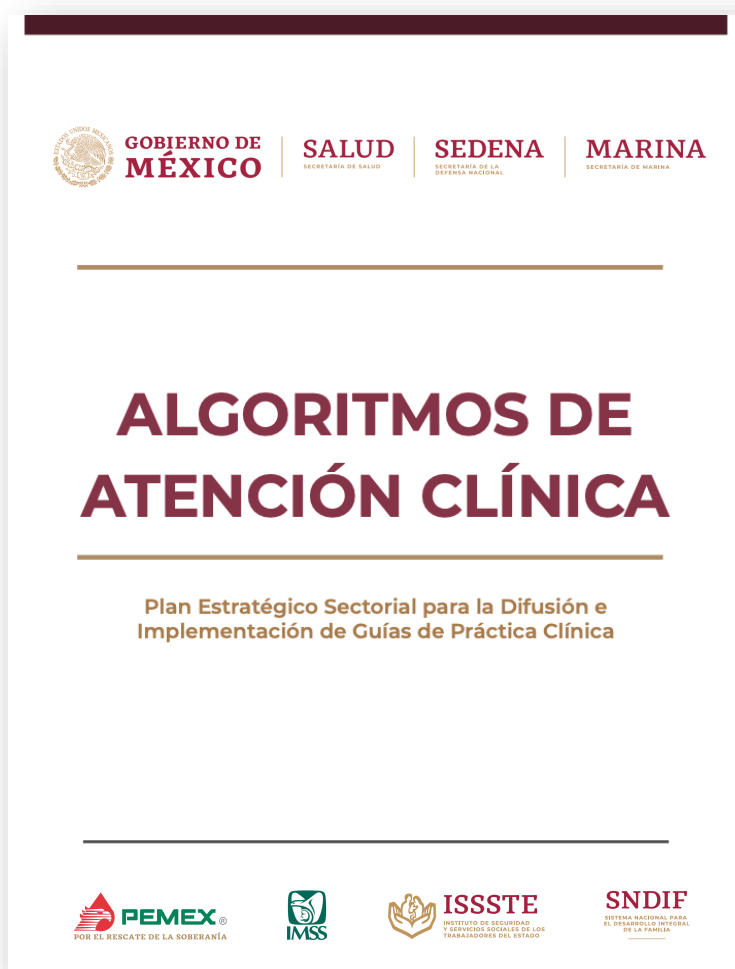


CUIDADOS PALIATIVOS

La Estrategia Nacional para el Fortalecimiento de los Cuidados Paliativos cuenta con un censo nacional de los prestadores de estos servicios en las comunidades del país.

Se desarrollará el Programa Nacional de Cuidados Paliativos, en el cual participarán los representantes sectoriales, locales y líderes de opinión en la materia, con la finalidad de contar con un documento operativo y de referencia.

Se continuará la aplicación del taller de Cuidados Paliativos en coordinación con el ISSSTE, enfocado a fortalecer las competencias del personal de enfermería y médico. Se realizará un seminario con expertos nacionales en materia de cuidados paliativos para formalizar el diseño del Programa Nacional de Cuidados Paliativos, el cual será difundido entre las autoridades estatales y responsables de implementar este programa en los distritos de salud.



ACCIONES EN LA ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

La DGCES implementará el *Programa para la prevención y disminución de la violencia obstétrica en Primer Nivel de Atención*, el cual tiene como objetivo realizar acciones para disminuir la violencia obstétrica en establecimientos de salud de primer nivel de atención.

Se realizarán talleres de sensibilización presenciales y cursos de capacitación en línea dirigidos a personal de salud del primer nivel de atención y se coordinará el mecanismo de orientación a mujeres embarazadas que acudan a las unidades para su control prenatal.

Estas actividades se implementarán inicialmente con las entidades federativas que presentan alto porcentaje de violencia y maltrato obstétrico de acuerdo a la Encuesta Nacional Demográfica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2016).

Por otro lado, en el Foro Nacional e Internacional de Calidad en Salud se reconocerán a las unidades de salud que lograron mejores resultados en la disminución de la violencia obstétrica.

TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO

El área de Trabajo Social se incorporó recientemente en la DGCES. Tiene como principal campo de acción la detección de problemáticas psicosociales de las personas, familias y comunidades y se encuentra en estrecha relación con las demandas de la población y los alcances de las instituciones de salud. Asimismo, coadyuva en la formación de equipos de salud inter y multidisciplinarios para la intervención en comunidad, trabajo de grupos en educación para la salud y proyectos de participación comunitaria.



Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud, SS

La presencia de personal de trabajo social inmerso en la APS-I MX proporciona certeza sobre la atención de las necesidades de educación continua en las funciones esenciales de trabajo social en campo, por medio de cursos y talleres sobre APS en los distritos de salud, al personal de trabajo social y promotores(as) de salud, enfocado en la participación comunitaria.



CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

Capacitación de personal de trabajo social y promotores(as) de salud

Los temas fundamentales para APS-I MX serán los siguientes:

- Sistema de referencia y contrarreferencia, según sus respectivos instrumentos de operación: guías de referencia y contrarreferencia a nivel inter-institucional; clasificación de referencias según riesgo y prioridad de atención; hoja de interconsulta/referencia; entre otros.
- Programa de Educación para la Salud, desde la perspectiva constructivista y grupos operativos, mediante talleres donde la población tiene la voz en relación con cómo vive situaciones de la vida diaria. Trabajo con grupos focales para abordar temas relacionados con la salud, tales como: autoestima, relaciones familiares, comunicación familiar, redes de apoyo, ciclo vital de la familia.
- Conocimientos, habilidades y actitudes en el tema de coordinación de grupos para el trabajo social comunitario en los programas prioritarios de APS-I MX.
- Técnicas, herramientas e instrumentos de trabajo social: estudios sociales, visitas domiciliarias, informes sociales, familiogramas, entrevistas, técnicas de observación, crónicas grupales, diarios de campo y notas de trabajo social.
- Gestión con entidades académicas para proyectos colaborativos de investigación social y mejora en el marco de APS-I MX.

Programa de cursos para el año 2020 por el área de trabajo social

Acciones de capacitación	Modalidad	Periodo y duración	Dirigido a:	Lugar
Reunión Nacional de Coordinadoras estatales de Trabajo Social	Video-conferencia	24 al 26 de marzo (24 horas)	Coordinador (a) de TS por estado	DGCES
Sistema de referencia y contrarreferencia	Curso virtual (EDUC@DS)	11 al 14 de mayo (8 horas)	Coordinadores de TS por estado y Distritos	En su unidad
Programa de Educación para la Salud, desde la perspectiva de Trabajo Social	Curso-taller virtual (EDUC@DS) y presencial	6 al 31 de julio 20 h teóricas 20 h prácticas	Un(a) trabajador(a) social por Distrito de Salud	Prueba piloto en Distritos de la Ciudad de México
Coordinación de grupos para Trabajo Social comunitario en los programas prioritarios de APS-I MX	Curso virtual (EDUC@DS)	7 al 18 de septiembre (20 horas)	Trabajadores (as) sociales por Distrito	En su unidad
Técnicas, herramientas e instrumentos de Trabajo Social	Curso virtual (EDUC@DS)	9 al 20 de noviembre (20 horas)	Trabajadores sociales por Distrito	En su unidad





ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL CONTEXTO DE APS-I MX

En el marco de la reforma de la Ley General de Salud de noviembre de 2019 y de conformidad con el artículo 77 *bis* 5 y *bis* 9, es competencia de la Federación y de las entidades federativas la ejecución de acciones que garanticen la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social.

Por tanto, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos para la acreditación de la calidad de los establecimientos de salud que servirán de base para la atención de las y los beneficiarios.

La acreditación tiene una vigencia de cinco años, la cual es renovable por un periodo igual, sin perjuicio de que la Secretaría de Salud determine la suspensión de sus efectos en los casos en que se dejen de cumplir los requisitos que sustentaron su otorgamiento.

En la Propuesta Metodológica y Operativa de APS-I MX, la SIDSS refiere que para la operación de los Distritos de Salud es fundamental el componente denominado “*Monitoreo, evaluación y seguimiento*”.

Para lograr la transición del proceso actual de acreditación de establecimientos y servicios de atención médica hacia el Modelo de Acreditación de la Calidad desde la perspectiva de APS-I MX, la DGCES realizará acciones de capacitación para los Distritos de Salud dirigidos a:

- a) Responsables de los Distritos de Salud en el proceso de Acreditación de establecimientos y servicios de atención médica y su alineación al Modelo de APS-I MX.
- b) Facilitadores del proceso de Acreditación en los Distritos de Salud a nivel nacional. Las acciones de capacitación consisten en el desarrollo e instrumentación de un taller presencial dirigido a personal evaluador adscrito a los Servicios Estatales de Salud, con una duración de ocho horas, el cual se llevará a cabo en el marco de las cuatro reuniones regionales durante los meses de mayo a octubre del año 2020.
- c) El alcance potencial es de 246 profesionales de salud, lo que representa la capacitación de un(a) líder por cada Distrito de Salud en el territorio nacional. Enlaces del Programa Presupuestario Regulación y Vigilancia de Establecimientos y Servicios de Atención Médica G005 y a las áreas administrativas involucradas en la ejecución y comprobación. Las acciones de capacitación consisten en dos talleres presenciales con duración de cuatro horas, el primero previo a la firma del Convenio de Colaboración de



CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

Transferencia de Recursos Presupuestarios con carácter de Subsidios y otro previo al cierre del ejercicio. El alcance potencial son aproximadamente 32 personas, una por cada entidad.

Asimismo, se hará la instrumentación del Modelo de Acreditación de la Calidad desde la perspectiva de APS-I MX. Dicha estrategia consiste en la validación de los requerimientos mínimos de calidad por expertos a nivel nacional (aproximadamente 60 profesionales de las disciplinas involucradas).

Durante el mes de junio de 2020, se realizará una prueba piloto del modelo en cuatro regiones del país para elaborar las adecuaciones en los instrumentos técnico-normativos y presentar el modelo definitivo en el marco de la cuarta sesión ordinaria del Consejo Nacional de Salud. Asimismo, se implementará un taller presencial dirigido a los 32 Responsables Estatales de Calidad para la operación durante el ejercicio 2021.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

La DGCES coordina la asignación de becas y plazas de Internado Médico de Pregrado, Servicio Social y Residencias Médicas. Su distribución en los diferentes SESA y los modelos en los que se realizan estas tareas de formación impactan el desempeño de los establecimientos receptores de personas en formación.

En el campo de la formación la DGCES también interactúa con las principales organizaciones de concertación para definir los programas educativos, por lo que en la interacción con los Distritos de Salud se identificarán las necesidades de formación que requieren y a partir de ello se hará la gestión interinstitucional correspondiente.



Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud, SS



Otra tarea a cargo de la DGCES es la coordinación del **Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM)**. Un producto que puede compartirse con los Distritos de Salud es el listado de las y los médicos seleccionados y no seleccionados que participan en el ENARM este año a fin de favorecer su eventual contratación.

A continuación, se aborda la manera en la que estas tareas apoyarán a los Distritos de Salud.

INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO, SERVICIO SOCIAL Y RESIDENCIAS MÉDICAS

La coordinación de la asignación de campos clínicos para internado médico de pregrado y de servicio social de las y los egresados de las áreas de la salud, constituye una herramienta promotora del cambio al involucrar a las/los pasantes y a los(as) médicos(as) internos de pregrado en programas de promoción, prevención y atención a la salud con un claro enfoque en las comunidades.

Considerando que la APS-I MX es un modelo de atención que pone en el centro a la comunidad y hace énfasis en las acciones de promoción y prevención que favorecen la reducción de los problemas de salud y la atención ambulatoria, la labor de los(as) médicos(as) internos(as) de pregrado y pasantes de las diversas carreras de la salud: medicina y enfermería, psicología, trabajo social, promotor de salud, entre otros; es relevante en las estrategias que articulan el tránsito de personas a lo largo del sistema de salud, donde se realiza el trabajo personal, familiar y comunitario para el cuidado de la salud y conductas saludables dentro de un marco de autorresponsabilidad, como se define en el modelo APS-I MX.

En particular, las y los prestadores de servicio social de las carreras de la salud integran un contingente amplio de estudiantes que colaboran en la operación de los establecimientos médicos y en las acciones de promoción y prevención que se realizan en el primer nivel de atención.

SERVICIO SOCIAL EN MEDICINA

A más de 80 años de la implementación del Servicio Social en Medicina, sigue representando un reto para el sector educativo y los servicios de salud en el país. La Secretaría de Salud promovió en el 2016 un Modelo de Servicio Social Comunitario con Enfoque de Medicina Familiar o Servicio Social Rotatorio (SSR), el cual tuvo como propósito que las y los pasantes conocieran la compleja estructura de los servicios de salud presentes en las comunidades, preservando actividades de formación académica y la supervisión necesaria.



CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

Las premisas del modelo fueron las siguientes:

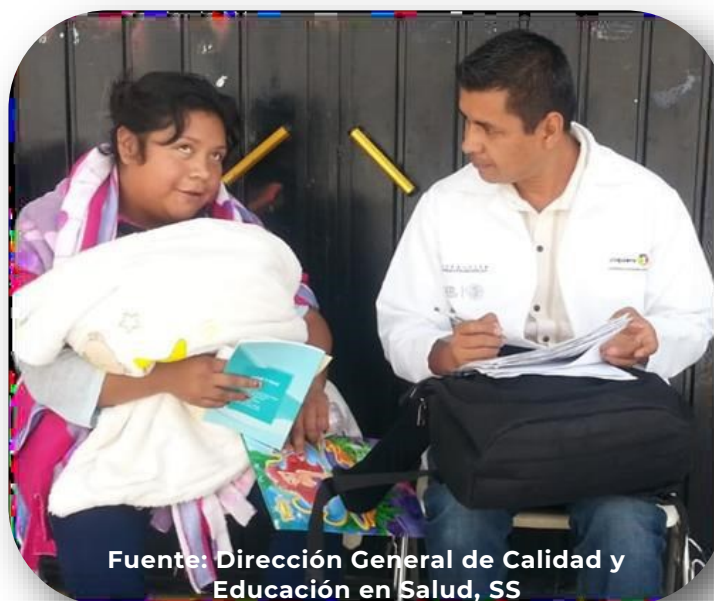
- Rotación por los diferentes establecimientos del primer nivel
- Tutoría y acompañamiento por personal de las jurisdicciones sanitarias y de las universidades o escuelas de procedencia para fortalecer el desarrollo de competencias y habilidades del médico pasante
- Cumplimiento del programa académico y operativo.

El objetivo de este modelo de SSR fue continuar la formación y capacitación continua de los MPSS en el primer nivel de atención como estrategia para que el personal adscrito en los diferentes establecimientos de salud que conforman los Distritos se involucrase en tareas docentes y de asesoría a las y los pasantes, obteniendo por parte de las instituciones de educación superior capacitación y reconocimiento con la finalidad de continuar su desarrollo profesional.

La DGCES en las visitas de supervisión que se estarán realizando trimestralmente durante 2020 promueve con las instituciones educativas los apoyos que deberán tener las y los médicos adscritos que den asesoría a las y los médicos pasantes.

SERVICIO SOCIAL INTERDISCIPLINARIO

Para promover la integración de equipos de salud, se inició en 2019 un servicio social interdisciplinario en Tlaxcala, con personal médico, de enfermería y nutriólogos(as) como células básicas para la atención de salud en algunos centros de salud comunitarios.



Aunque está pendiente hacer una evaluación formal de sus resultados, se tienen reportes preliminares alentadores sobre el trabajo interdisciplinario que indican mejoría de la capacidad resolutoria al combinarse las competencias y enfoques de las tres disciplinas.

A partir de esta experiencia, la DGCES propone una reprogramación del Servicio Social para que se constituyan en el modelo de APS-I MX los equipos interdisciplinarios que sean pertinentes para atender las acciones de promoción, prevención y asistencia necesarias, tanto en la comunidad como en los propios establecimientos de salud.

En la promoción de agosto 2020, se iniciarán los ejercicios de planeación para la construcción de equipos interdisciplinarios de pasantes en los que se definirán la composición de los equipos y en cuáles establecimientos actuarán.



Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud, SS

INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO

La DGCES ha seguido de cerca los esfuerzos que han hecho el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma de San Luis Potosí para lograr que el internado médico tenga una carga mayor en trabajo comunitario y familiar. De este modo, se cumple el propósito de integración clínica para el internado médico de pregrado, pero con énfasis en la atención ambulatoria.

Es necesario enriquecer la labor de formación con contenidos alineados al campo de actuación del(a) médico(a) general, lo que permitirá la formación de profesionales con enfoque en APS-I MX.

La DGCES difundirá las premisas del modelo de internado médico de pregrado a través de reuniones virtuales y presenciales en los Distritos de Salud para recibir la retroalimentación necesaria que oriente la integración de programas operativos acordes a las necesidades de cada región, particularmente en lo correspondiente a atención ambulatoria y participación comunitaria.



RESIDENCIAS MÉDICAS

La DGCES también coordina la asignación de becas para médicos(as) residentes con las entidades federativas. Todos los años, se realizan las reuniones bilaterales con cada estado para planear la dotación de becas de residentes y plantear necesidades de formación de médicos(as) especialistas en diferentes áreas.

Estas reuniones de planeación son una oportunidad para orientar el perfil de especialistas que se requieren en cada estado, dependiendo tanto de la demanda de servicios como del perfil epidemiológico de cada lugar.

Dentro del programa de residencias médicas, la DGCES tiene conocimiento de los programas de profesionalización que proponen los estados para formar especialistas sobre la base de médicos(a) generales que ya trabajan en los Servicios Estatales de Salud en zonas de difícil cobertura. Estos programas tienen el objetivo de brindar atención en salud en establecimientos donde no hay especialistas.

Las condiciones generales para participar en el programa son:

- Que las y los médicos generales sean de base y tengan una antigüedad y arraigo en la comunidad de al menos cinco años
- Que se sometan a un examen de conocimientos diseñado por los Servicios de Salud de los estados y la universidad que da el aval a la especialidad
- Que haya una institución de educación superior reconocida por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud como aval universitario de cursos de especialidad
- Que se suscriba un convenio de colaboración entre los Servicios de Salud del estado que corresponda y la institución de educación superior para operar el programa
- Que el sindicato, a través de la sección correspondiente, el(la) trabajador(a) y los servicios de salud que correspondan, suscriban ante la Junta de Conciliación y Arbitraje u organismo jurisdiccional correspondiente, un convenio en el que se establezca el compromiso de los Servicios de Salud de contratarle como especialista al término de su formación, y que el(la) trabajador(a) exprese su compromiso de laborar en el establecimiento sanitario al que está adscrito por lo menos por un periodo igual al del que dure la especialidad que curse, y que el sindicato se comprometa a que no haya cambios de la plaza por el mismo periodo al menos.

Actualmente, hay siete estados que cuentan con personal en formación en esta modalidad: Guerrero, Morelos, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco y Tamaulipas. En 2019, el número de médicos(as) que participaron fue de 218 en las especialidades de anestesiología, ginecología, medicina interna, urgencias, medicina familiar, pediatría y traumatología.



EXAMEN NACIONAL PARA ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS

El Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) selecciona a médicos(as) generales mexicanos(as) y extranjeros(as) que aspiran a realizar una residencia médica en un curso universitario de especialidad en los términos, procedimientos y condiciones que se establecen en cada convocatoria anual.

Dentro del proceso de mejora continua del ENARM, se está trabajando en las siguientes estrategias:

- Propiciar que las instituciones de educación superior fomenten en su alumnado de pregrado el enfoque en la Atención Primaria de Salud, con el fin de que las y los médicos generales desarrollen competencias para resolver problemas en los ambientes comunitarios y de primer nivel de atención, apartándose de la idea de que la licenciatura en medicina se vea como un propedéutico para la especialidad.
- Generar economías en la infraestructura tecnológica para la aplicación del examen mediante la disminución del número de sedes. En 2020 se reducirán las sedes de diez a seis, quedando de la siguiente manera: dos en Ciudad de México, dos en Guadalajara, una en Monterrey y una en Villahermosa.
- Se agregará un incentivo para las y los médicos que realizaron servicio social comunitario dentro del país en unidades médicas que se encuentran en zonas de alta y muy alta marginación. Las y los médicos que cumplan la condición anterior entre los años 2015 al 2020 obtendrán dos puntos adicionales en el “Puntaje total” en el ENARM.



Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud, SS

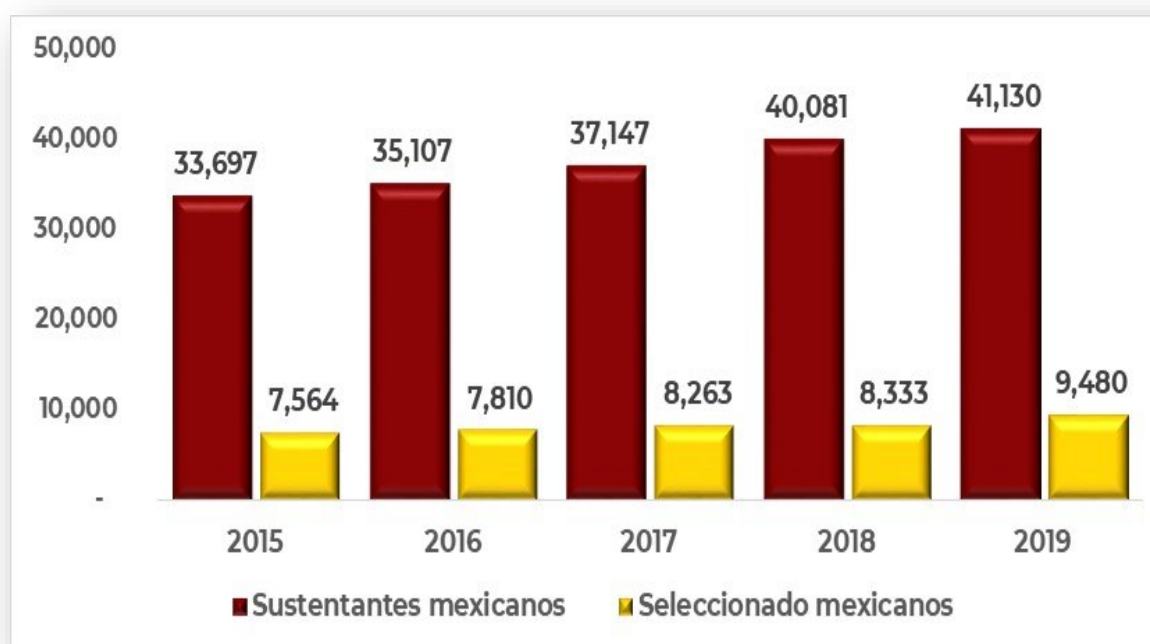
CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

- A partir de este año 2020 se modificará el enfoque de los reactivos del examen reduciendo los contenidos de especialidad y enfocándose en salud pública, urgencias y medicina familiar, en el contexto de las cuatro troncales de especialidad: medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía general.

La siguiente gráfica representa el número de médicos(as) mexicanos(as) sustentantes y seleccionados de 2015 a 2019, que muestra el comportamiento de la oferta de plazas (seleccionados) para realizar una especialidad y la demanda (sustentantes) creciente.

Como se advierte en la gráfica, el número de aspirantes que logra colocarse, pese el aumento de becas, es cada vez menor, pues sólo uno de cada cinco logra ingresar a un curso de especialidad.

Gráfica 1.
ENARM. Sustentantes y seleccionados mexicanos 2015-2019



Se está trabajando en alternativas de desarrollo profesional a médicos(as) generales que no logran entrar a las especialidades. Esto significaría poder contar con un número muy importante de médicos(as) ya formados(as) que se integren a los servicios de salud en tareas del primer nivel de atención que tradicionalmente se ha descuidado.

La base de datos de las y los médicos generales no seleccionados se compartirá con los Distritos de Salud, para ser considerados en la bolsa de trabajo de los Servicios Estatales de Salud, como se ha hecho desde hace varios años con el reclutamiento a nivel federal de las y los residentes itinerantes que laboran en unidades médicas móviles.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería [Recurso electrónico] México: Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/somos/docs/acuerdo_CPE.pdf [Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería. Secretaría de Salud (25 de enero de 2010), http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4960272&fecha=25/01/2007

Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General (8 de septiembre de 2017), https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017

Acuerdo por el que se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos. Secretaría de Salud (8 de marzo de 2017), http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08%2F03%2F2017

American Diabetes Association (2019). Standards of Medical Care in Diabetes—2020 Abridged for Primary Care Providers. Clinical Diabetes, 38(1), 10–38, <https://doi.org/10.2337/cd20-as01>

Arteaga Basurto, C. (2001). Desarrollo Comunitario, México: Ed. ENTS-UNAM

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (5 de febrero de 1917. Última actualización 6 de marzo de 2020), http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060320.pdf

Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2018). Estrategia Servicio Social Comunitario con Enfoque en Medicina Familiar, Lineamientos Generales, http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/ssi/SS_181114_lineamientos_gral.pdf

Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2018). Manual Clínico para la estandarización del cuidado y tratamiento a pacientes con heridas agudas y crónicas, http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/Manual_Clinico_Heridas.pdf



CAPÍTULO II. ACCIONES DE EDUCACIÓN Y CALIDAD PARA FORTALECER LOS DISTRITOS DE SALUD

Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2018). Programa Académico para los Médicos Pasantes en Servicio Social Comunitario con Enfoque en Medicina Familiar, http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/ssi/SS_180208_programa_aca.pdf

Koskela, T. H. (2017). Building a primary care research network – lessons to learn. *Scand J Prim Health Care.*, 229–230, <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1358439>

Ley Federal de Procedimiento Administrativo. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (4 de agosto de 1994. Última reforma 18 de mayo de 2018), http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/112_180518.pdf

Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (1 de julio de 1992. Última reforma 15 de junio de 2018), http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/130_150618.pdf

Ley General de Salud. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (7 de febrero de 1984. Última reforma 24 de enero de 2020), http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (29 de diciembre de 1976. Última reforma 22 de enero de 2020), http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/153_220120.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). Recomendaciones de la OMS: Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. Ginebra: OMS, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87848/9789243504841_spa.pdf?jsessionid=4A6D7A91B993441D65A1503DD4D0E3A6?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud (2018). Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud, https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34959/9789275320037_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud (2013) Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas, <https://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/noticias/competencias-es.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2016). Estrategia sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34198>





Pan-American Health Organization (2016). Strategy on Human Resources for Universal Access to Health and Universal Health Coverage, https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672:human-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&Itemid=42273&lang=en

Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (14 de enero de 1999. Última reforma 28 de noviembre de 2012), http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LFMN.pdf

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (14 de mayo de 1986. Última reforma 17 de julio de 2018), http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Art. 18. Presidencia de los Estados Unidos Mexicanos (19 de enero de 20014. Última reforma 7 de febrero de 2018), http://www.dgrh.salud.gob.mx/Normatividad/Reglamento_Interno_Secretaria_Salud-DOF_%207-02-2018.pdf

Sánchez-Martín, C. I. (2014). Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. Enfermería Clínica*, 24(1), 79–89, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.007>

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (2019). Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada APS-I MX: La Propuesta Metodológica y Operativa, 141 pp, http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf

Terán Trillo, M. (2012) La dimensión social de los cuidados paliativos y la orientación tanatológica: Un enfoque desde el Trabajo Social, México: UNAM, <http://www.libros.unam.mx/digital/v4/56.pdf>

Vela-Anaya G et al. (2018). Epidemiología y costos de la atención de heridas. México: *Rev. Enf. Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2018; 26(2):105:14, <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182g.pdf>

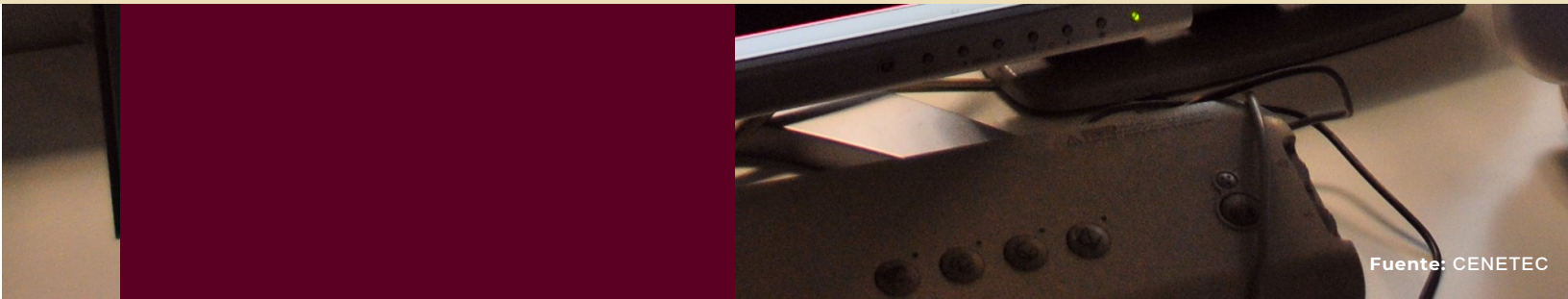
Zamora Mendoza, Sara (2013) *Fundamentos de Trabajo Social*, México





CAPÍTULO III.

TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA MX (APS-I MX)





CRÉDITOS

Coordinación General

DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

DR. FRANCISCO RAMOS GÓMEZ

Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Colaboradores

ING. ROBERTO AYALA PERDOMO

DR. JESÚS OJINO SOSA GARCÍA

ING. ADRIÁN PACHECO LÓPEZ



PRESENTACIÓN

Uno de los elementos centrales del Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I MX) es mejorar la atención que reciben los y las pacientes. Además de una reorganización de todos los servicios disponibles, esto implica incrementar la capacidad resolutive en el primer nivel de atención.

Cabe resaltar que la medicina es una de las actividades cuya capacidad resolutive depende crucialmente de la tecnología, especialmente de las que se conocen como tecnologías para la salud, término que incluye a medicamentos, vacunas, dispositivos médicos, intervenciones clínicas y de salud pública, entre otros.

En razón de lo anterior, antes de que una tecnología pueda ser financiada con fondos públicos, es fundamental que se someta a una evaluación sobre su seguridad y efectividad. En el caso de un sistema de salud pública como el que opera en México, que atiende a una población de más de cien millones de habitantes, también se evalúa la eficiencia y la accesibilidad de la tecnología, con objeto de asegurar que pueda ser otorgada a todos aquellos que la requieren.

También resulta importante incluir el concepto de “tecnología apropiada”, es decir, que una unidad de atención médica, en función del nivel de atención que ofrece, cuente con la tecnología requerida en ese nivel, no más y no menos.

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (<https://www.gob.mx/salud/cenetec>) es un órgano desconcentrado dependiente de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS). Entre sus funciones está el realizar la evaluación de tecnologías para la salud arriba descrita. Un concepto implícito en este término es que la evaluación, y las decisiones que de ella se desprenden, están basadas en evidencia técnica y científica, recabada de fuentes validadas de acuerdo a criterios internacionales.

Por otro lado, el CENETEC forma parte del proceso de planeación del sector público de salud, que encabeza la SIDSS, en el que se evalúan las necesidades de atención médica de la población, para que sean atendidas apropiadamente en una unidad médica del tipo que corresponda, sea ésta del primer, segundo o tercer nivel de atención. Compete al CENETEC revisar que el equipamiento corresponda al modelo de unidad, cartera de servicios e infraestructura y recursos humanos existentes o previstos.

Aquí es importante resaltar que el proceso de planeación de equipo médico en una unidad médica, no empieza ni termina con su adquisición. Debe cuidarse que el equipo médico que se planea adquirir sea el apropiado para la atención





que ofrece la unidad; supervisar el proceso de compra e instalación; anticipar la infraestructura, recursos humanos, insumos y programas de mantenimiento necesarios para su operación; y definir oportunamente el momento y la forma de remplazo del equipo. Cubrir este ciclo tecnológico requiere de un proceso conocido como “Gestión de Equipo Médico” que debe ser supervisado por personal competente. La experiencia ha demostrado que la falta o deficiencia de este proceso, tiene como consecuencia que se adquiera equipo innecesario; que no pueda instalarse u operar por falta de infraestructura o recursos; que se inutilice prematuramente por falta de mantenimiento; o que el servicio que presta se pierda por no ser remplazado a tiempo. Además del deficiente uso de recursos financieros que esto implica, debe considerarse el impacto sobre la atención a las o los pacientes por no disponer del equipo necesario.

También compete al CENETEC coordinar esfuerzos para que la tecnología apropiada impacte a la calidad de atención que reciben los pacientes, a través de instrumentos como las Guías de Práctica Clínica, que se elaboran partir del conocimiento basado en evidencias sobre un padecimiento y las opciones disponibles para su diagnóstico y tratamiento.

Finalmente, y no menos importante, está la Telesalud. La falta de recursos humanos, en particular especialistas, y la distribución geográfica de la población que requiere atención médica, hace que en muchos casos resulte imposible ofrecer en forma directa la atención requerida, incluso en el primer nivel de atención. Corresponde al CENETEC coordinar esfuerzos que permitan aprovechar las tecnologías de la información para ofrecer atención médica a distancia. Son muchos y muy variados los modelos de atención a distancia existentes, algunos requieren de tecnologías sofisticadas y costosas. Aquí se busca promover aquellos que permitan incrementar la capacidad resolutive del primer nivel de atención, sin que requieran de infraestructura o tecnología que los vuelva inviables.

Dada su importancia para la operación de la APS-I MX, enseguida desarrollamos los conceptos e implicaciones de la Gestión de Equipo Médico, Guías de Práctica Clínica, y un modelo de Telesalud denominado “Interconsulta a Distancia”.

Como podrá verse, el uso de la tecnología, si bien juega un papel importante, no es un fin en sí mismo, nuestro interés está centrado en la atención a el o la paciente, tal y como lo dicta la APS-I MX.



GESTIÓN DE EQUIPO MÉDICO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

ANTECEDENTES

En mayo del 2007, durante su 60ª Asamblea Mundial, los miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron la resolución número wha 60.29 sobre Tecnologías para la Salud, cuyo numeral 2 urge a los países miembros

“a formular como convenga estrategias nacionales y planes para el establecimiento de sistemas para la evaluación, planeación, procuramiento y gestión de las tecnologías para la salud, en particular los dispositivos médicos, en colaboración con personal involucrado con la evaluación de tecnologías y de ingeniería biomédica”.¹

Esta declaratoria formaliza una tarea que toda institución que brinda servicios de salud realiza para poder contar con las tecnologías necesarias; la gestión de tecnologías en salud, y dentro de las mismas, el equipo médico es una de las herramientas primordiales.

Para apoyar en la correcta conducción del proceso de gestión de equipo médico (GEM), la OMS cuenta con una oficina de dispositivos médicos que genera documentos para tal propósito,² y esta a su vez insta a los países miembros para realizar esfuerzos similares de manera local.

Bajo este contexto, el CENETEC, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, apoya en las necesidades de evaluación y gestión de tecnologías para la salud,³ y cuenta como una de sus atribuciones la conducción de estrategias para la GEM en el sistema nacional de salud, con énfasis en las instituciones de prestación de servicios médicos de la Secretaría de Salud federal y estatales. Su labor en tal sentido fue reconocida por la propia OMS por lo que desde 2009 funge como Centro Colaborador en materia de evaluación y gestión de tecnologías para la salud.

PROBLEMÁTICA

Como parte del proceso diagnóstico⁴ de las unidades médicas del primer nivel de atención en los servicios de salud estatales, se ha podido corroborar la problemática que, en debida proporción, afecta de igual manera a los establecimientos de segundo y tercer nivel de atención. Dentro de la problemática encontrada se puede señalar lo siguiente:



- Equipo médico fuera de servicio, por alguna de las siguientes circunstancias:
 - ♦ Suministros básicos inadecuados (electricidad, agua, otros)
 - ♦ Carencia de programa de instalación
 - ♦ Desconocimiento del proveedor que vendió el equipo
 - ♦ Áreas inadecuadas para su correcto funcionamiento
 - ♦ Falta de accesorios e insumos, y
 - ♦ Fallas no reparadas.
- Equipo médico subutilizado, por alguna de las siguientes circunstancias:
 - ♦ Falta de personal médico y técnico necesario para la operación
 - ♦ Equipo no necesario para las problemáticas de salud prioritarias, y
 - ♦ Planeación deficiente
- Falta de programas de mantenimiento
- No se cuenta con inventarios funcionales específicos del equipo médico disponible.

Estos problemas ocurren principalmente por la falta de conducción o coordinación procesos de GEM, o inclusive la ausencia de dicha función, así como la falta de personal capacitado en tales tareas. La GEM no es tarea de una sola área; es una función multidisciplinaria que involucra a diversos profesionales. Su falta de coordinación se traduce en la falta de disponibilidad de estos activos.

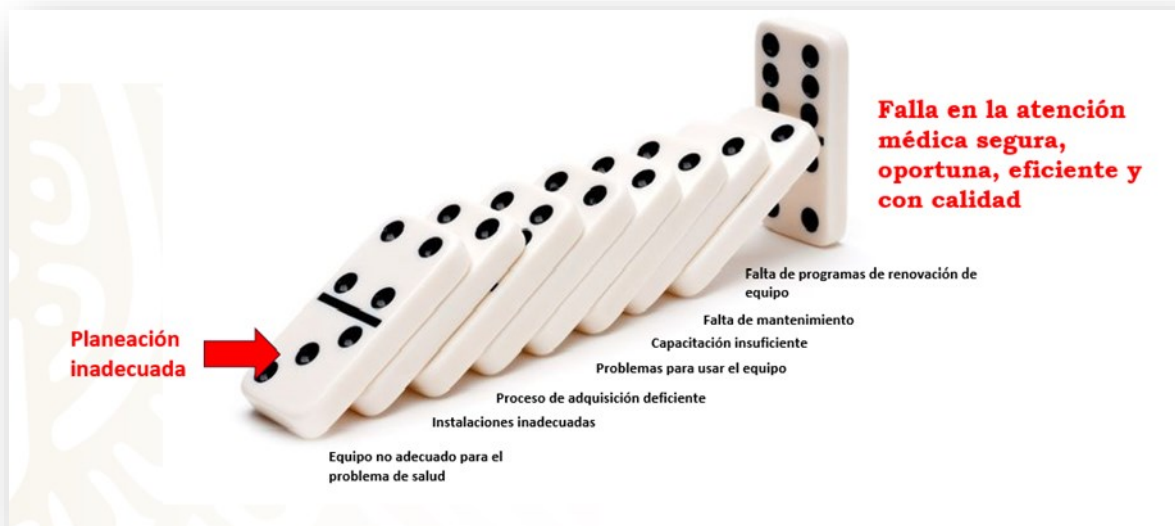
En la ilustración 1 se muestra cómo la comunicación/coordinación de los procesos necesarios para la incorporación de tecnología en las unidades de cuidado de la salud y de los responsables de realizar cada proceso, generalmente no ocurre de una manera óptima o adecuada, y por ello la necesidad de una figura de coordinación y vigilancia de todo el proceso para garantizar que no se pierda algún aspecto importante a considerar durante el ciclo de vida tecnológico.

Ilustración 1.
Tareas y responsables comunes para la incorporación de tecnología



En la ilustración 2 puede observarse cómo al iniciar con un proceso de planeación deficiente en incorporación de equipo médico, puede desatarse una cadena de fallas y errores que en consecuencia provocarán fallas en la atención médica.

Ilustración 2.
Problemas generados por falta de planeación de equipo médico



Por tal razón CENETEC, conforme a sus atribuciones, lleva a cabo la formulación de estrategias que permitan mejorar estos procesos de GEM dentro de este nuevo modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I MX), cuyas bases de presentan a continuación.

DEFINICIÓN

La gestión de equipo médico (GEM) debe entenderse como el conjunto de procesos para la planeación, incorporación, uso y baja de equipo médico que se deben realizar en las unidades de atención médica. Permite garantizar el acceso efectivo a estas tecnologías, asegura el uso eficiente y racional de los recursos disponibles y contribuye a garantizar la seguridad en uso del equipo médico y una atención médica de calidad.

Los procesos que la componen se pueden agrupar conforme a lo siguiente, y en el orden que se indica en la ilustración 3:



Ilustración 3.
**Procesos de la gestión de equipo
médico**



La planeación es la piedra angular de la GEM. Siendo el punto de partida que, de no establecer correctamente las bases para la incorporación y uso de equipo médico, se incurrirá en problemas que afecten el propósito por el cual es necesaria dicha tecnología en la resolución de problemas de salud. Inicia con la detección de necesidades de equipo médico e incluye acciones como la evaluación de alternativas tecnológicas, identificación de recursos para su correcto funcionamiento (espacios físicos adecuados, suministros eléctricos/hidráulicos / neumáticos suficientes y en buen estado, personal capacitado y suficiente, e identificación de fuentes de financiamiento, entre otros.

La incorporación se refiere al proceso administrativo necesario para que el equipo médico pueda usarse en la unidad médica. Las alternativas de incorporación a las que se puede recurrir incluyen: la compra directa, la subrogación, arrendamiento, donación o servicios integrales. Como parte de las tareas se encuentra la elaboración de estudios de mercado, elaboración de solicitudes para obtener recursos financieros, bases y procesos de licitación pública, entre otros.

Los procesos de instalación, aunque pudieran considerarse funciones externas por parte del proveedor del equipo médico, no deben demeritarse ya que la falta de atención a la correcta instalación del equipo puede generar problemas a corto plazo que impidan su correcto funcionamiento.

La operación del equipo médico es el proceso de mayor duración pues se da durante toda la vida útil de la tecnología. Dentro de éste deben realizarse tareas tales como la integración de inventario funcional, los programas de capacitación continua, acciones de vigilancia en la seguridad en uso y, una de las tareas más importantes, pero desafortunadamente más abandonadas: el mantenimiento y servicio correctivo al equipo médico.

Finalmente, al concluir la vida útil del equipo, deben llevarse a cabo procesos para su baja, que no solamente inciden en lo que la legislación requiere para lo administrativo; deben revisarse los procedimientos para la justificación de baja y las distintas posibilidades para disposición final, en las que se cumpla lo necesario en materia de salud ambiental.



PROPUESTA

La propuesta formulada por CENETEC para propiciar la mejora en la coordinación de procesos de la GEM, particularmente en los Distritos de Salud, presenta los siguientes componentes:

- a. Organización funcional. Presentada a manera de organigrama, sin que necesariamente muestre las plazas definitivas, la ilustración 4 muestra las posiciones que las o los responsables de la coordinación GEM podrían ocupar, tanto en oficinas centrales como en Distritos de Salud y segundo nivel de atención:

**Ilustración 4.
Organización funcional para responsables de la
gestión de equipos médicos**



Para apoyar a la estrategia de APS-I MX, que busca como eje principal fortalecer el primer nivel de atención, la coordinación de procesos de GEM debe estar incluida necesariamente como función, y por tanto como plaza funcional, en la nueva denominación de las jurisdicciones sanitarias que son, conforme a APS-I MX, los Distritos de Salud. La posición funcional de apoyo a la GEM podrá estar ubicada bajo alguna de las coordinaciones dependientes de la Jefatura de Distrito de Salud, como la propuesta que se presenta en la ilustración 5, pero las funciones y actividades deben prevalecer conforme a lo indicado en el inciso siguiente.

Ilustración 5. Propuesta de estructura orgánica Distrito de Salud



Fuente: Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I MX). SIDSS

- b. Principales actividades a desarrollar. De manera enunciativa más no limitativa, la ilustración 6 (página siguiente) muestra algunas de las funciones, conforme a cada proceso de GEM, que pueden realizar las o los responsables de cada nivel.

De igual manera, en cuanto a las funciones de coordinación de la GEM, debe observarse el escalonamiento de las mismas conforme al nivel de atención y responsabilidad asignada. Aun cuando se reconozca que el nivel de complejidad tecnológico en el primer nivel de atención no es equiparable al del segundo o tercer nivel, esto no exime de la necesidad de establecer procesos sistemáticos de GEM para el equipamiento necesario en las unidades médicas bajo la responsabilidad de los Distritos de Salud, ya que la falta de acceso a cualquier dispositivo médico en dichas unidades puede representar la diferencia entre un diagnóstico oportuno y la ausencia de éste, con lo cual se escala hacia el siguiente nivel de atención y la consecuente saturación del mismo.

El equipo médico para las unidades médicas del primer nivel de atención generalmente consiste de equipo básico de diagnóstico (esfigmomanómetros aneroides, estetoscopios, estuches de oftalmología y otoscopía, lámparas de exploración), mobiliario médico (mesas de exploración universal, bancos giratorios, mesas Pasteur) e instrumental médico de curación. Conforme la capacidad resolutoria de algunas unidades, el equipamiento llega a ampliarse a analizadores automatizados de laboratorio clínico para baja capacidad de estudios, unidades de estomatología, e inclusive unidades sencillas de rayos x y ultrasonidos diagnósticos. Como ya se explicó anteriormente, con independencia de su complejidad, todo equipo médico requiere ser gestionado durante su ciclo de vida.

- c. Perfil de puesto. El área profesional más indicada para conducir la coordinación de la GEM es la Ingeniería Biomédica, siendo deseable que la o el aspirante tenga por lo menos un año de experiencia en participación en uno o más procesos de la GEM dentro del ámbito hospitalario, o bien que sea profesional de carrera afín o que cuente con experiencia de dos años comprobables en dichas funciones.



CAPÍTULO III. TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA MX

Ilustración 6.
Actividades de gestión de equipos médicos conforme a nivel operativo

	Primer nivel- Distritos de Salud (CS, CESSA, HBC) ^{1/}	Segundo nivel Hospitales Generales	Secretaría de Salud Estatal Oficinas centrales
Planeación	Dirección de necesidades en EM ^{2/} e insumos	Detección y análisis de necesidades de EM e insumos (infraestructura, recursos humanos, recursos financieros)	Análisis de necesidades y alternativas de EM e insumos e investigación de oferta existente
		Participación en ampliación o remodelación de servicios	Formulación de solicitudes de DVEM/CDNEM ^{3/}
			Integración de propuestas de EM para el diseño de nuevas unidades
Incorporación	Solicitudes de insumos, accesorios y refacciones	Solicitudes de insumos, accesorios y refacciones	Concentración de solicitudes de insumos, accesorios y refacciones
			Participación en licitaciones para adquisición de equipo y servicio
Instalación	Instalación y puesta en marcha de EM	Instalación y puesta en marcha de EM	Coordinación para recepción y distribución de EM en todas las unidades
		Supervisión de instalación y puesta en marcha de EMAT ^{4/}	Coordinación para instalación y puesta en marcha de EMAT
Operación	Elaborar y actualizar inventario funcional	Elaborar y actualizar inventario funcional	Concentrar el inventario funcional estatal
	Mantenimiento y servicios a EM	Mantenimiento y servicios de EM	Gestionar herramienta y equipo para las áreas de servicio a EM
	Capacitación a usuarios	Capacitación a usuarios	Capacitación a los responsables de EM en 1N y 2N
		Supervisar servicios externos	Gestión de contratos de servicios externo
		Seguridad y tecnovigilancia	Coordinación de Comité de Tecnovigilancia
Baja	Validación de baja de EM	Validación de baja de EM	Registro de bajas de EM reportadas
		Programa de sustitución de EM	Coordinación de disposición final de EM
			Validación de programas en sustitución de EM

^{1/} CS, CESSA, HBC: Centros de Salud, Centro de Salud y Servicios Ampliados, Hospital Básico Comunitario

^{2/} Equipos Médicos

^{3/} DVEM / CDNEM: Dictamen de validación de equipo médico / Certificado de necesidad de Equipo Médico

^{4/} Equipo médico de alta tecnología

d. Recursos necesarios para las funciones de los responsables de la GEM. Para poder cumplir de manera adecuada las tareas de GEM en los Distritos de Salud (DS), se requiere como mínimo lo siguiente:

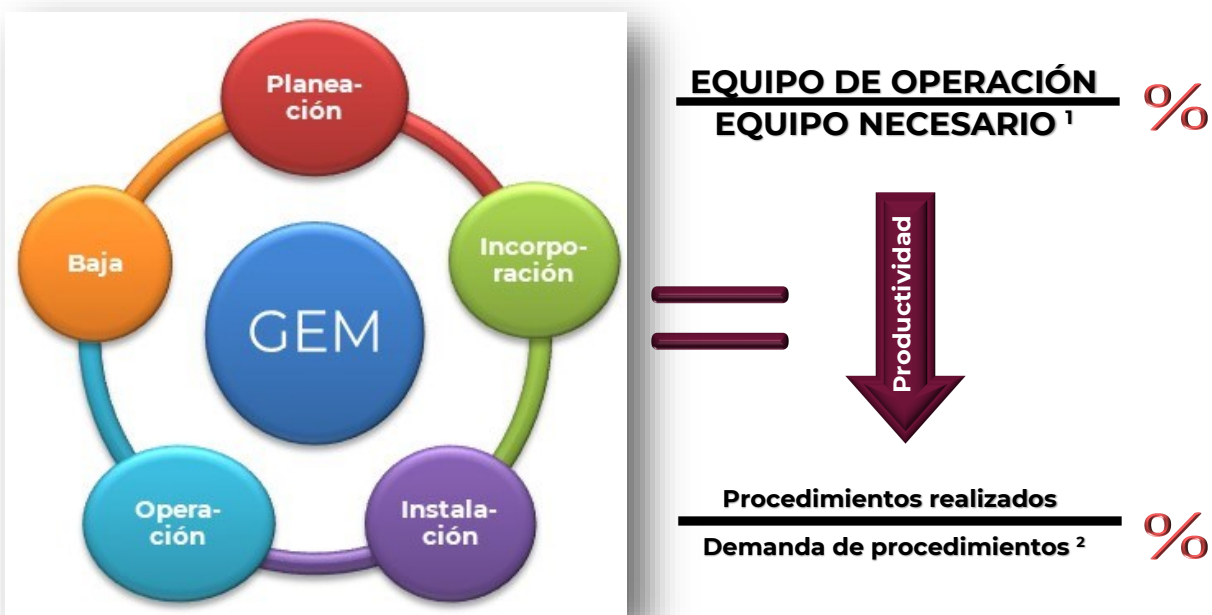
- Espacios de trabajo, incluido mobiliario administrativo, equipo informático y de comunicaciones
- Herramientas e instrumentos de trabajo, para efectos de servicio a equipo médico
- Aseguramiento de transporte para atender las unidades médicas de los DS
- Recursos financieros garantizados para insumos, mantenimiento y servicio al equipo médico bajo responsabilidad.

Es importante garantizar recursos para el mantenimiento de equipo médico, cuyo monto puede presupuestarse bajo alguno de los siguientes esquemas: ⁵

- 10% del valor de adquisición de los equipos
- 6% del presupuesto de operaciones de la institución
- Estudio de mercado sobre contratos de servicio.

e. Evaluación. Para determinar si la estrategia GEM y su modelo dan resultados, se requiere evaluar conforme a indicadores de desempeño. Para ello CENETEC propone de manera inicial los señalados en la siguiente ilustración.

Indicadores para medición estrategia de Gestión de Equipos Médicos



^{1/} Conforme a modelos de atención establecidos por la ss

^{2/} Conforme a la determinación de productividad para los indicadores de salud prioritarios establecidos por la ss

CONCLUSIONES

La gestión de equipo médico (GEM) permite garantizar un acceso oportuno a tecnologías seguras, eficaces y costo-eficientes, haciendo uso racional y eficiente de los recursos disponibles. Su coordinación requiere de profesionales con conocimiento y experiencia, y estos deben formar parte de las estructuras organizacionales, desde el primer nivel de atención y hasta las oficinas centrales responsables de los servicios de salud en los Estados. En la estrategia APS-I MX debe estar considerada esta función como parte de la migración de las jurisdicciones sanitarias hacia los Distritos de Salud, ya que por muy sencillo que pueda parecer el equipamiento médico de establecimientos como los centros de salud, la GEM podrá garantizar que dichas tecnologías se encuentren disponibles y operables, para lograr los objetivos de atención segura, efectiva y con calidad que merece la población en nuestro País.



GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Diariamente las y los profesionales de la salud se enfrentan a la toma de decisiones en salud con respecto a una intervención en el proceso de la historia natural de la enfermedad; también para definir reglas de operación de hospitales, y optimizar la inversión en salud del gobierno. Sin embargo, a pesar de los avances en el conocimiento científico, existe una brecha entre la efectividad de una intervención y la práctica clínica.⁶

Incorporar la evidencia científica en el proceso de toma de decisiones no es fácil, se requieren diferentes estrategias para lograrlo, entre ellas se encuentra el desarrollo e implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC), como una de las herramientas para facilitar la toma de decisiones clínicas de manera consistente y eficiente en la atención a la salud de pacientes, ciudadanía y público en general.⁶

Toma de decisiones informadas en Guías de Práctica Clínica a la cabecera del paciente



Fuente: CENETEC- **Imagen:** freepik.es

ANTECEDENTES

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud (SNS) enfrenta importantes desafíos en materia de salud pública, como son los cambios producidos en el perfil demográfico, que han originado un proceso de envejecimiento de la población mexicana, que junto con los estilos de vida poco saludables y de riesgo, trazan el



creciente predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes *mellitus*, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y las relacionadas con lesiones de causa externa, además de la mayor frecuencia de enfermedades transmisibles, como las enfermedades diarreicas y respiratorias —sobre todo en la población que vive en condiciones de vulnerabilidad—, sin dejar de lado los elevados índices de mortalidad materno-infantil. Ante este escenario, se han desarrollado estrategias y acciones con la finalidad de obtener el mejor resultado en salud, aproximando a la práctica clínica las intervenciones sobre las cuales existe evidencia concreta sobre su efectividad y seguridad.⁷

Una de estas estrategias fue la creación del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica para unificar los criterios de priorización, integración de GPC de nueva creación y de actualización, así como su difusión e implementación en las instituciones del SNS. El Comité es presidido por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS); está conformado por 21 integrantes titulares, cinco asesores permanentes y un secretariado técnico que recae en el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Al interior del Comité colaboran tres grupos de trabajo estratégicos (GTE): el GTE de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica que coordina el CENETEC; el GTE para la Difusión, Capacitación e Implementación de GPC que coordina la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE); y el GTE de Evaluación de la Aplicación de GTE que coordina la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED). Al CENETEC le corresponde unificar y encaminar los esfuerzos de las diferentes instituciones que conforman el SNS en la metodología para la integración de GPC de acuerdo a los estándares internacionales, y a través del Programa Sectorial de Guías de Práctica Clínica, consolidar a las guías como herramientas para facilitar la toma de decisiones en salud y reducir las brechas de la atención informadas en la evidencia.⁸

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Al inicio de los años noventa, se da un impulso a una herramienta como pieza clave en la medicina basada en evidencia: las Guías de Práctica Clínica. El reporte del Instituto Nacional de Medicina de Estados Unidos de Norteamérica (IOM, por sus siglas en inglés) define a las GPC como documentos que incluyen recomendaciones para optimizar la atención de los y las pacientes, las cuales, son desarrolladas mediante una revisión sistemática de la evidencia científica y la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes intervenciones en salud.⁹

Es importante reiterar que el objetivo primordial de las GPC es cerrar la brecha entre el conocimiento científico y la toma de decisiones por parte de profesionales de la salud y pacientes, apoyar en los procesos de educación médica, auxiliar a desarrolladores de políticas públicas y administradores o administradoras, para eficientar el uso de recursos y decidir sobre las tecnologías en salud más costo eficientes, y para emitir recomendaciones que den respuesta



a las necesidades en salud de las principales enfermedades que impactan a la población, para ofrecer las mejores alternativas basadas en la mejor evidencia disponible en cuanto a prevención, detección, diagnóstico o tratamiento, con el firme propósito de disminuir la variabilidad de la práctica clínica, así como facilitar la toma de decisiones y optimizar los recursos en salud.

El Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica se encuentra alojado en el sitio Web del CENETEC (<http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/>) y a partir del 2009 se han publicado diversas GPC en respuesta a problemas y programas prioritarios en salud de acuerdo al perfil epidemiológico del país.

Interoperabilidad del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica en diferentes dispositivos y gadgets



Fuente: CENETEC

CAPÍTULO III. TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA MX

Las GPC se publican en dos versiones: la Guía de Evidencias y Recomendaciones (GER) y la Guía de Referencia Rápida (GRR). La GER describe el enfoque, alcances, objetivos y preguntas clínicas a responder en la guía a través de la evidencia científica que da sustento a cada una de las recomendaciones. La GRR resume los puntos más importantes de la GER, ponderando los mecanismos de diagnóstico o tratamiento a través de algoritmos de decisión clínica, las recomendaciones clave de la guía y los cuadros o figuras que faciliten la identificación de patrones específicos de la enfermedad.¹⁰

Guía de Práctica Clínica en sus versiones: Guías de Evidencias y Recomendaciones y Guía de Referencia Rápida



Guía de Referencia Rápida y sus componentes (algoritmos de decisión clínica, recomendaciones clave y cuadros o figuras)





Cabe señalar que dentro del sitio Web que aloja el Catálogo Maestro, existen diferentes mecanismos para mantenerse informado del quehacer de las GPC. En particular se encuentra disponible el apartado de motor de búsqueda, que permite a usuarios(as) identificar de manera rápida y sencilla las GPC que resulten de interés con sólo utilizar palabras clave; el apartado de novedades, que contiene las GPC que han sido actualizadas durante el año en curso; el apartado de suscripción, el cual, mediante un registro de datos (nombre y correo electrónico) permite recibir información respecto a las GPC; y el apartado de preguntas frecuentes, donde también puede encontrarse información diversa relacionada con las GPC, así como la opción de descarga de las GPC en carpetas comprimidas por nivel de atención, especialidad o en su totalidad, con objeto de disponer de estas herramientas. En el mismo sentido, dentro del sitio Web las y los usuarios pueden interactuar por medio de preguntas y comentarios con los integrantes de la Dirección de Guías de Práctica Clínica del CENETEC, encargados de la coordinación sectorial de las GPC.

Por otra parte, la aplicación de las recomendaciones de las GPC requiere de estrategias de implementación acorde a las necesidades y posibilidades de cada institución o usuario o usuaria. Esto se realiza a través de la generación de protocolos, algoritmos u otras herramientas particulares acorde a las políticas de cada institución o usuario o usuaria.

El proceso de evaluación de la aplicación de las GPC se realiza para determinar el apego y el impacto en la toma de decisiones en la práctica clínica. Sobre el particular, la DGED ha realizado evaluaciones sobre la estrategia de difusión e implementación de las GPC, así como una encuesta sobre la experiencia en el Catálogo Maestro y la utilidad de las GPC. ^{11, 12 y 13}

SITUACIÓN ACTUAL

La estrategia del Programa Sectorial de Guías de Práctica Clínica se encuentra centrada en la actualización de las GPC del denominado Universo Prioritario, el cual está conformado por temas como: enfermedades cardiovasculares, diabetes *mellitus*, neoplasias en menores y mayores de edad, embarazo y sus complicaciones, sobrepeso y obesidad, salud mental, enfermedad renal, infecciones respiratorias agudas, infecciones diarreicas agudas, enfermedades emergentes y reemergentes, enfocadas en el primer nivel de atención, con el objetivo de mantener la vigencia de sus recomendaciones alineadas al contexto nacional para facilitar su aplicación en el SNS.



TELESALUD EN EL CONTEXTO DE LA APS-I MX. INTERCONSULTA A DISTANCIA

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones internacionales han recomendado la utilización de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) para favorecer y fortalecer la atención a la salud, especialmente los programas de telemedicina, salud móvil y sistemas electrónicos de información.¹⁴

En la 71ª Asamblea General de la OMS celebrada en agosto del 2019 se comentó la necesidad de contar con líneas de acción y estrategias para intervenciones digitales y así fortalecer los sistemas de salud, tomando en cuenta a las tecnologías no como un fin en sí mismo, sino como una herramienta para el logro de la cobertura universal, identificando las capas de la cobertura universal donde la salud digital puede tener un mayor efecto. En la “Guía de recomendaciones sobre intervenciones digitales en salud”, publicada en el 2019 por la OMS, identifican que las brechas de rendimiento del sistema de salud para lograr la cobertura universal que son más susceptibles al apoyo de las intervenciones digitales son aquellas que tienen que ver con el acceso, permitiendo la continuidad y el contacto de profesionales de la salud con el o la paciente, incrementando el acceso y la calidad de la atención al mejorar la capacidad de profesionales de la salud.¹⁵

La OMS define a la Telesalud desde 2005 como “la entrega de servicios de salud usando las TIC, específicamente cuando la distancia es un obstáculo para los servicios de la salud”.¹⁶ La Telesalud es un componente que puede utilizarse en diversos momentos de la atención al paciente y en todos los niveles, como ejemplo podemos mencionar una gama bastante amplia de apoyo de tecnologías orientadas a la colaboración entre profesionales de la salud y comunicación directa con el o la paciente para el cuidado de la salud.

La Secretaría de Salud de México, a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), establece lineamientos de infraestructura tecnológica, políticas y procesos, para incorporar y desarrollar servicios de Telesalud en el Sistema Nacional de Salud,¹⁷ atendiendo así las recomendaciones de la OMS.



PROBLEMÁTICA

Contar con recursos humanos especializados en las unidades médicas de primer nivel de atención, sobre todo en las unidades rurales, ha sido uno de los grandes retos en México y de muchos de los sistemas de salud en el mundo, debido entre varios factores a la falta de personal médico para atender de manera continua en estas unidades, a pesar de que los planes y modelos de atención contemplen la incorporación de personal capacitado en unidades médicas alejadas.

Esta falta de personal obliga a pacientes y usuarios(as) del sistema de salud a trasladarse a un segundo o mayor nivel de atención o a unidades médicas que no le corresponden, lo que da pie a un desorden en la ruta de atención con todas sus implicaciones para el sistema de salud y sobre todo para los y las pacientes. Es imperativo buscar estrategias que apoyen la capacidad resolutive de los recursos humanos existentes en el primer nivel de atención, además de contar con una infraestructura adecuada para atender la demanda, con el propósito de brindar una mejor atención a la población usuaria.

Muchas de las soluciones que ofrece la Telesalud dependen en gran medida de la infraestructura de telecomunicaciones y conocimientos en tecnologías del personal usuario. Estos puntos son frecuentemente deficientes en las zonas no urbanas y dificultan o imposibilitan la incorporación de este tipo de soluciones.

Por ello se plantea que la estrategia contemple programas de comunicación entre distintos niveles de atención utilizando tecnología con pocos requerimientos técnicos, una logística menos complicada y una mejor relación costo-beneficio, que permita efectivamente mejorar la capacidad resolutive de las y los médicos que se encuentran en estas unidades alejadas, con el apoyo de personal médico con mayor experiencia o especialidad.

PROPUESTA

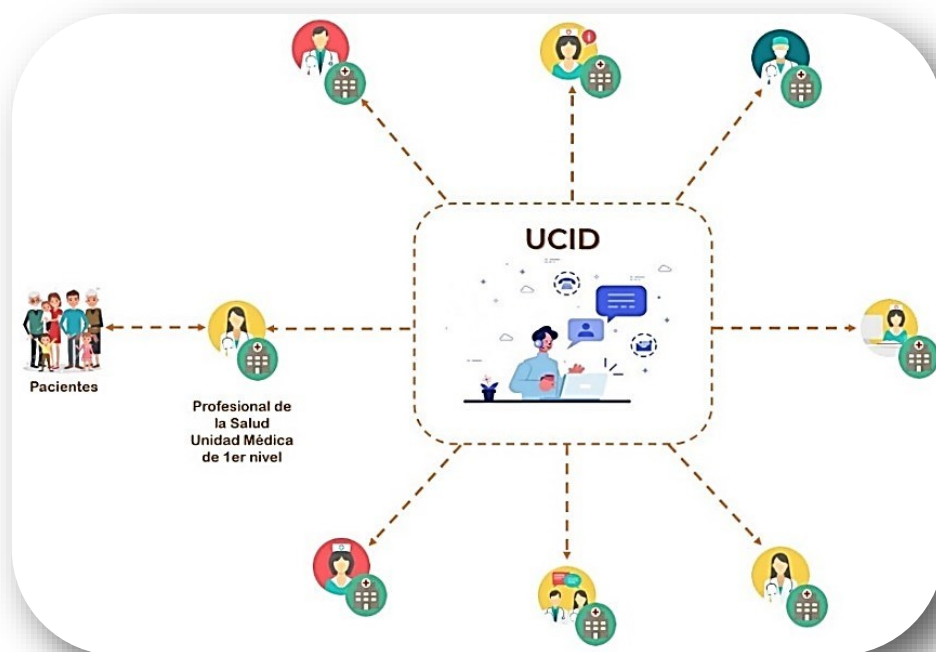
Un componente de la Telesalud que se propone como mecanismo de colaboración entre médicos(as) es la interconsulta a distancia, la cual permite la participación a distancia de personal médico especializado en la atención del o la paciente a solicitud del profesional de la salud tratante.¹⁸ Con esta propuesta se busca desarrollar un componente que permita a las unidades médicas de primer nivel de atención fortalecer la capacidad resolutive, mediante el uso de herramientas de colaboración y comunicación digitales.

Coordinados por personal encargado de los Distritos de Salud (Ds), se determinarán los casos susceptibles a ser apoyados con interconsulta a distancia en patologías y motivos de consulta más demandados en el primer nivel de atención correspondiente. Se propone una red de atención conformada por



unidades médicas de primer nivel, las cuales podrán apoyarse con una unidad de contacto para interconsulta a distancia (UCID) para recibir interconsultas a distancia en forma oportuna y resolutive (ilustración 7).

Ilustración 7.
Diagrama de la red de atención de la Unidad de Contacto para Interconsulta a Distancia



Como se mencionó, uno de los objetivos principales de este componente es apoyar la capacidad resolutive de las unidades de primer nivel de atención de cada DS que opera conforme el modelo APS-I MX. Así este componente puede iniciar con el soporte a los programas prioritarios de salud, sobre todo aquellos motivos de consulta susceptibles a ser apoyados por una interconsulta a distancia, como pueden ser: infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, obesidad), salud mental, salud reproductiva, entre otros.

El personal médico que apoye en la interconsulta a distancia se determinará conforme a las necesidades del DS y los recursos disponibles. Se recomienda que la UCID cuente con personal médico con el siguiente perfil:

- Especialidad o experiencia en el tema
- Habilidades de comunicación
- Valores profesionales, actitudes, comportamientos, ética y seguridad del paciente
- Conocimiento de las responsabilidades legales de la atención médica a través del uso de las tecnologías
- Conocimientos básicos del manejo de las tecnologías a utilizar en el proyecto.





- El médico(a) ubicado(a) en la unidad de primer nivel de atención podrá solicitar la interconsulta a distancia al personal médico especializado -o con más experiencia- ubicado en la UCID, quien atenderá el caso de interconsulta y dará respuesta sobre el manejo y tratamiento del caso presentado. La respuesta no necesariamente tendrá que ser de manera inmediata (mecanismo conocido como comunicación en tiempo real), tampoco es necesario que el o la paciente se encuentre presente en el momento de la atención. El personal médico con mayor experiencia apoyarán mediante interconsultas usando diferentes tecnologías de comunicación, con base a los componentes tecnológicos y colaborativos ¹⁹ los cuales se mencionan más adelante. En el proceso de interconsulta a distancia, el o la solicitante de la orientación en el manejo del o la paciente y que se encuentra en contacto sigue siendo el responsable del tratamiento del o la paciente.

Se recomienda que desde el inicio de operaciones se determinen las acciones y tipo de apoyo que se otorgarán con el fin de evitar llamadas innecesarias y fuera de contexto. Es necesario indicar a las o los usuarios los alcances del apoyo a otorgar para no crear falsas expectativas ni figuras utópicas. Es también recomendable establecer una serie de actividades de coordinación y administración. ²⁰

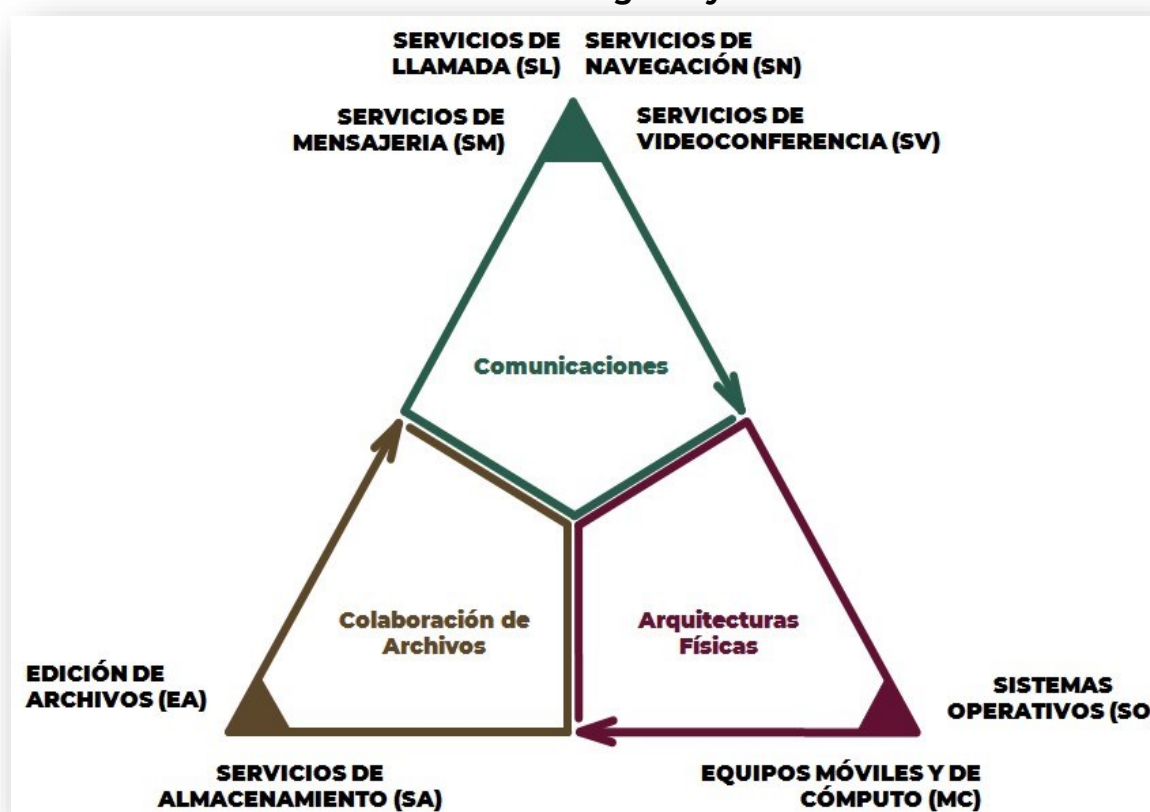
- Contar con una o un coordinador general para administrar, supervisar y gestionar el componente de Telesalud, quien fungirá como responsable del programa. Realizar reuniones previas al inicio del programa con el personal médico involucrado a fin de explicar y solventar dudas sobre la operación de los servicios de Telesalud.
- Establecer los motivos de consulta susceptibles de ser apoyados por la interconsulta a distancia.
- Establecer días y horarios de atención precisos de acuerdo a los recursos existentes.
- Crear una agenda y registro de los datos de contacto de los o las responsables de cada unidad médica, así como, del personal médico que realizará las interconsultas.
- Desarrollar controles de seguridad de la información para autenticar las solicitudes de interconsulta del personal médico.
- Establecer formatos de comunicación que faciliten la interacción entre el personal médico involucrado, donde quede el registro sobre el motivo, resultado y seguimiento de la interconsulta otorgada, así como del registro de las solicitudes de interconsulta recibidas y atendidas.
- Se debe de crear un mecanismo de evaluación al menos semestral para determinar acciones de mejora.

Para establecer comunicación es necesario utilizar las TIC a través de sus diferentes modalidades, como son llamadas telefónicas, videoconferencia, mensajería, edición de archivos y almacenamiento, también uso de dispositivos de telecomunicaciones y sistemas operativos, como se representa en la ilustración 8.



El tipo de tecnología a utilizar dependerá de la disponible en la unidad de primer nivel de atención. Si se cuenta únicamente con un teléfono fijo, el apoyo será mediante una llamada telefónica, si se cuentan con más instrumentos como un teléfono inteligente e Internet, se utilizará el envío de archivos multimedia. Si se cuenta con mayor infraestructura se puede incorporar soluciones para videoconferencia. Con el fin de elegir la tecnología adecuada para la interconsulta el CENETEC ofrece asesoría técnica y acompañamiento para la implementación.

Ilustración 8.
Herramientas tecnológicas y colaborativas



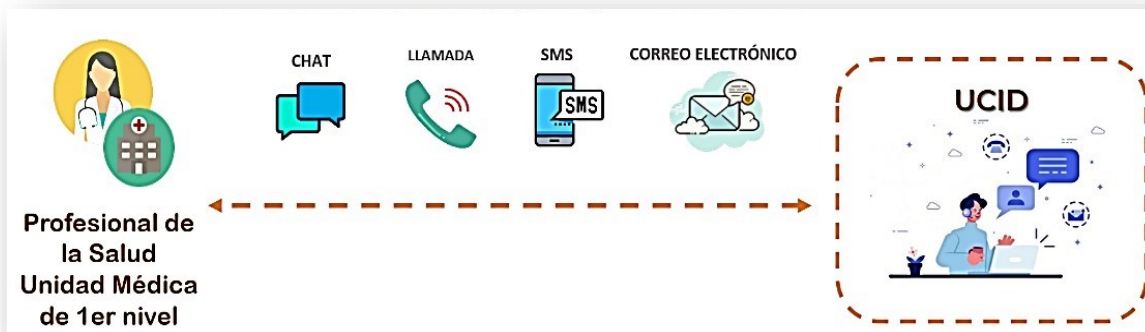
Las herramientas sobre las que se basa la interconsulta a distancia se dividen para una mejor identificación y descripción de la tecnología, en tres grupos principales: comunicaciones, arquitecturas físicas y colaboración de archivos:

- Comunicaciones: comprende tecnologías necesarias para la comunicación, servicios de llamada, mensajería, navegación y videoconferencia
- Colaboración de archivos: comprende tecnologías necesarias para el envío, recepción y almacenamiento de información, servicios de almacenamiento y edición de archivos
- Arquitecturas físicas: comprende tecnologías necesarias para la ejecución: equipos móviles y de cómputo, y sistemas operativos.



Es necesario que exista al menos un componente de cada grupo, para lo cual es importante identificar grupos de tecnologías que permitan una colaboración efectiva en salud; es probable que ya se cuente con ellas o la inversión para tenerlas sea mínima. La ilustración 9 representa una UCID con elementos tecnológicos colaborativos generales.

Ilustración 9.
**Componentes Tecnológicos y Colaborativos de apoyo para la
unidad de contacto para interconsulta a distancia**



La propuesta de la interconsulta a distancia busca utilizar la infraestructura y tecnología ya existente y en buenas condiciones. Si bien no es necesario que todo el personal médico que apoya en la interconsulta a distancia se ubiquen físicamente en un mismo lugar, ni al mismo tiempo, se recomienda que exista una unidad de control y desde donde se administren las actividades del UCID.

Se recomienda que el personal médico interconsultante cuente de preferencia con un cubículo dentro de una oficina o consultorio, aislado de ruido externo y de preferencia de uso exclusivo a fin de asegurar la privacidad y correcta operatividad del servicio. Se recomienda contar con el siguiente mobiliario mínimo para cada profesional:

- Escritorio ergonómico
- Silla ergonómica para escritorio
- Archivero con llave.

Ilustración 10.
**Cubículo de la Unidad de Contacto
para Interconsulta a Distancia**



CAPÍTULO III. TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA MX

Por último, es importante mencionar que la interconsulta a distancia permite la participación de profesionales de la salud en general y no solamente de médicos y/o médicas tanto en las unidades de primer nivel de atención como desde la UCID. Las interconsultas pueden desarrollarse entre:

- Médico(a) general a médico(a) especialista
- Médico(a) pasante a médico(a) general con mayor experiencia
- Licenciado(a) en enfermería a médico(a) general
- Médico(a) general a licenciado(a) en nutrición
- Médico(a) general a psicólogo(a).

Para dudas sobre los procesos descritos y asesoría sobre la implementación de interconsulta a distancia puede dirigirse al CENETEC (<https://www.gob.mx/salud/cenetec>).





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ "WHA 60.29 Health Technologies". OMS, 2007. [Consultado el 15 de enero de 2020]. Disponible en línea: http://www.who.int/healthsystems/WHA60_29.pdf
- ² Medical Devices. Management and Use. OMS, 2020. [Consultado el 15 de enero de 2020]. Disponible en línea en: https://www.who.int/medical_devices/management_use/en/
- ³ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Secretaría de Salud. México, 2020 [Consultado el 15 de enero de 2020]. Disponible en línea en: <https://www.gob.mx/salud/cenetec>
- ⁴ Atención primaria de salud integral e integrada APS-I MX: La propuesta metodológica y operativa. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. México, 2020. [Pag. 34]
- ⁵ Introducción al programa de mantenimiento de equipos médicos. oms, 2012. [Consultado el 19 de marzo de 2020]. Disponible en línea en <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21566es/s21566es.pdf>
- ⁶ Florez ID, Browers MC. Knowledge translation: Role of the clinical practice guidelines. Suplemento IATREA 2016, 29(4): S-136-S150
- ⁷ Metodología para la integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: Secretaría de Salud; 2015. Liga: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/METODOLOGIA_GPC.pdf. Fecha de consulta 20 de marzo de 2020.
- ⁸ Sosa-García JO, Nieves-Hernández P, Puentes-Rosas E, Pineda-Pérez D, Viniegra-Osorio A, Torres-Arreola L del P, et al. Experience of the Mexican National Health System in the development of clinical practice guidelines. Cir Cir. 2016;84(2):173-179
- ⁹ Graham R, Mancher M, Miller WD, Greenfield S, Steinberg E. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. ISBN-13: 978-0-309-16422-1
- ¹⁰ Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: Secretaría de Salud; 2020. Liga: <http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/>. Fecha de consulta 19 de marzo de 2020.
- ¹¹ Evaluación de la difusión e implementación Guías de Práctica Clínica: Secretaría de Salud; 2012. Liga: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/GPC_IF.pdf. Fecha de consulta 20 de marzo de 2020.



CAPÍTULO III. TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA MX

- ¹² Evaluación 2014 de la Estrategia de implantación de Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud: Secretaría de Salud; 2014. Liga: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/GPC14_IF.pdf. Fecha de consulta 20 de marzo de 2020.
- ¹³ Encuesta sobre experiencia en Catálogo Maestro y utilidad de Guías de Práctica Clínica (2018): Secretaría de Salud; 2018. Liga: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/529529/Informe_de_las_Encuestas_2018_en_materia_de_Guías_de_Práctica Clínica.pdf. Fecha de consulta 20 de marzo de 2020.
- ¹⁴ World Health Organization. Guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra, Suiza : Organización Mundial de la Salud, 2019.
- ¹⁵ World Health Organization. mSalud Uso de tecnologías digitales apropiadas en la salud pública. Ginebra Suiza : OMS, 2018.
- ¹⁶ Organización Panamericana de la Salud. eSalud OPS. [En línea] 16 de 03 de 2020. https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=9684:telehealth&Itemid=193&lang=es.
- ¹⁷ Secretaría de Salud Federal. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Cd Mex.: Secretaria de Salud, 2010.
- ¹⁸ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. Cd. Mex : s.n., 2012.
- ¹⁹ World Health Organization. Global Strategy on Digital Health 2020-2024. Ginebra, Suiza : s.n., 2019.
- ²⁰ World Health Organization. Conjunto de herramientas para una estrategia de eSalud nacional. Ginebra, Suiza: WHO, 2012.

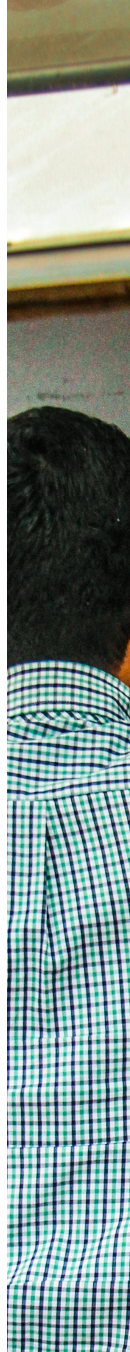




TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1.	Tareas y responsables comunes para la incorporación de tecnología
Ilustración 2.	Problemas generados por falta de planeación de equipo médico
Ilustración 3.	Procesos de la gestión de equipo médico
Ilustración 4.	Organización funcional para responsables de la gestión de equipos médicos
Ilustración 5.	Propuesta de estructura orgánica Distrito de Salud
Ilustración 6.	Actividades de gestión de equipos médicos conforme a nivel operativo.....
Ilustración 7.	Diagrama de la red de atención de la Unidad de Contacto para Interconsulta a Distancia.....
Ilustración 8.	Herramientas tecnológicas y colaborativas.....
Ilustración 9.	Componentes Tecnológicos y Colaborativos de apoyo para la unidad de contacto para interconsulta a distancia
Ilustración 10.	Cubículo de la Unidad de Contacto para Interconsulta a Distancia.....





CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD





CRÉDITOS

Coordinación General

DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

DRA. ELSA LADRÓN DE GUEVARA

Directora General de Evaluación del Desempeño (DGED)

Colaboradores

DRA. MIRNA HEBRERO MARTÍNEZ

MTRO. IBELCAR MOLINA MANDUJANO

MTRO. DELFINO CAMPOS DÍAZ

MTRA. ANA ROSA RAMÍREZ HERRERA

MTRO. ADRIÁN SOLÍS ESCOBAR

LIC. JOSUÉ ALFREDO ÁVILA BAUTISTA

C. HAYDEÉ MARTÍNEZ OJEDA

LIC. FELICITAS BEATRIZ SILVA ROLDÁN

C. MARLEN ARIZAGA JIMÉNEZ

C. ARELI GUTIÉRREZ CAMARGO

LIC. ROSALINDA BAÑUELOS UBALDO,

LIC. DANIEL ALCÁNTARA RICO

MTRA. MARTHA PATRICIA OLIVARES TREJO

LIC. YULIANA MARTÍNEZ HERRERA

LIC. FRANCISCO YAIR CAMPOS RÍOS



INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) debe estar fundamentada en evidencia suficiente y oportuna, de manera que permita una adecuada formulación de políticas sanitarias, la gestión y la prestación de servicios de salud suficientes, oportunos y de calidad, así como la instrumentación de programas que atiendan las condiciones epidemiológicas e impulsen el control de sus determinantes sociales.

Dicha evidencia emana del proceso de evaluación, el cual es un elemento fundamental en la planeación que permite alcanzar los objetivos y metas, garantizando el uso racional y justo de los recursos.

Hoy en día existe una debilidad e insuficiencia normativa que fundamente la realización de procesos de evaluación en las instituciones de salud. Por ello resulta de importancia vital el pleno reconocimiento de la utilidad de estos procesos, ya que su presencia a lo largo de los espacios de planeación, garantiza que la toma de decisiones y de acciones realmente contribuyan a mejorar las condiciones de salud de las y los mexicanos y cumplir así con la garantía del Artículo 4º constitucional, en lo correspondiente al derecho a la protección de la salud.

En muchas ocasiones se interpretan los procesos de evaluación como actividades de fiscalización, lo cual es erróneo, ya que la evaluación pretende generar las herramientas básicas para fortalecer el desarrollo de políticas, servicios y programas, nunca con fines punitivos; por lo anterior, es evidente que es necesario contar con voluntad política en cada institución de salud, así como con una firme y afianzada rectoría, para vencer las resistencias institucionales, generar y compartir información que permita orientar las rutas y las acciones, para transparentar el compromiso institucional del derecho a la protección de la salud. Desde esta perspectiva se identifica la utilidad de la evidencia como el mejor camino para lograr los mejores resultados.

Una de las competencias de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud es la rectoría en salud, la cual nos permite avanzar en la instauración de una normatividad clara y pertinente, así como en la conformación de un Comité Nacional de Evaluación en Salud, que tenga la representatividad de todas las instituciones de salud, sean estas de orden federal, estatal, del sector social o del privado.



¿QUÉ ES LA RECTORÍA EN SALUD?

La RECTORÍA es la capacidad del Estado para conducir el SNS y asumir responsabilidad por la salud y el bienestar de la población, mediante la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud.

Por GOBERNANZA se entienden los arreglos institucionales que regulan a las y los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud.

Figura 1.
Dimensiones de la Rectoría en Salud



Fuente: OPS. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. Washington DC. 2002

Por lo anterior, rectoría y gobernanza son dos condiciones que favorecen el avance en los procesos de evaluación, ya que su existencia permite fomentar las bases de orden normativo, organizacional y técnico para seguir avanzando en la formulación, instrumentación y ejecución de estos procesos.



¿QUÉ ES LA EVALUACIÓN?

Es el análisis sistemático y objetivo de programas o políticas en curso, que se efectúa con el propósito de determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, la eficiencia, eficacia en el uso de los recursos, así como, el impacto y sostenibilidad de estos programas o políticas, aportando información fidedigna y útil sobre los resultados obtenidos, que permita mejorar el proceso de toma de decisiones.

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN

La evaluación permite:

- Determinar la congruencia de los objetivos con el problema que trata de atender.
- Analizar la pertinencia de las metas y la programación de las actividades en relación con los objetivos.
- Determinar la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos de las acciones programáticas.
- Medir la sostenibilidad e impacto de los objetivos.
- Aportar información fidedigna y útil sobre los resultados obtenidos, que proporcione a los responsables de los programas, elementos sustentados que le permitan tomar decisiones encaminadas a mejorar el desempeño de los mismos.
- Identificar áreas de oportunidad de los programas para formular aspectos susceptibles de mejora, a los cuales se den seguimiento.
- Generar información sobre el logro de los programas para mejorar la asignación presupuestaria.
- Difundir los resultados de los programas hacia la ciudadanía y facilitar la rendición de cuentas.

Por todo lo anterior, la evaluación contribuye de manera definitiva en el mejoramiento de los procesos de planeación, así como al logro de resultados, además, promueve la transparencia y rendición de cuentas en el uso de los recursos públicos.

NORMATIVIDAD APLICABLE A LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS

Actualmente existen algunas bases normativas para instaurar procesos de evaluación. Estas bases están establecidas en los artículos 26 y 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; en los artículos 3 fracción





III, 7 fracción IV, 13 apartado B fracción I *bis* y 77 bis fracción XVII de la Ley General de Salud; 17 bis fracción III, apartado c, inciso i y 39 fracción VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 7, 25 fracción III, 27 párrafo 2 y 78 de Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), en la Ley de Coordinación Fiscal y en la Ley General de Contabilidad Gubernamental, así como en el Programa Anual de Evaluación (PAE) suscrito de manera conjunta por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de la Función Pública (SFP) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). A través de este marco jurídico se han establecido algunos elementos de la evaluación en algunos ámbitos y niveles de gobierno.

Asimismo, la evaluación se encuentra fundamentada en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (ss), así como en el Eje de Política Social, objetivo de Salud para Toda la Población, del Plan Nacional de Desarrollo 2019–2024.

El Programa Anual de Evaluación de los Programas Federales y de los Fondos de Aportaciones Federales, determina las actividades que deben realizar las áreas de evaluación, así como el tipo de evaluación a realizar.

Cuadro 1.
Tipos de evaluaciones

Etapas	Tipo de evaluación	Objetivo
Proyecto	Diseño	Conocer si su esquema actual contribuye a la solución del problema para el cual fue creado
Consolidación y maduración	Consistencia	Analizar la capacidad institucional, organizacional y de gestión de un programa
	Procesos	Analizar mediante trabajo de campo si el programa lleva a cabo sus procesos operativos de manera eficaz y eficiente y si contribuye al mejoramiento de la gestión
Resultados	Desempeño	Mostrar el avance en el cumplimiento de los objetivos y metas programadas de los programas mediante el análisis de indicadores de resultados, de servicios y de gestión
	Impacto	Medir, mediante el uso de metodologías rigurosas, los efectos que un programa puede tener sobre su población beneficiaria y conocer si dichos efectos son en realidad atribuibles a su intervención
	Costo - Efectividad	Analizar el costo de la intervención y los resultados que se obtuvieron (ex post), a través del uso de metodologías cuantitativas y cualitativas rigurosas que provean de resultados que permitan comparar el costo

Fuente: Elaboración propia con información de la Unidad de Evaluación del Desempeño, SHCP (2015)



CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Como se observa en el cuadro anterior, el proceso de evaluación se puede aplicar en diferentes momentos de la planeación y, en todos y cada uno de ellos, es capaz de aportar elementos importantes para garantizar que las acciones que se están desarrollando sean las correctas para alcanzar los objetivos y, por ende, para modificar el problema que se quiere abatir, así como para demostrar el uso correcto de los recursos asignados.

Desde esta perspectiva, es posible asumir que la evaluación y la fiscalización, son dos procesos que se basan en el uso de la información, pero cuyo propósito es sumamente diferente. A continuación, se presentan algunos elementos que permiten la precisión de éstos conceptos y en donde se observa con mayor claridad la diferenciación del fin último de cada uno de ellos.

**Cuadro 2.
Evaluación vs fiscalización**

Elemento	Evaluación	Fiscalización	
	SHCP-CONEVAL	SFP	ASF
Actores involucrados	Externos: Organismos evaluadores contratados por dependencias y entidades, bajo la coordinación de la SHCP y CONEVAL	Interno: La Secretaría de la Función Pública a través de los Órganos Internos de Control de cada dependencia y entidad	Externos: Auditoría Superior de la Federación. Funciona como contrapeso del Poder Ejecutivo Federal
Resultados o productos	Informes de evaluación: • Hallazgos • Recomendaciones	Informes de auditoría: • Recomendación al desempeño • Solicitud de aclaración • Pliego de observaciones	Informes de auditoría: • Recomendación al desempeño • Solicitud de aclaración • Pliego de observaciones
Medidas preventivas y correctivas	Formalización y seguimiento de Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM)	• Observaciones • Denuncias • Sanciones	• Promoción del ejercicio de la facultad de comprobación fiscal • Promoción de responsabilidad administrativa sancionatoria • Denuncia de hechos
Poder de la Unión al que pertenece	Poder Ejecutivo Federal		Poder Legislativo Federal

Fuente: Elaboración propia con información de la Unidad de Evaluación del Desempeño, SHCP (2015)



Cuadro 3.
Diferencia entre la evaluación y la fiscalización

Evaluación	Fiscalización
A través de la evaluación se conoce el impacto de las políticas públicas en la población	Con la fiscalización se conoce los resultados en las finanzas públicas, así como el control de la legalidad
Requiere del diseño de metodologías rigurosas con enfoque social	Usa herramientas propias de la Contabilidad
Implica un esquema mucho más participativo, desde su planificación hasta su ejecución y resultados	Se realiza a través de un equipo de personas que actúan después de la ejecución del programa para conocer el cumplimiento de la normatividad
La evaluación consiste en comprender procesos de la política pública para realizar cambios que permitan obtener un mejor resultado	La fiscalización consiste en verificar que no existan irregularidades financieras en la política pública
La evaluación es un proceso continuo y forma parte del ciclo de planeación	La auditoría viene después del ciclo de planeación y es independiente de ella

Fuente: Elaboración propia con información de la Unidad de Evaluación del Desempeño, SHCP (2015)

Si bien estos elementos proceden de las estructuras oficiales y de la normatividad vigente, es evidente que la evaluación y la fiscalización tienen fundamentos y propósitos diferentes.

¿POR QUÉ SEGUIR AVANZANDO EN LOS PROCESOS DE EVALUACIÓN?

Es innegable que aún se requiere seguir avanzando para que la evaluación se extienda a todas las instituciones que conforman el SNS y llegue a todas las capas de atención, es decir que incluya las unidades de consulta externa, las de hospitalización básica, los hospitales generales y de especialidades y a los hospitales de alta especialidad, ya que es a través de estas instancias que se operan todos los programas orientados a mejorar las condiciones de salud de la población.

También es evidente que las políticas actuales implementadas por la SHCP y el CONEVAL en torno a la evaluación en salud, responden a dos premisas fundamentales: el uso correcto de los recursos públicos y el mejoramiento de las condiciones sociales de la población, ambas sin duda necesarias, pero insuficientes si queremos lograr avances sustantivos. En parte el problema fundamental se desprende de la actual metodología instrumentada por estas instancias: el *Marco Lógico*, metodología oficializada que si bien es efectiva para el análisis de problemas lineales (problemas simples de causa-efecto), resulta



CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

insuficiente para abordar los problemas de salud, los cuales se caracterizan por ser multifactoriales y en donde el peso de cada factor tiende a ser desconocido en la mayoría de las ocasiones o incluso variable. Esta metodología se desarrolló por una consultora de la Agencia Internacional para el Desarrollo (USAID) y posteriormente es adoptada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y otros organismos internacionales, así como por los gobiernos de varios países latinoamericanos.

Las circunstancias antes señaladas impelen a buscar otras alternativas metodológicas como, por ejemplo, el modelo de evaluación de *Avedis Donabedian* publicado en su libro *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. En él se exponen varias estrategias de evaluación que permiten el reconocimiento de la calidad de la atención relacionada con la disposición de los elementos de la estructura (infraestructura física, recursos humanos e insumos, entre otros). De igual manera se abordan aspectos relacionados con la evaluación de los procesos y su calidad en donde se consideran la dimensión técnica y la dimensión interpersonal de la actuación del personal de salud, así como la eficiencia en el uso de los recursos. Por último, este modelo plantea la evaluación de los resultados cuya razón de ser es precisamente la modificación del problema que se atiende.

Otra posibilidad metodológica es la que se deriva de la *Planeación Estratégica Situacional*, implementada y puesta en marcha en Chile por Carlos Matus y retomada por la Organización Panamericana de la Salud para el desarrollo de varios ejercicios de planeación. Esta metodología plantea como elemento fundamental el papel que desempeñan los actores sociales vinculados tanto al problema a resolver, como a los propios procesos de planeación y programación. Esto implica que entre la planeación y la realidad concreta pueden existir brechas que exigen un monitoreo constante que ayude a evaluar el grado de avance y de intervención de los diferentes actores sociales y, por ende, rehacer los cálculos a tiempo y cada vez que las circunstancias lo ameriten. Por ello el contar con un sistema eficaz de monitoreo y evaluación de los indicadores relevantes resulta imprescindible. Esta metodología es muy ágil en su desarrollo y bajo las circunstancias que se van presentando, es posible la corrección y el acercamiento a la imagen objetivo deseada.

Como se observa en los renglones anteriores, no se trata de imponer una metodología en particular. La intención de este documento es el de realizar una invitación para que las y los responsables de los servicios de salud en sus diferentes capas de atención y en sus diferentes niveles de gobierno, incorporen la evaluación como la mejor herramienta para impulsar sus servicios y lograr avanzar en la disminución de brechas en el campo de la salud.

A continuación, y a manera de muestra, planteamos el ejercicio de un proceso de evaluación que involucra dos capas de atención y varios padecimientos.





ANÁLISIS INDICADOR HOSPITALIZACIONES EVITABLES

Este componente tiene por objetivo aportar información a las instituciones públicas de salud, desde el ámbito nacional hasta el local, con el mayor nivel de desagregación posible para identificar cuáles son las principales causas de enfermedad en las que se deben fortalecer la atención en las unidades de consulta externa, a partir de los resultados obtenidos en el indicador denominado hospitalizaciones evitables.

Las condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (CSCA) son causas de atención para las cuales las unidades de consulta externa tienen la capacidad potencial para evitar que ocurra hospitalización innecesaria o evitables. En ese sentido el porcentaje de hospitalizaciones evitables es un indicador que sirve como medida indirecta del desempeño de estas unidades, las cuales están dentro del área de responsabilidad de la unidad hospitalaria a la cual refieren y del Distrito de Salud al cual pertenecen. Esta noción es fundamento del presente análisis, ya que en el marco de la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), este indicador da cuenta del desempeño del segmento de red conformado por un hospital o equivalente (nodo de red) y un grupo de unidades de la primera capa de atención vinculadas al mismo. De tal manera que, cuando un hospital comunitario, clínica hospital o equivalente deja de atender padecimientos que deben ser atendidos en consulta externa, y en el supuesto de que se fortalezca esta capa de atención con los programas planeados de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y medicamentos, dicho cambio reflejará las mejoras en la atención en las unidades de salud de consulta externa.

Conocer los niveles del indicador y las principales causas con el mayor nivel de desagregación posible permitirá aportar evidencia para orientar las acciones hacia el fortalecimiento de la atención en las unidades de consulta externa e identificar prioridades.

El indicador fue construido a partir de los egresos hospitalarios de más de mil unidades de las principales instituciones públicas del sector salud que registraron datos en 2016 y 20 causas fueron consideradas CSCA.



CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Cuadro 4.
Número de unidades por Institución pública incluidas en la medición del porcentaje de hospitalizaciones evitables a nivel nacional, 2016

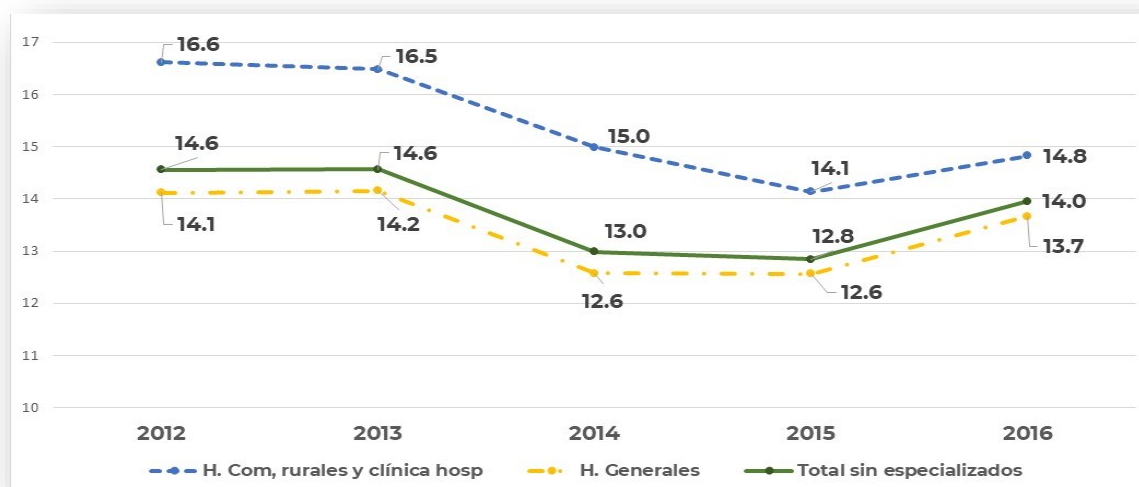
INSTITUCIÓN	UNIDADES	ENTIDADES
SS	600	32
IMSS	254	31
ISSSTE	116	29
IMSS -Bienestar (en 2016 Prospera)	80	19
SEMAR	30	17
SME	1	1
Total	1,081	32

Fuente: DGED con datos de Egresos Sectoriales 2016 disponibles en DGIS

RESULTADOS A NIVEL NACIONAL Y POR INSTITUCIÓN

De los egresos hospitalarios a nivel nacional el 13.9% se clasificaron como hospitalizaciones evitables para el año 2016. Si bien se observa en la gráfica siguiente que del año 2012 a 2015 hubo un descenso en el indicador. En 2016 se observa un repunte, lo cual en comparación con 2012 representa una disminución cercana al cinco por ciento en el indicador. Es importante considerar que la cifra en 2016 es el año base que se va a considerar como punto de partida para monitorear el desempeño de las unidades de consulta externa, en especial este porcentaje será de suma utilidad analizarlo a partir de la implementación del Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada en México (APS-I-MX).

Gráfica 1.
Porcentaje de hospitalizaciones evitables en hospitales no especializados 2012-2016

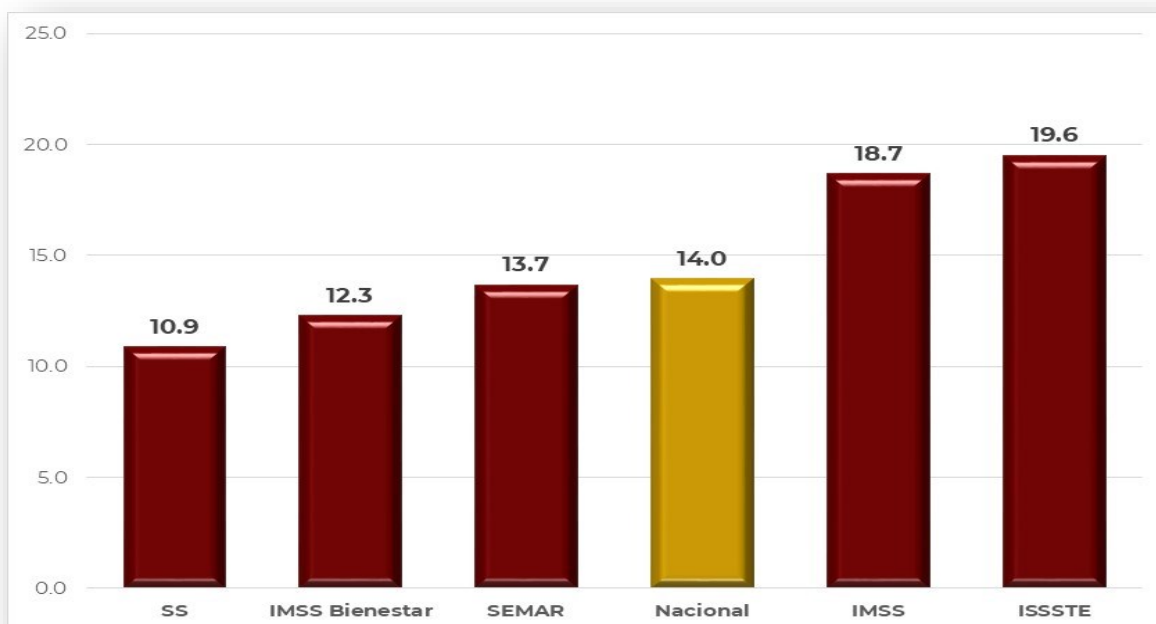


Fuente: DGED con datos de Egresos Sectoriales 2012-2016 disponibles en DGIS.

Vale la pena mencionar que el indicador obtenido sólo considera información para hospitales no especializados, ya que estos son las unidades que conforman esta capa de atención. Al respecto los resultados por estos dos grandes grupos muestran que los hospitales integrales, comunitarios, rurales o clínicas con hospitalización registran un mayor porcentaje de hospitalizaciones evitables, situación que tiene que ser analizada para focalizar acciones de mejoras integrales, pues son unidades con menos recursos y capacidad resolutive.

Los resultados por institución (gráfica 2) muestran que los mayores porcentajes se localizan por arriba del nivel nacional en más de cinco puntos porcentuales en dos instituciones, IMSS con una tasa de 18.7% e ISSSTE con 19.6%. En cuanto a las instituciones que se ubican por debajo del nivel nacional, se habrá de tomar en consideración que, en el caso particular de la Secretaría de Salud el porcentaje muestra niveles bajos no necesariamente asociado a una mejor atención en las unidades de consulta externa, pues a partir de los diagnósticos y visitas de campo realizadas en 2019 se identificó una problemática en cuanto a la capacidad resolutive de las unidades hospitalarias, principalmente en los hospitales integrales o comunitarios. Una explicación más plausible es que la población sin seguridad social con o sin seguro popular en 2016 buscaba atención hospitalaria en servicios privados en mayor medida que el resto de las instituciones, con excepción de la población afiliada al ISSSTE, según datos de ENSANUT 2012 (figura 2).

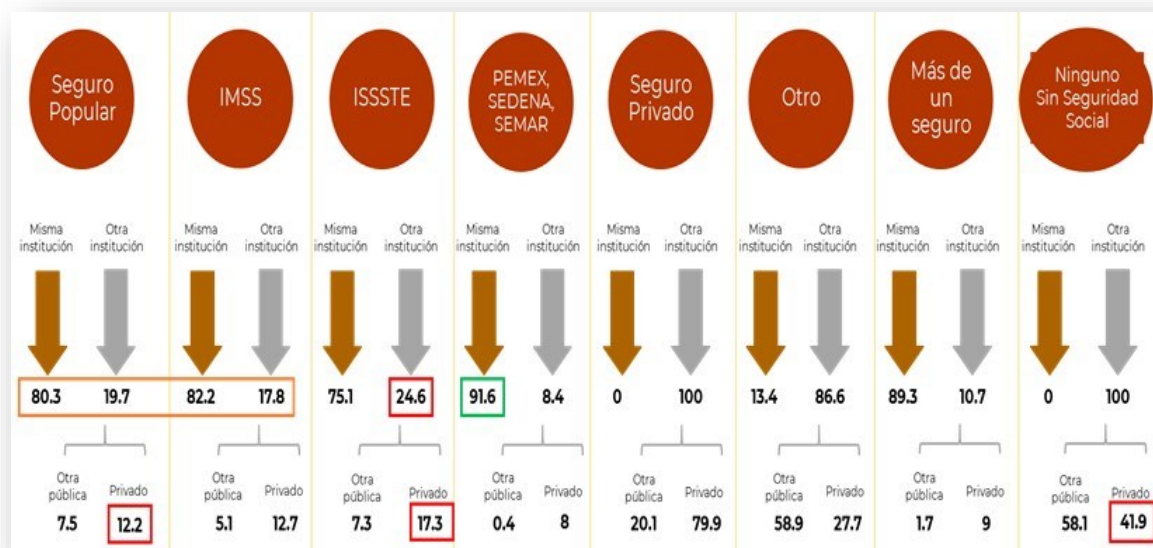
Gráfica 2.
Porcentaje de hospitalizaciones evitables en hospitales no especializados por institución en 2016



Fuente: DGED con datos de Egresos Sectoriales 2016 disponibles en DGIS

CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Figura 2.
Demanda de atención hospitalaria según institución de afiliación 2012



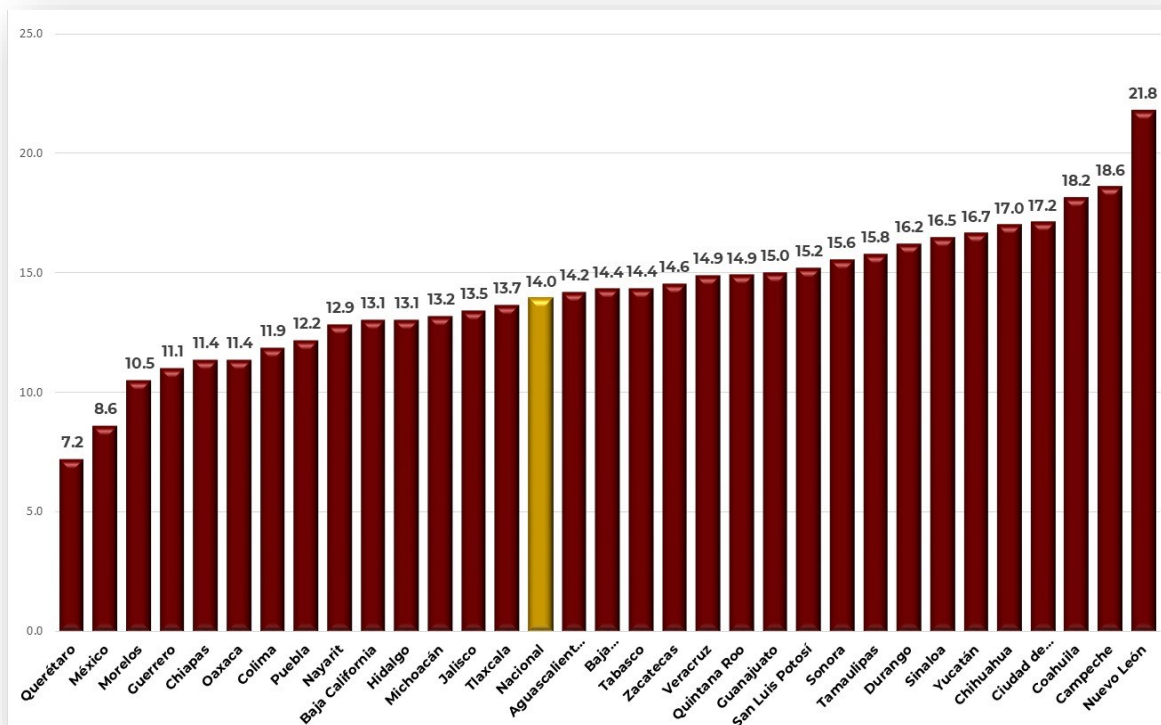
Fuente: DGED con datos de ENSANUT 2012

El análisis por sexo muestra un mayor porcentaje de hospitalizaciones en hombres con 19.6% en comparación a un 11.3% de las mujeres. Ello motiva a recomendar se fortalezcan la atención con un enfoque de género buscando estrategias complementarias, tanto preventivas y de autocuidado de la salud para los hombres con un enfoque orientado a los centros de trabajo, partiendo del hecho documentado en estudios de género y salud, de que los hombres asisten en mucho menor medida a solicitar atención directamente en las unidades de consulta externa y llegan a los servicios de hospitalización con problemas más complejos, lo cual se refleja en el indicador.

ANÁLISIS POR ENTIDAD FEDERATIVA

De acuerdo a los resultados obtenidos por entidad (gráfica 3) se observan dos escenarios: uno con 15 entidades con porcentajes menores al nacional (14.0%) del cual destacan tres: Querétaro (6.8%), Estado de México (8.6%) y Morelos (10.5%) y; otro, con 17 entidades con tasas mayores al nacional. En este grupo, Nuevo León muestra la tasa más elevada con 21.8% casi ocho puntos más que el nacional seguido de Campeche (18.6%) y Coahuila (18.2%) en el agregado de las 20 causas incluidas.

Gráfica 3.
Porcentaje de hospitalizaciones evitables en hospitales no especializados por institución en 2016



Fuente: DGED con datos de Egresos Sectoriales 2016 disponibles en DGIS

ANÁLISIS POR CAUSAS POR ENTIDAD FEDERATIVA

En cuanto al análisis por causas, el indicador incluye 20 causas posibles, de las cuales cinco representan el 55.0% del total. Sin embargo, la causa que definitivamente sobresale es la diabetes *Mellitus* que en 2016 representó el 22.7% del total estimado de las hospitalizaciones evitables.

Las diez principales causas donde se requiere fortalecer la atención en las unidades de consulta externa y que son las causantes del 85.0% a nivel nacional se observa en el cuadro siguiente



CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Cuadro 5.
Distribución porcentual de egresos por hospitalizaciones evitables a nivel nacional, 2016

Causa	Total de egresos Nacional	%
Diabetes <i>Mellitus</i>	117,350	22.3
Infección renal y de vías urinarias	48,950	9.3
Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	48,886	9.3
Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	40,943	7.8
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	38,469	7.3
Enfermedades cerebrovasculares	33,666	6.4
Úlcera del aparato digestivo	32,518	6.2
Infección de la piel y el tejido subcutáneo	32,421	6.2
Hipertensión	30,235	5.7
Insuficiencia Cardíaca	22,562	4.3
Asma	15,972	3.0
Infecciones de oídos, nariz y garganta	14,078	2.7
Epilepsia	14,066	2.7
Enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos femeninos	9,971	1.9
Insuficiencia Cardíaca Congestiva	9,499	1.8
Neumonía bacteriana	6,851	1.3
Afecciones prevenibles incluidas fiebre reumática, sífilis, tuberculosis y tuberculosis pulmonar	4,507	0.9
Deficiencias nutricionales	2,792	0.5
Anemia	1,987	0.4
Vacuna	1,172	0.2
Total	526,895	100.0

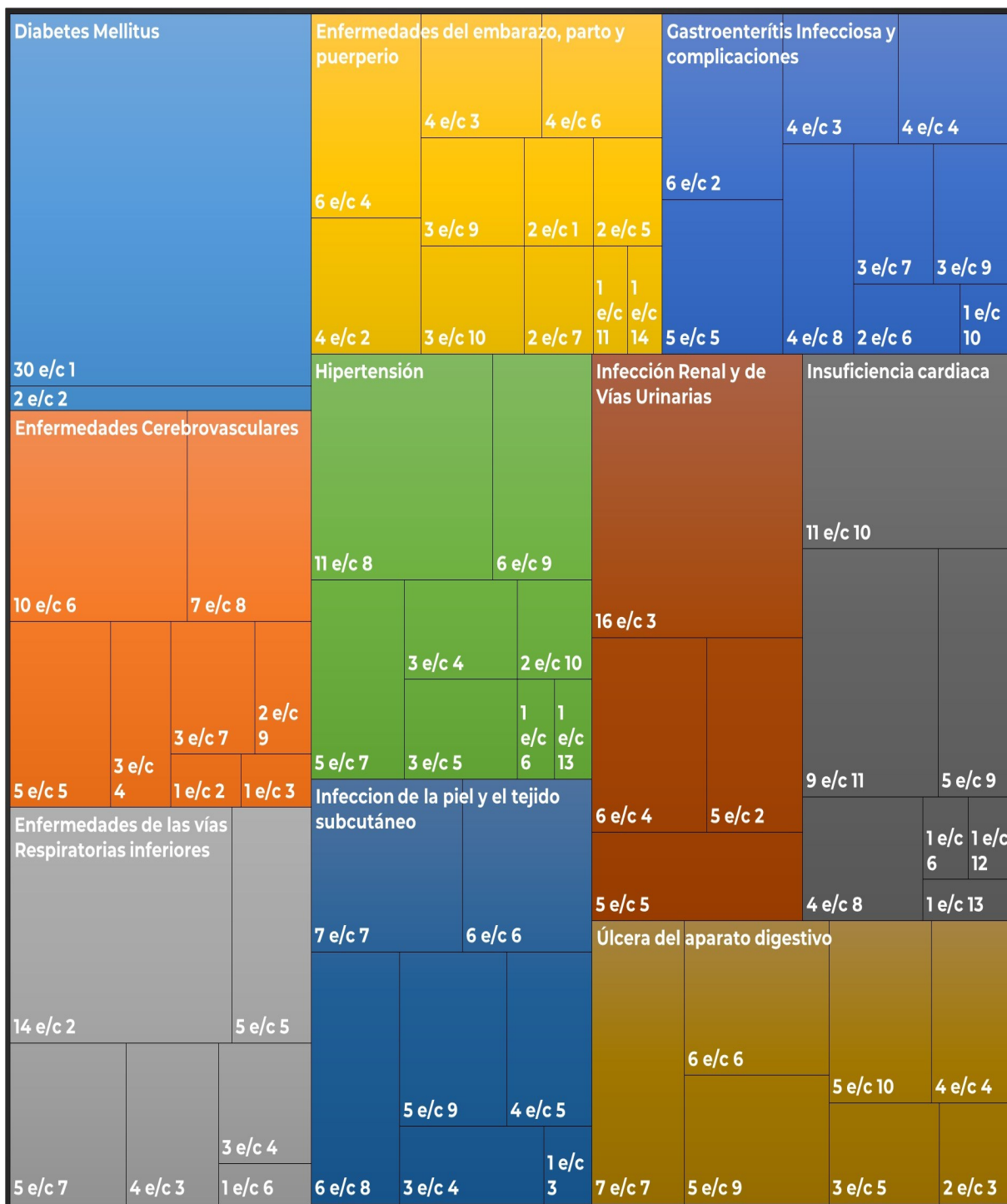
Fuente: DGED con datos de Egresos Sectoriales 2016 disponibles en DGIS

La gráfica-4 de la página siguiente, muestra que la diabetes representa la primera causa de hospitalizaciones evitables en 30 entidad y la segunda en las otras dos; las enfermedades de las vías respiratorias inferiores la segunda causa evitable en 14 entidades y en otras 12 entidades representa la causa de tres a la cinco en orden de importancia.

Las causas más importantes para cada entidad se distribuyen de la siguiente forma. La **diabetes Mellitus** representa la causa más importante para Campeche, Coahuila, Ciudad de México y Veracruz por mencionar las entidades que mayor porcentaje interno tienen, mientras que Querétaro es la que presenta menores problemáticas.



Gráfica 4.
Hospitalizaciones evitables y su frecuencia en entidades



Nota: e/c: entidades como causa

Fuente: DGED con datos de Egresos Sectoriales 2016 disponibles en DGIS

CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

En cuanto a las **infecciones renales y de vías urinarias**, nuevamente Campeche, Yucatán, Ciudad de México, Nuevo León y San Luis Potosí, presentan las mayores problemáticas en esta causa, mientras que Querétaro se mantiene con la menor problemática.

Las **enfermedades de las vías respiratorias** ocupan un lugar importante en las siguientes entidades: Durango, Zacatecas, Coahuila, Sinaloa, Aguascalientes, Chihuahua, Nuevo León y Guanajuato.

Las **enfermedades del embarazo parto y puerperio** son significativas para Baja California Sur, Campeche y Tlaxcala, Nuevo León es la que menos porcentaje tiene de esta causa.

La **gastroenteritis infecciosa y complicaciones** representa la mayor problemática para Yucatán y Chiapas ya que tienen los mayores porcentajes comparativamente con las demás entidades, aquí destaca que Morelos presenta el menor porcentaje.

Las **enfermedades cerebrovasculares** representan el mayor porcentaje en Nuevo León, Coahuila y Tamaulipas en esta causa nuevamente Querétaro tiene el menor porcentaje.

En cuanto la **úlceras del aparato digestivo** nuevamente en Nuevo León se registra el mayor porcentaje seguido por Chihuahua y Ciudad de México e Hidalgo, en esta causa Tlaxcala tiene el menor porcentaje.

Las **infecciones de la piel y el tejido subcutáneo** en Nuevo León se suman a las problemáticas de la entidad, así como en Campeche, Colima y Quintana Roo en menor medida, Querétaro sigue siendo la entidad con menor porcentaje.

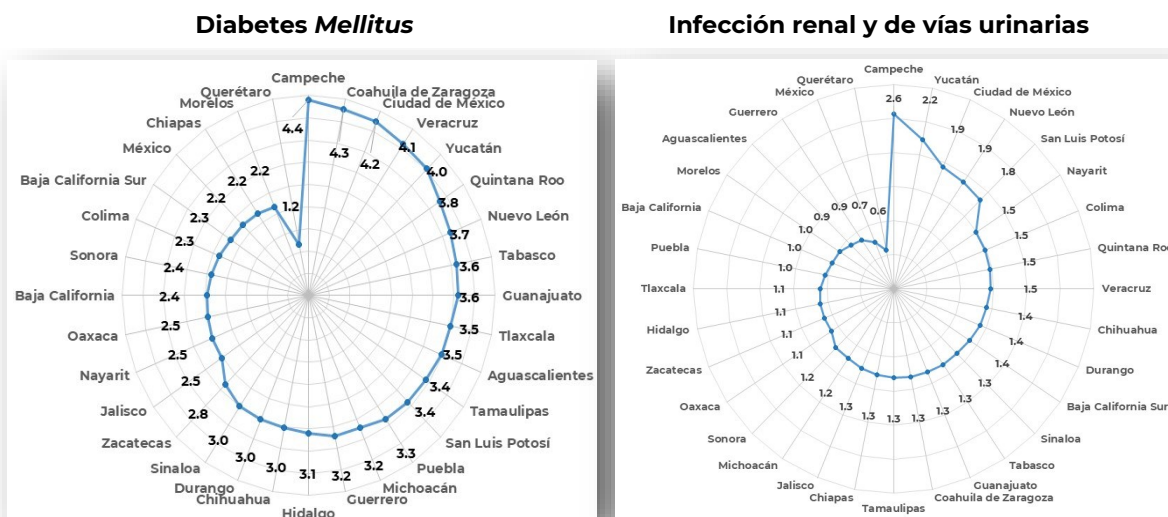
En Durango, Zacatecas y Coahuila la **hipertensión** es de las causas que requieren atención, finalmente la **insuficiencia cardíaca congestiva** se manifiesta como principal en Nuevo León y Chihuahua.

La **hipertensión arterial** tiene una mayor frecuencia en Durango, Zacatecas y Coahuila; y la **insuficiencia cardíaca** tiene una mayor frecuencia en Nuevo León, Chihuahua y Coahuila. Las siguientes gráficas muestran algunos de los detalles.

El análisis del comportamiento de los egresos por hospitalizaciones evitables, muestra dos características importantes en el ámbito de los servicios de salud, por un lado, la posible diferenciación en los panoramas epidemiológicos de cada entidad federativa y, por otro lado, la posible diversidad de atención y control de estos pacientes en el primer nivel de atención; estas características pueden orientar medidas para mejorar la prestación de los servicios de salud con elementos como la capacitación y actualización del personal de salud, el desarrollo, e implantación de guías de práctica clínica o el fortalecimiento específico de algunos programas de salud, entre otras.



Gráfica 5 y 6.
Diabetes *Mellitus* e Infección Renal y de vías urinarias
por entidad federativa. 2016



Fuente: DGED con datos de Egresos Sectoriales 2016 disponibles en DGIS

Finalmente, y buscando proporcionar elementos para que el indicador sea monitoreado a nivel local, se dispone del porcentaje de hospitalizaciones evitables a nivel de unidad hospitalaria y sus cinco principales causas. A continuación, se muestra un ejemplo de dicha información.

CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Cuadro 6.
Porcentaje de hospitalizaciones evitables, Aguascalientes, línea base 2016
Municipio, Unidad médica, CLUES, Porcentaje y causas

Mpio.	Unidad Médica	CLUES	%	Principales causas
Ags.	Aguascalientes (Ags.)	ASIST000016	27.9	Diabetes <i>Mellitus</i> , enfermedades de las vías respiratorias inferiores, úlcera del aparato digestivo, Infección de la piel y el tejido subcutáneo, y enfermedades cerebrovasculares
Ags.	Hospital General Tercer Milenio	ASS-SA000030	20.6	Diabetes <i>Mellitus</i> , enfermedades de las vías respiratorias inferiores, gastroenteritis infecciosa y complicaciones, asma, e infección renal y de vías urinarias
Ags.	Hospital General de Zona 2, Ags.	ASIMS000016	14.5	Diabetes <i>Mellitus</i> , gastroenteritis infecciosa y complicaciones, enfermedades de las vías respiratorias inferiores, úlcera del aparato digestivo, enfermedades cerebrovasculares
Ags.	Hospital General de Zona 1, Ags.	ASIMS000021	12.0	Diabetes <i>Mellitus</i> , enfermedades de las vías respiratorias inferiores, úlcera del aparato digestivo, enfermedades cerebrovasculares, e insuficiencia cardíaca
Pabellón de Arteaga	Hospital General Pabellón de Arteaga	ASS-SA000614	10.0	Diabetes <i>Mellitus</i> , enfermedades de las vías respiratorias inferiores, enfermedades del embarazo, parto y puerperio, hipertensión, e infección renal y de vías urinarias

Fuente: DGED con datos de Egresos Sectoriales 2016 disponibles en DGIS

Como se puede observar hasta aquí, la falta de un control adecuado en pacientes con diabetes *Mellitus* a nivel de unidades de consulta externa repercute en la demanda de hospitalizaciones evitables, y ésta problemática es susceptible de seguirse hasta el nivel hospitalario específico, en el ejemplo que nos ocupa, estas causas evitables en conjunto representan el 27.9% de las demandas del hospital de Aguascalientes. Dicha demanda está distribuida en varias causas, y la principal es la Diabetes *Mellitus*, la cual representa el 12.2% de los egresos por causas evitables en dicha unidad en 2016.



Cuadro 7.
Distribución porcentual de egresos hospitalarios por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio del Hospital Aguascalientes. 2016

Unidad ASIST000016 Municipio de Aguascalientes	Egresos	% de hospitalizaciones por CSCA
Total Egresos de la Unidad	4,220	100.0
Total Egresos CSCA	1,178	27.9
<u>Diabetes Mellitus</u>	<u>516</u>	<u>12.2</u>
Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	114	2.7
Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	114	2.7
Úlcera del aparato digestivo	95	2.3
Enfermedades cerebrovasculares	75	1.8
Infección renal y de vías urinarias	72	1.7
Insuficiencia cardíaca congestiva	37	0.9
Insuficiencia cardíaca	33	0.8
Hipertensión	26	0.6
Infección de la piel y tejido subcutáneo	24	0.6
Otras 10 CSCA	72	1.7

Fuente: DGED con datos de Egresos del Sector Salud, DGIS 2016

Bajo el supuesto de que nos interesara atender el resultado de esta evaluación, las acciones que se tendrían que emprender en términos de planeación serían las siguientes:

1. Identificar las unidades de consulta externa que refieren a esta unidad hospitalaria.
2. Asignar a cada unidad de consulta externa (con base en los recursos humanos disponibles) la población a atender (considerando la localización geográfica de la población y su cercanía con la unidad de salud).
3. Identificar el recurso humano que realizará actividades de promoción de la salud. Este recurso es importantísimo ya que, entre sus variadas funciones, una es la de articular las familias y las comunidades con su unidad de consulta externa, que es la puerta de entrada al sistema. Este recurso deberá emprender acciones de promoción y capacitación en torno a la prevención, detección y atención de las personas con posibilidades de ser diabéticas, así como, el trabajo comunitario de los diferentes determinantes sociales de este tipo de padecimientos.
4. Garantizar el abasto de medicamentos e insumos para efectuar las diferentes acciones relacionadas con el padecimiento.
5. La unidad de salud deberá programar una cobertura anual cercana al 90.0% para la detección de casos en el grupo de riesgo de este padecimiento.
6. El Distrito de Salud deberá garantizar la capacitación del personal y el adecuado tratamiento (con base en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), las Guías de



CAPÍTULO IV.

EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Práctica Clínica y los Algoritmos) de los usuarios que se detectan como pacientes diabéticos. En caso de no lograr el control adecuado referirlo a la UNEME EC para lograr su control y evitar las complicaciones ocasionados por dicho padecimiento.

7. El o la promotora de salud será el enlace por excelencia para lograr el apego al tratamiento y a sus visitas de control en consulta externa.
8. Mejorar los sistemas de información con la finalidad de lograr los datos que permitan la evaluación y el mejoramiento de las acciones de salud.

De realizarse todas las actividades anteriores, sería posible evaluar periódicamente indicadores como, cobertura en el tamizaje, cobertura en el tratamiento, porcentaje de pacientes con índices que evidencian el control metabólico y desde luego la disminución en las hospitalizaciones evitables; indicador relevante el cual formará parte del PROSEA 2019-2024.





INDICADORES PARA LOS DISTRITOS DE SALUD

Desde esta perspectiva se presentan a continuación un conjunto de fichas técnicas de algunos indicadores de *estructura*, *proceso* y *resultados*, con la finalidad de que cada distrito, con base en su problemática en salud elija por lo menos entre 12 a 15 de ellos e inicie sus propios procesos de evaluación, considerando en la selección de indicadores, las tres dimensiones de evaluación que ha propuesto A. Donabedian, la selección de los mismos se tendrá que orientar en función de los problemas que cada Distrito de Salud y el conjunto de sus unidades de las diferentes capas, consideren prioritarios para impulsar las mejoras. Las fichas técnicas de los indicadores pueden encontrarlas en la página de la [Dirección General de Evaluación del Desempeño](#).

Esta perspectiva ayudará a visibilizar los problemas de *estructura* como puede ser la dotación de equipo, insumos y personal de salud, o bien los procesos de asignación de población a cada unidad operativa, o bien la disminución de las desigualdades para el acceso a los servicios de salud en aquellas zonas en que se detecten grandes brechas. La evaluación permitirá a través del tiempo visibilizar el éxito o el fracaso de las acciones emprendidas.

En el campo del análisis de los *procesos*, se enfatizan indicadores que nos permiten observar la atención que se brinda en diferentes momentos, a la población incorporada a los programas de prevención y control de enfermedades, un ejemplo de ello puede ser: la cobertura que se logra en vacunación, así como, la eficacia de los tamizajes para la detección oportuna de padecimientos crónicos como la diabetes *Mellitus*, la hipertensión o los diferentes tipos de cáncer, o bien el control de pacientes con enfermedades crónicas que logran alcanzar niveles aceptables en sus indicadores de vigilancia, de igual manera, los procesos de referencia y contrarreferencia efectivos, pueden dar luz de la capacidad del sistema para atender de manera integral el acceso a cada capa de atención necesaria, para las diferentes situaciones patológicas.

Por último, el tercer grupo de indicadores nos permitirá indagar la efectividad de las medidas instrumentadas para lograr *resultados* e impactos favorables, ya que será posible evitar muertes prematuras, hospitalizaciones evitables y posiblemente modificar el comportamiento de eventos donde intervienen múltiples factores sociales, como pueden ser los homicidios, suicidios o asesinatos.

Para cada Distrito de Salud, se sugiere hacer un cálculo inicial de todos los indicadores para los últimos cinco años, este ejercicio permitirá conocer la tendencia que cada Distrito de Salud tiene y se podrá observar entre otras cosas si esta tendencia es ascendente o descendente, de igual manera la última



CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

medición disponible permitirá compara la posición relativa del Distrito con respecto a otros Distritos o con el valor en el nivel estatal o el nacional, se sugiere que con este análisis cada Distrito elija dos o tres indicadores de *estructura* y dos o tres de *proceso y resultados*. De igual manera se han seleccionado algunos indicadores que permitirán a la entidad federativa evaluar el comportamiento del estado en términos de estructura y proceso y todos los indicadores de resultado pueden evaluarse también a nivel de entidad federativa. Es importante señalar que para el cálculo de todos estos indicadores debe considerarse la población de responsabilidad de cada unidad, distrito y entidad federativa.

El equipo de trabajo de la Dirección General de Evaluación de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, queda a la disposición de los equipos directivos de los Distritos de Salud para los apoyos o asesorías que requieran para la instrumentación de sus actividades de evaluación.

INDICADORES DE ESTRUCTURA

Indicador 01	Reducción de inequidades en torno a la salud
Definición del indicador	El Distrito de Salud logra bianualmente una <u>reducción proporcional</u> de las desigualdades de en al menos dos de los cuatro indicadores trazadores de salud , (tasa de mortalidad neonatal, tasa de fecundidad en adolescentes, tasa de incidencia de la tuberculosis, tasa de mortalidad prematura atribuida a las enfermedades no transmisibles)
Propósito del Indicador	Visualizar los avances que se logran en la disminución de los problemas de salud cuyos determinantes están articulados a las condiciones de inequidad social y de ineficacia en algunos programas de salud
Indicador 02	Distrito de Salud que logran mejorar las condiciones de vulnerabilidad de la población disminuyendo las carencias por vivir en localidades rurales, y en municipios con Índice de Marginación alto o muy alto, a través de la promoción de la salud y la participación comunitaria
Definición del indicador	Distrito de Salud con una disminución porcentual bianual en el porcentaje de población: a) Que vive en localidades rurales y b) que vive en municipios con Índice de Marginación alto o muy alto
Propósito del indicador	Distrito de Salud que conoce algunos elementos que son indicadores transversales de rezago y que les permitirán enfatizar la planeación de sus acciones de salud (programas de salud) en estas poblaciones (y desarrollo comunitario mediante la participación de la colectividad) con la finalidad de contribuir a su desarrollo





Indicador 03	Distrito de Salud con 100% de instalaciones de primer nivel de atención con una población asignada sobre una base territorial
Definición del indicador	Porcentaje de instalaciones de primer nivel de atención con una población asignada sobre una base territorial
Propósito del indicador	Los servicios de salud integrados que se han organizado sobre la base de áreas geográficas tienen una ventaja comparativa, en particular con respecto a la posibilidad de instrumentar acciones de salud pública, promover la acción intersectorial e intervenir sobre los determinantes sociales de la salud. Una definición clara de la población/territorio cubierto por los establecimientos de primer nivel mejora el conocimiento sobre las necesidades y preferencias de salud de esta población, que determina la oferta de servicios de salud. Además, conlleva a la capacidad de hacer proyecciones con respecto a las necesidades, demandas y suministro futuro de servicios de salud, incluida la composición de los trabajadores de salud, la infraestructura y los programas de salud
Indicador 04	Distrito de Salud con por lo menos 10 trabajadores de salud (médicos(as), enfermeras(os) y parteras) por 10 mil habitantes
Definición del indicador	Este indicador medirá la densidad de recursos humanos para la salud, definida como el número de trabajadores(as) de la salud por cada 10 mil habitantes, con respecto a médicos(as), enfermeras(os) y las/os promotores de salud
Propósito del indicador	La densidad y la distribución de los/as trabajadores de salud son fundamentales para evaluar la capacidad de los sistemas de salud para brindar servicios de salud a la población y facilitar el acceso a profesionales de la salud con calidad y equidad. Los datos sobre disponibilidad, distribución, calidad y desempeño del personal de salud son esenciales para desarrollar políticas y planes nacionales en materia de recursos humanos para la salud (RHS). En el nivel macro, este indicador apoyará el avance en la planificación estratégica de RHS para la salud universal en la región
Indicador 05	Distrito de Salud en el que anualmente se incrementa la atención en los servicios de salud a la población sin seguridad social
Definición del indicador	Incremento anual del porcentaje de población sin seguridad social atendida en el Distrito de Salud hasta alcanzar un porcentaje cercano al 100%
Propósito del indicador	Identificar si se garantiza el acceso a los servicios de salud a la población sin seguridad social



CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Indicador 06	Distrito de Salud en el que al menos el 30% del personal que atiende la consulta externa de salud, recibió capacitación en salud mental y adicciones en el último año
Definición del indicador	El indicador mide la cantidad de personal médico de consulta externa del Distrito de Salud que recibió capacitación en salud mental y adicciones en el último año
Propósito del Indicador	Este indicador mide el grado de integración de salud mental y adicciones en la atención primaria de salud. El indicador es importante para monitorear la transición de un modelo de atención altamente especializado y centralizado para personas con trastornos mentales o adicciones a un modelo descentralizado basado en la comunidad, vinculado a los servicios de atención primaria de salud
Indicador 07	Incremento en el porcentaje de usuarios con receta de los servicios de consulta externa en el Distrito de Salud con surtimiento completo
Definición del indicador	Proporción de usuarios de consultas en el primer nivel de atención en las que se logró el abasto completo de medicamento
Propósito del Indicador	Prevenir procesos de atención a la salud precarios por falta de medicamento
Indicador 08	Incremento en el equipo médico en funcionamiento con respecto al equipo normado para las unidades de consulta externa de cada Distrito de Salud
Definición del indicador	Es la proporción de equipo médico normado para las unidades de consulta externa en funcionamiento, con respecto al equipo médico normado, evaluado en cada Distrito de Salud
Propósito del Indicador	Prevenir procesos de atención a la salud precarios por falta de equipamiento en el Distrito de Salud
Indicador 09	Entidad Federativa que ha reducido bianualmente el porcentuales el gasto privado en servicios de salud, reportado en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los hogares de las localidades rurales y urbanas
Definición del indicador	Disminución porcentual del gasto privado en salud en la entidad federativa en localidades menores a 2,500 habitantes y en localidades de 2,500 habitantes y más
Propósito del Indicador	El gasto privado en salud es una muestra de la existencia de una necesidad percibida de atención a la salud que no se acompaña de la búsqueda de servicios públicos de salud debido a razones culturales, institucionales, organizativas, económicas y/o geográficas. El control de estas barreras, sin duda se traducirá en la disminución del gasto privado en salud. Algunos de los determinantes del acceso los servicios de salud que son modificables pertenecen al sistema de salud (por ejemplo, institucionales y organizacionales) y a individuos o poblaciones (por ejemplo, credibilidad en los servicios de salud, conocimiento y comunicación). Los sistemas de salud pueden aumentar las inequidades en materia de salud si no tienen en cuenta la necesidad y las condiciones socioeconómicas de las poblaciones sub-atendidas.





INDICADORES DE PROCESO

Indicador 10	Cobertura de vacunación efectiva en niños(as) menores de un año de edad
Definición del indicador	La cobertura de vacunación (con base en el programa) para menores de un año de edad, es la proporción entre las y los niños que han completado el esquema de vacunación oficial para la edad con respecto de toda la población de esa edad de cada Distrito de Salud
Propósito del Indicador	Prevenir enfermedades graves que se constituyen en problemas importantes de salud pública ya que coberturas menores crean las condiciones para generar brotes de enfermedades graves para los infantes
Indicador 11	Distrito de Salud con disminución anual de las tasas de mortalidad por causas evitables tratables mediante la atención de salud (muerte por 100 mil habitantes)
Definición del indicador	Disminución anual de las tasas de mortalidad por causas evitables tratables o sensibles a la atención de la salud. Se refiere a las muertes prematuras que podrían haberse evitado si hubiera habido una atención a la salud oportuna y eficaz en cada Distrito de Salud. Se obtienen las defunciones del SEED y la población de los cálculos de CONAPO
Propósito del Indicador	El indicador es útil para evaluar la posible repercusión de la atención de la salud en una población, bajo el supuesto de que existe un conjunto de causas de muerte prematura que no deberían ocurrir si hubiera intervenciones médicas oportunas y eficaces. En otras palabras, las causas de estas defunciones se consideran tratables y, por lo tanto, se consideran evitables con la atención médica apropiada. Lista de causas de muerte consideradas tratables mediante la atención de salud: Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis pulmonar, paludismo y dengue
Indicador 12	Disminución de la razón de muerte prematura entre los 30 y los 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en el Distrito de Salud
Definición del indicador	La disminución de la razón de muerte prematura en el Distrito de Salud entre las edades exactas de 30 a 70 años por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. Las muertes por estas cuatro causas se basarán en los siguientes códigos CIE-11: I00-I99, C00-C97, E10-E14 y J30-J98. Se calculará en el numerador con el número de defunciones por causa en este grupo de edad y en el denominador el total de defunciones por la misma causa considerando todos los grupos de edad
Propósito del Indicador	Cuantificar el nivel y las tendencias de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT). Las ENT representan la mayor proporción de muertes en la mayoría de las entidades federativas y en los Distritos de Salud



CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Indicador 13	Tasa de incidencia de la infección por el VIH en el Distrito de Sa-
Definición del indicador	Número de personas detectadas con infección de VIH en un año por cada 100 mil habitantes de cada Distrito de Salud
Propósito del Indicador	Mide el progreso para acabar con la epidemia de VIH/SIDA. El objetivo global es reducir el número de personas recién infectadas
Indicador 14	Tasa de incidencia de la tuberculosis en el Distrito de Salud
Definición del indicador	Este indicador se relaciona con todos los casos de TBP nuevos y recidivantes detectados, divididos entre la población total por cada 100 mil habitantes en un año determinado en el Distrito de Salud
Propósito del Indicador	El propósito del indicador es medir la reducción de los casos de TB a lo largo del tiempo. Refleja el impacto de la instrumentación de la estrategia de control de la TBP y es un indicador de alta importancia
Indicador 15	Disminución de las tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años (desglosada de 10 a 14 años y de 15 a 19 años) en el Distrito de Salud
Definición del indicador	Reducción en las tasas de fecundidad expresadas por el número anual de nacimientos en niñas adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años sobre la población de cada grupo de edad y expresado por cada mil niñas adolescentes en estos grupos de edad
Propósito del Indicador	Este indicador muestra el progreso en la mejora de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en cada Distrito de Salud en un momento específico
Indicador 16	Porcentaje de detecciones anuales de diabetes <i>Mellitus</i> (DM) realizadas en cada Distrito de Salud
Definición del indicador	El porcentaje de detecciones de DM realizadas a población sin acceso a la seguridad social (hombre, mujer de ≥ 20 años de edad, sin diagnóstico previo de DM) se obtiene dividiendo las detecciones de diabetes realizadas anualmente entre la población de 20 años y más del Distrito de Salud, se espera que el resultado sea de tres por ciento o más
Propósito del Indicador	El tamizaje para la DM facilita la detección oportuna de personas con esta enfermedad, y crea la oportunidad para la integración de los pacientes al tratamiento integral y lograr el control de la enfermedad, estas acciones sin duda, permitirán: evitar las complicaciones, y disminuir los internamientos hospitalarios evitables, ya que estos se producen por descontrol del padecimiento, también se espera disminuir la muerte prematura.





Indicador 17	El Distrito de Salud alcanzan la meta del 90.0% de pacientes en control en el Programa de Hipertensión Arterial (población de 18 años o más)
Definición del indicador	Este indicador mide en el Distrito de Salud que se tienen al menos el 90.0% de pacientes detectados, incorporados al Programa de Hipertensión Arterial. El indicador presupone que cada unidad de salud realiza el tamizaje anualmente a la población de riesgo y que de todos los detectados, por lo menos el 90.0% de ellos se incorporan al programa de control de la hipertensión arterial, el indicador se construye con la información de estos dos registros
Propósito del Indicador	El indicador permitirá en una primera instancia identificar e incorporar a la población hipertenso (el principal factor de riesgo para sufrir y morir por un evento cardiovascular), y derivado de esta incorporación al programa de HTA, se facilitará también el control de pacientes con este padecimiento, estas acciones representarán una medida de la efectividad y la eficiencia del desempeño del sistema de salud
Indicador 18	Cobertura de detección anual de cáncer cervical
Definición del indicador	El Distrito de Salud con programa de detección de cáncer cervical logra una cobertura de detección anual de al menos el 30% en mujeres de 25 a 64 años. (Total de detecciones anuales entre el total de la población femenina de 25 a 64 años)
Propósito del Indicador	El cáncer cervical se encuentra entre los principales tipos de cáncer en el país. Este indicador medirá la cobertura a nivel poblacional del programa de detección en el grupo de edad de las mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical, y es uno de los indicadores que se usa normalmente para medir la calidad de un programa de detección, este programa debe seguirse de un tratamiento oportuno y eficaz, para que la detección de cáncer sea efectiva
Indicador 19	Hospitalizaciones evitables por cada Distrito de Salud
Definición del indicador	Es el número de egresos hospitalarios ocasionados por pacientes descontrolados de padecimientos como la DM, HTA, asma . Estos egresos reflejan la atención deficiente en el primer nivel de atención que provoca el descontrol de los enfermos/as crónicos, en cada uno de los Distritos de Salud
Propósito del Indicador	Prevenir enfermedades y complicaciones graves por falta de atención adecuada y oportuna en el primer nivel de atención
Indicador 20	Razón de referencia y contrarreferencias en el Distrito de Salud
Definición del indicador	Este indicador mide el número de contrarreferencias en relación con el número de referencias que se dan en un periodo y nivel de agregación determinado, puede ser entre unidades específicas de primero y segundo nivel, una parte de la red, o el distrito o la entidad



CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Propósito del Indicador	El propósito es comparar cuanto representan las contrarreferencias en relación con el número de referencias que se pueden generar en un periodo de tiempo, es decir, el indicador idealmente y bajo el supuesto de que toda persona referida se atiende y posteriormente se da la contrarreferencia a las unidades de primer nivel que las envió debería ser cercano a uno. Cuando los rangos del indicador que es una razón están muy dispares se tiene que revisar los motivos que provocan el desequilibrio y los periodos de ocurrencia. El valor del indicador en 2018 fue de 0.29 personas contra referidas por cada una que es referida. La referencia y contrarreferencia es el procedimiento administrativo mediante el cual el o la médico tratante de la unidad de origen o destino respectivamente envía o retorna la responsabilidad del manejo médico del paciente a la unidad de destino u origen.
Indicador 21	Número de Distrito de Salud que han reducido anualmente el porcentaje de niños/as con sobrepeso y obesidad en su población en educación primaria
Definición del indicador	Porcentaje de niños/as con sobrepeso y obesidad en educación primaria en cada Distrito de Salud que reduce anualmente en un 10% (total de niños/as con sobrepeso y obesidad en cada grado escolar entre el total de niños/as de cada grado escolar)
Propósito del Indicador	La medición de este indicador contribuirá a disminuir el desarrollo de enfermedades articuladas a este problema como son la diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2, la dislipidemia y la HTA
Indicador 22	Número Distritos de Salud con programas de detección de cáncer de mama que logran una cobertura de detección con mastografía de al menos el 90.0% en mujeres de 40 a 69 años, en los últimos dos años
Definición del indicador	Este indicador cuenta el número de Distritos de Salud que reportan tener un programa de detección de cáncer mamario con mastografía y su lectura de al menos 90.0% de cobertura entre mujeres de 40 a 69 años, en los últimos dos años, con respecto al total de distritos de la entidad
Propósito del Indicador	El cáncer mamario se encuentra entre los principales tipos de cáncer en el país. Este indicador medirá la cobertura a nivel poblacional del programa de detección en el grupo de edad de las mujeres con mayor riesgo de desarrollar cáncer mamario, y es uno de los indicadores que se usa normalmente para medir la calidad de un programa de detección





INDICADORES DE RESULTADOS

Indicador 23	Tasa de mortalidad neonatal por Distrito de Salud
Definición del indicador	La tasa de mortalidad neonatal es la probabilidad de que un niño nacido en un año o período específico muera en los primeros 28 días de vida (0-27 días) las tasas de mortalidad específicas por edad de ese período, expresadas por mil nacidos vivos
Propósito del Indicador	El indicador proporciona información sobre el riesgo de mortalidad de 0 a 27 días, que se relaciona con diferentes determinantes sociales, cobertura y calidad de la atención de salud
Indicador 24	Tasa de mortalidad de menores de 5 años por Distrito de Salud
Definición del indicador	La tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) es la probabilidad de que un niño/a nacido/a en un año o período específico muera antes de cumplir cinco años. Está sujeto a las tasas de mortalidad específicas por edad de ese período, expresadas por mil niños/as de 0 a 4 años de edad de cada Distrito de Salud
Propósito del Indicador	La TMM5 mide la supervivencia infantil. También refleja las condiciones sociales, económicas y ambientales en que viven las y los niños (y otras personas de la sociedad), incluida su atención médica
Indicador 25	Razón de mortalidad materna (RMM) (muertes por 100 mil nacidos vivos) por Distrito de Salud
Definición del indicador	Se aproxima al riesgo de una mujer de morir durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales
Propósito del Indicador	La RMM es la medida más utilizada de las muertes maternas. Mide el riesgo obstétrico (es decir, el riesgo de morir una vez que la mujer está embarazada) y, por lo tanto, omite el riesgo de estar embarazada
Indicador 26	Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino por DS
Definición del indicador	La tasa de mortalidad debida al cáncer cervicouterino se calcula utilizando el número de muertes por cáncer cervicouterino, que ocurren en la población femenina durante un año en cada Distrito de Salud
Propósito del Indicador	El cáncer cervicouterino es un problema importante de salud pública entre las mujeres, pero se puede prevenir en gran medida a través de la detección y el tratamiento oportuno
Indicador 27	Tasa de mortalidad por cáncer mamario por Distrito de Salud
Definición del indicador	La tasa de mortalidad estandarizada por edad debida al cáncer mamario se calcula utilizando el número de muertes por cáncer mamario, que ocurren en la población femenina durante un año en cada Distrito de Salud
Propósito del Indicador	El cáncer mamario es un problema en ascenso entre las mujeres e importante para la salud pública, pero se puede prevenir en gran medida a través de la detección y el tratamiento



CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Indicador 28	Tasa de mortalidad por homicidio en jóvenes de 15 a 24 años por Distrito de Salud
Definición del indicador	La tasa de mortalidad por homicidio en jóvenes de 15 a 24 años en cada Distrito de Salud
Propósito del Indicador	La violencia es un importante problema de salud pública debido a su tremendo impacto en la salud y el bienestar. De todas las formas de violencia, el homicidio es quizás el más devastador, ya que conduce a la pérdida de vidas y la muerte evitable. Los y las adolescentes y adultos/as jóvenes se ven afectados de manera desproporcionada por el homicidio, que se encuentra entre las principales causas de muerte en este grupo de edad y son un reflejo de la calidad de vida
Indicador 29	Número de muertes debido a accidentes de tránsito por Distrito de Salud
Definición del indicador	Indica el número de personas que mueren debido a accidentes de tránsito
Propósito del Indicador	La medición y el monitoreo del número de personas que mueren debido a lesiones en el tránsito proporcionarán una herramienta para evaluar la tendencia y el impacto de las políticas y la legislación, y destacarán dónde se necesita más acción.
Indicador 30	Tasa de mortalidad por suicidio por Distrito de salud
Definición del indicador	Este indicador mide el número de Distritos de Salud que están reduciendo el número de muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes.
Propósito del Indicador	El suicidio es una de las principales causas de mortalidad prematura en el país. Este indicador monitoreará la mortalidad por suicidio, como base para diseñar programas para prevenir y controlar el comportamiento suicida, basado en evidencia científica.





CONCLUSIONES

Cuando un país decide hacer cambios profundos, y la motivación fundamental reside en lograr una mejor calidad de vida, disminuyendo de manera significativas las brechas que existen entre pobres y ricos, es indudable que para una empresa de este tamaño se requiere de la participación de todos, los diferentes niveles de gobierno, los tres poderes, y la población mexicana.

Las condiciones encontradas hoy en día, han permitido muchas enseñanzas, la existencia de un sistema de salud carente de cualidades de todo orden, necesarias para atender la problemática sanitaria; las repercusiones económicas que señalan con toda precisión el grupo poblacional que si no trabaja un día no come; también nos muestra la necesidad ingente de que nuestros valores, principios y prioridades tienen que transformarse, si queremos seguir existiendo como una sociedad armoniosa, justa y equitativa.

Es en este contexto, en donde estamos proponiendo una nueva forma de abordar los procesos de planeación de las políticas, programas y servicios de salud. Una forma de planeación en donde se le dé preeminencia a las funciones de evaluación, ya que éstas, sin duda repercutirán en el diseño de mejores políticas y mejores estrategias para instrumentar los servicios y programas de salud. Estos esfuerzos tienen que traducirse en la respuesta social organizada que permita al ciudadano/a común y corriente, encontrar servicios de salud humanos y de calidad. Significa tener todos los recursos requeridos para hacer una prestación de servicios que cubra las expectativas de las y los ciudadanos y que garanticen no solo la atención efectiva y oportuna de la enfermedad, sino que vayan más allá, para que de manera integrada junto con de la familia y la colectividad, se mejore la cultura para la salud y se inicien esfuerzos para menguar los determinantes sociales de la enfermedad.

Para lograr todo lo anterior se requieren esfuerzos muy particulares en el ámbito de los Distritos de Salud. Por una parte, se necesita la confianza de los cuerpos de gobierno en el campo de la salud en cada entidad federativa, para que identifiquen a la evaluación como un instrumento que dé precisión y certeza a las políticas emprendidas. Por otra parte se requiere la capacitación de los líderes sanitarios locales, para que logren los dominios generales que la planeación demande y sobre todo aquellos específicos de los procesos de evaluación. Quien dirige y administra programas y servicios de salud a nivel local, no puede estar exento de estos atributos.

Junto con estas circunstancias, es necesario también que el Gobierno de la República y los Gobiernos Estatales, consideren los recursos necesarios para garantizar que en cada unidad de salud, se mantengan condiciones de



CAPÍTULO IV.

EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

excelencia en la infraestructura de los servicios de salud, en su equipamiento, en los insumos que se requieran y sobre todo en el personal sanitario, al que debe garantizársele condiciones laborales estables y dignas, y el reconocimiento cuando estos trabajadores desempeñen su mejor esfuerzo para aquellas poblaciones de máxima vulnerabilidad.

La evaluación, podrá también coadyuvar a garantizar el uso eficiente de los recursos públicos para la atención a la salud, así como la transparencia en el uso de estos. Es decir la evaluación es una garante de que la actuación de los funcionarios públicos se basa en principios de honestidad y ética y permite también entregar las cuentas de su actuación a la población que sirve y con ello facilita el camino para una mayor participación de ella en las funciones de planeación en general y de evaluación en particular.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, no cejará en su empeño de coadyuvar a nivel local para impulsar todas las transformaciones que se requieren y constituirse en el vínculo entre la federación, las entidades federativas y los Distritos de Salud. A través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, seguirá impulsando todas las transformaciones estructurales necesarias, así como facilitar los procesos de sensibilización, capacitación y transformación del personal sanitario para mejorar los procesos de planeación y evaluación.

La propuesta de evaluación que se hace a los Distritos de Salud, tiene la ventaja de ser flexible y da la oportunidad de que en cada ámbito de trabajo se elijan aquellos indicadores que mejor rendimiento pudieran tener para cada estructura distrital y su adopción sin duda, ayudará a las y/o los directores a realizar las tareas que definen a un buen navegante, es decir, permitirán orientar el barco que dirigen hacia el mejor puerto de llegada. Ello significará encontrar también los mejores niveles de salud para la población a la que sirven.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y la Dirección General de Evaluación del Desempeño, no cejarán en impulsar y apoyar todas las iniciativas que fortalezcan esta propuesta y que coadyuven a alcanzar los mejores servicios de salud, sobre todo, para la población más vulnerable.





BIBLIOGRAFÍA

OPS. La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción. Washington DC. 2002

SHCP. Unidad de Evaluación del Desempeño. Evaluación del Desempeño, Ciudad de México, 2015. Consultado el 10 de marzo de 2020, disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/ponencias/PBR_SED_SHCP.pdf

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q* 1966;44(3) (suppl):166-206. Reprinted in *Milbank Q*. 2005;83(4):691-729. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>

Rovere M. Planeación Estratégica de Recursos Humanos para la Salud. Washington DC: OPS 1993. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos Núm. 96

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Base de datos estándar: Registros de Egresos Hospitalarios Sectorial 2016. México. 2016. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_egresoshosp_gobmx.html

INSP. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>



REFERENCIAS PARA LOS INDICADORES

Casos de niños recién infectados con VIH por transmisión materno infantil, Notificación Semanal de Casos Nuevos (SUIVE) /Dirección General de Epidemiología (DGE) / Secretaría de Salud (ss).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y SIDA / Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 1er. Trimestre de 2016. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_1er_trim_2016_1.pdf

Detección de diabetes Mellitus realizadas, Sistema de Información en Salud (sis) / Programa de Acción Específico / Prevención y Control de la Diabetes Mellitus 2013-2018, Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/37607/PAE_PreencionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf

Distritos de Salud con información sobre número de habitantes sin acceso a la seguridad social, número de localidades que se encuentran dentro del Distrito de Salud, porcentaje de población: indígena, con discapacidad, en localidades rurales, en municipios con Índice de Marginación alto o muy alto. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS> y en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3>

Mujeres de 25 a 64 años tamizadas con citología vaginal Dirección General de Epidemiología (DGE) / Boletines Históricos Caminando a la Excelencia/Caminando a la Excelencia 2018. Disponible en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/bol_camexc/2018/ce_2018_cierre.pdf

Mujeres de 25 a 64 años de edad responsabilidad de la Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología/Boletines Históricos Caminando a la Excelencia- Caminando a la Excelencia 2018, Disponible en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/bol_camexc/2018/ce_2018_cierre.pdf

Mujeres de 40 a 69 años tamizadas con mastografía en los últimos 2 años, Dirección General de Epidemiología Boletines Históricos Caminando a la Excelencia/Caminando a la Excelencia 2019. Disponible en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/bol_camexc/2018/ce_2018_cierre.pdf

Número de niños con sobrepeso u obesidad registrados en la educación primaria, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016/ ENSANUT 2016/Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en México. actualización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/doctos/>





[informes/ENSANUT2016ResultadosNacionales.pdf](#) y <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/doctos/analiticos/Obesidad.pdf>

Número de casos de TBP nuevos y recidivantes, Boletín Epidemiológico/ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica / Sistema Único de Información / Número 1 | Volumen 36 | Semana 1 | Del 30 de diciembre del 2018 al 5 de enero del 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/427448/sem01.pdf>

Número de personas detectadas con infección de VIH, Notificación Semanal de Casos Nuevos (SUIVE)/Dirección General de Epidemiología (DGE)/Secretaría de Salud (ss).

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y SIDA/Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 1er. Trimestre de 2016- Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_1er_trim_2016_1.pdf

Población de jóvenes de 15 a 24 años de edad, Consejo Nacional de Población/Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas/Proyecciones de la Población de los Municipios de México, 2015-2030 (base 1). Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

Población de 20 años y más, Consejo Nacional de Población/Proyecciones de la Población de los Municipios de México, 2015-2030 (base 1). Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

Población total a mitad del año, Consejo Nacional de Población/Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas/Población a mitad de año. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

Reducción de inequidades en torno a la salud, Encuesta Intercensal 2015 / Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017 / Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica / Censo de Población y Vivienda / Índice de Desarrollo Humano Municipal en México. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf y en <https://www.inegi.org.mx/programas/eness/2017/>

Reporte de Médicos, Enfermeras y parteras (por cada mil personas), del Banco Mundial (por cada mil personas). Banco Mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS> y en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.NUMW.P3>



CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN EN LOS DISTRITOS DE SALUD

Egresos hospitalarios por DM, HTA y asmas, Dirección General de Información en Salud/Cubos dinámicos/Egresos Hospitalarios. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html

Egresos hospitalarios, Dirección General de Información en Salud/Cubos dinámicos / Egresos Hospitalarios. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html

Defunciones de niños menores de cinco años, Dirección General de Información en Salud/Cubos dinámicos/Defunciones (Mortalidad). Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html

Nacidos vivos, Consejo Nacional de Población/Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas/Tasa Específica de Fecundidad y Nacimientos, 1950-2050. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

Nacimientos en niñas adolescentes de 10 a 14 años, Registro Nacional de Nacimientos, Dirección General de Información en Salud. Base de datos de nacidos vivos registrados INEGI 1990-2013 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/324893/Infograf_a_menores_15_a_os_embarazo_naranja_impresion.pdf

Muertes maternas, Dirección General de Información en Salud/Cubos dinámicos/Defunciones (Mortalidad). Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html

Defunciones de mujeres de 25 años o más por neoplasias malignas de cuello del útero, Dirección General de Información en Salud/Cubos dinámicos/Defunciones (Mortalidad). Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html

Defunciones por cáncer de mama en mujeres de 25 años o más, Dirección General de Información en Salud (DGIS)/Cubos dinámicos/Defunciones (Mortalidad). Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html

Defunciones cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en el grupo de edad de 30 a 70 años de edad, Dirección General de Información en Salud/Cubos dinámicos/Defunciones (Mortalidad). Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html





Tasa de mortalidad neonatal, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. INEGI. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/default.html#Tabulado>

Defunciones por homicidios en jóvenes de 15 a 24 años, Dirección General de Información en Salud/Cubos dinámicos/Defunciones (Mortalidad). Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html

Defunciones por accidentes de tránsito de vehículo de motor, Dirección General de Información en Salud/Cubos dinámicos/Defunciones (Mortalidad). Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html

Defunciones por suicidio, Dirección General de Información en Salud/Cubos dinámicos/Defunciones (Mortalidad). Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html

Habitantes sin afiliación o afiliada a Seguro Popular que acudió más frecuentemente a SSA o Seguro Popular en el último año, Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. INEGI. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/eness/2017/doc/presentacion_eness_2017.pdf

Defunciones de causas que se consideran tratables mediante la atención, Dirección General de Información en Salud/Cubos dinámicos/Defunciones (Mortalidad). Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html



SIGLAS Y ABREVIATURAS

AC	Aval Ciudadano
AESP	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente
APS-I-MX	Atención Primaria de Salud Integral e Integrada en México
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
CECAS	Comités Estatales de Calidad en Salud
CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CENSIA	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud
CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
COCASEP	Comités de Calidad y Seguridad del Paciente
CONACAS	Comité Nacional para la Calidad en Salud
CONACEM	Comité Normativo de Consejos de Especialidades Médicas
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CPE	Comisión Permanente de Enfermería
CS	Contraloría Social
CSCA	Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio
CTESS	Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo del Sector Salud
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DS	Distrito de Salud
EDUC@DS	Educación, Capacitación y Actualización a Distancia
ENARM	Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas





ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENT	Enfermedades no Transmisibles
GEM	Gestión de Equipo Médico
GER	Guía de Evidencias y Recomendaciones
GPC	Guías de Práctica Clínica
GRR	Guía de Referencia Rápida
GTE	Grupos de Trabajo Estratégicos
HTA	Hipertensión arterial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
INDICAS II	Indicadores de calidad en salud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INGER	Instituto Nacional de Geriátrica
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IOM	Instituto Nacional de Medicina de Estados Unidos de Norteamérica (por sus siglas en inglés)
IPN	Instituto Politécnico Nacional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
MGCS	Modelo de Gestión de la Calidad en Salud
NOM	Normas oficiales mexicanas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa Anual de Evaluación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PROCAM	Programa de Calidad en la Atención Médica
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
RENAPO	Registro Nacional de Población e Identificación Personal
RHS	Recursos Humanos para la Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud



INTERVENCIONES DE APS-I MX EN LOS DISTRITOS DE SALUD

RMM	Razón de mortalidad materna
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEED	Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios de Salud de los Estados
SESTAD	Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno
SEUL	Sistema de Egresos, Urgencias y Lesiones
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIDSS	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
SIISD	Sistema de Información para la Inteligencia en Salud Distrital
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINBA	Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SIRES	Sistemas de Registro Electrónico para la Salud
SIS	Sistema de Información en Salud
SNAC	Sistema Nacional de Administración de la Capacitación de la Secretaría de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Servicio Social
SSF	Servicio Social Fortalecido
SSR	Servicio Social Rotatorio
SUG	Sistema Unificado de Gestión
SUIVE	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
TB	Tuberculosis
TBP	Tuberculosis pulmonar
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicaciones
TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años
UNEME EC	Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana





INTERVENCIONES DE APS-I MX EN LOS DISTRITOS DE SALUD





INTERVENCIONES DE APS-I MX EN LOS DISTRITOS DE SALUD



