

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



INFORME DE ACTIVIDADES DICIEMBRE 2018 A MARZO 2019

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

Directorio

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretario de Salud

Dra. Asa Christina Laurell

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Alejandro Manuel Vargas García

Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Dr. Sebastián García Saisó

Director General de Calidad y Educación en Salud

Act. Juan Carlos Gómez Martínez

Director General de Información en Salud

Dra. Elsa Ladrón de Guevara Morales

Directora General de Evaluación del Desempeño

Dr. Francisco Ramos Gómez

Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Lic. Marco Antonio Reyes Salinas

Director de Área Homólogo

Tabla de contenido

Introducción	1
1. Programa de Atención a la Salud (Médica) y Medicamentos Gratuitos	5
Construcción del modelo de Atención Primaria de Salud Integral.....	5
Diseño y costeo de prototipos de unidades de salud.....	8
Definición de tipo y cantidad óptimo de medicamentos.....	9
2. Actividades en el marco del “Acuerdo para hacer Efectivo el Acceso a la Atención Médica y Medicamentos Gratuitos de la Población sin Seguridad Social”	11
Censo Estratégico para la Prestación de Servicios de Salud.....	11
Supervisión en los hospitales hacia la estructuración de la Auditoría médica.....	17
Exploración en campo.....	18
Propuestas de intervención generadas con base en la metodología seguida.....	22
Propuesta inicial para Veracruz.....	22
Propuesta preliminar para hospitales de Villahermosa, Tabasco.....	23
3. Participación en la Comisión Intersectorial para la reconstrucción ...	24
Los terremotos de 2017.....	24
Huracán Willa de Nayarit.....	26
4. Obras en proceso	27
Región del Sureste.....	29
Otras asesorías a proyectos de infraestructura.....	31

5. Nueva orientación del CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud)	32
6. Actividades conjuntas con el IMSS, ISSSTE, Pemex y fuerzas armadas hacia la integración del Sistema Único, Público y Gratuito de Salud	35
7. Revisión y elaboración del nuevo sistema de información en salud en el contexto de la Atención Primaria de Salud	37
8. Formación de recursos especializados para la atención médica y otros temas relevantes de la DGCEs	43
9. Otras actividades de interés sobre Calidad y Desempeño	46
10. Actividades relacionadas con otras secretarías de estado, organismos y compromisos internacionales	49
Actividades con SHCP, el CONEVAL y la SFP	49
Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico 2020-2025 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).....	51
Reporte de Indicadores Health Care Quality Outcomes (HCQO) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) 2019.....	51
Participación en reuniones internacionales:.....	53
<i>DGIS</i>	53
<i>DGCEs</i>	53
Anexo 1	57
Anexo 2	82

Introducción

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS) cuenta con cuatro direcciones generales: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), Dirección General de Información en Salud (DGIS), Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) y un órgano desconcentrado, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Las atribuciones específicas de la SIDSS están plasmadas en el artículo 9 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y son de rectoría, en sentido amplio, del Sistema Nacional de Salud (SNS). Desarrolla sus funciones en cuatro grandes ámbitos que son: 1. la política nacional de salud, su planeación, innovación y evaluación; 2. la formación de los recursos humanos en salud en coordinación con el sector educativo; 3. la conducción del Sistema de Información Estadística en Salud y el Sistema de Indicadores de Salud y 4. coordinación de la participación de los interesados al tema de salud.

Durante los cuatro primeros meses de la presente gestión se siguió funcionando formalmente con la misma estructura orgánica, pero se presentó la propuesta de recortes desde diciembre de 2018. Se incorporaron nuevos directores generales en la DGPLADES, la DGIS y la DGED.

El programa de trabajo de la SIDSS abarca, por un lado, los asuntos innovadores que se desprenden de la Cuarta Transformación, planteado por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, el Lic. Andrés Manuel López Obrador, y por el otro, la continuidad de las funciones que por reglamento le corresponden, como los de educación, información y el

Plan Maestro de Infraestructura, y la conducción o participación en una serie de Comités o Consejos.

El planteamiento del Presidente López Obrador respecto a que su gobierno será la Cuarta Transformación de México, tiene varias implicaciones específicas en el ámbito de salud. Así mismo el combate a la corrupción significa una práctica obligatoria para todos los funcionarios. Se ha identificado que el espacio de mayor riesgo de corrupción se refiere a las licitaciones de bienes, servicios y obras que le corresponden a la Oficialía Mayor, que a su vez está adscrita a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

En el terreno programático, el programa prioritario del Presidente es la Atención a la Salud (Médica) y Medicamentos Gratuitos, que involucra de distintas maneras a la SIDSS y a sus direcciones generales. Con el fin de abordar conjuntamente las distintas vertientes implicadas en la formulación e instrumentación de la nueva política de salud, las direcciones generales de la SIDSS están realizando frecuentes reuniones conjuntas, y con la subsecretaría. Esta nueva forma de trabajo está favoreciendo un mayor entendimiento de los ámbitos de conocimiento y trabajo de cada dirección general, y como resultado una amplia colaboración y cohesión interna de la SIDSS. La unidad de propósitos se ha fortalecido en el trabajo de campo conjunto en los estados de Veracruz y Chiapas.

Para la SIDSS el Programa de Atención a la Salud (Médica) y Medicamentos Gratuitos, involucra directamente la construcción del modelo de atención –Atención Primaria de Salud Integral e Integrada–, el diseño y costeo de prototipos de unidades de salud bajo el concepto de

“llave en mano”, incluyendo su equipamiento y la definición del tipo, y cantidad de medicamentos requeridos para cada clase de unidades de salud. En este ámbito se está trabajando estrechamente con las áreas médicas del IMSS e ISSSTE.

El 14 de diciembre de 2018, se firmó en Mérida, Yucatán, el “Acuerdo para hacer Efectivo el Acceso a la Atención Médica y Medicamentos Gratuitos de la Población sin Seguridad Social”, que básicamente plantea la federalización o recentralización de los servicios estatales de salud, con la finalidad de mejorar gradualmente la atención a la población sin seguridad social. En esta perspectiva resulta crucial disponer de una metodología que permita hacer un diagnóstico preciso de la condición real de las unidades de salud, y planear la intervención para su mejoramiento. La metodología elaborada por la SIDSS combina un Censo Estratégico llenado en las propias unidades, un rastreo en campo y una “auditoría médica” de los hospitales con más de 30 camas como base de un plan de intervención por etapas. En este contexto, la educación continua y la capacitación de todo el personal, así como la elaboración de un sistema de información, son claves para el éxito de la intervención.

En otro terreno de actividades, la DGPLADES participa en la Comisión Intersectorial para la Reconstrucción, y ha revisado las obras en proceso para determinar las acciones a tomar. La DGIS ha hecho un diagnóstico del sistema de información para proponer cambios encaminados a satisfacer las necesidades de la nueva política de salud. La DGCES sigue encargada del examen, ubicación y seguimiento de los residentes, así como los procesos relacionados con el internado médico y el servicio social de las carreras profesionales de salud. Está a cargo de

múltiples actividades de capacitación. Desempeña además el papel central de acreditación de las unidades de salud, y desarrolla una serie de actividades relativas a la calidad de la atención y seguridad del paciente. La DGED sigue realizando las evaluaciones del desempeño del sistema de salud y dando seguimiento a los reportes de indicadores comprometidos por el gobierno de México.

La SIDSS participó activamente en la formulación y consulta del Plan Nacional de Desarrollo (PND) en lo concerniente al sector salud, particularmente de la parte responsable de la población sin seguridad social. Esto le permitió plasmar los planteamientos de la Cuarta Transformación en salud, y poner las bases para la elaboración del Programa Sectorial de Salud y el Programa de la Secretaría de Salud una vez aprobado el PND por la Cámara de Diputados.

1. Programa de Atención a la Salud (Médica) y Medicamentos Gratuitos

Construcción del modelo de Atención Primaria de Salud Integral

Un componente central del desarrollo de cualquier política de salud es el modelo de atención sobre el cual se construye. En el nuevo gobierno es la Atención Primaria en Salud Integral o Renovada (APS-I), tal como la entiende la Organización Panamericana de la Salud. Es decir, se refiere a un modelo con un fuerte anclaje en el Primer Nivel de Atención y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

a) Definición del modelo del Primer Nivel de Atención

A partir del consenso sobre el papel central que debe desempeñar el Primer Nivel de Atención, se ha desarrollado un nuevo modelo de éste para México en un grupo de trabajo interinstitucional con participación de las subsecretarías de Integración y Desarrollo del Sector Salud, y de Prevención y Promoción de la Salud; el IMSS ordinario e IMSS-Bienestar y; el ISSSTE.

El diseño del modelo ha llevado a una redefinición profunda de la concepción de este nivel de atención, de sus componentes, de las relaciones en su interior y de la jurisdicción. Esquemmatizando, en esta concepción el Primer Nivel de Atención abarca: un territorio, un conjunto de unidades de atención a la salud con pocos módulos (consultorios), unidades con varios módulos y mayor capacidad resolutoria, Centros de Salud Fortalecidos, UNEMES y, eventualmente, un hospital con hasta 30 camas. Juntos constituyen una nueva instancia que es el “Distrito de

Salud”, que sustituye a la jurisdicción sanitaria y que tiene una estructura central que coordina las acciones en su territorio.

El “Distrito de Salud” es un espacio territorial complejo, configurado por condiciones socio-políticas donde vive una población expuesta a determinantes sociales que producen o condicionan los procesos de salud-enfermedad de esta población. El territorio distrital es entonces el ámbito privilegiado de organización y participación de la comunidad, de educación para la salud, promoción y prevención con intervenciones transversales, que además involucran a otras instituciones estatales (educativas, deportivas, y el DIF) y a los municipios. La otra parte operativa del Distrito son los prestadores de servicios de salud ubicados en su interior. Cada una de las “unidades tipo” tiene definidos los recursos correspondientes a su capacidad resolutive y su red de referencia dentro del distrito, o en casos específicos directamente a unidades de alta complejidad. Debido a la profundidad de la reorganización se tiene elaborado el cronograma para ir resolviendo y precisando los elementos implicados en el modelo.

b) Construcción de las Redes Integradas de Servicios de Salud

El segundo componente de la APS-I, las RISS, es un elemento fundamental en la operación, al favorecer a la población el acceso a servicios de la complejidad requerida en cada caso. Por ello, se desarrolló una “Metodología para la Reingeniería de Redes de Servicios”, que parte del análisis del desempeño de las Redes actuales, la referencia interestatal y la infraestructura en salud existente, para poder establecer la “hoja de ruta” del paciente, desde su ingreso al sistema de salud en el Primer Nivel de Atención hasta su paso por los diferentes niveles de atención, teniendo a los Distritos de Salud como el ente gestor y

coordinador de la referencia y contrareferencia. A partir de dicha metodología se trabaja en la construcción de criterios para el cálculo de necesidad de nueva infraestructura con un enfoque de garantizar el acceso a servicios de salud a toda la población. En ella se toma en cuenta la georeferencia de las localidades, para que de esta forma la planeación institucional de Redes tenga una orientación hacia la realidad operativa del sistema, y garantice que éste pueda brindar:

- Atención médica con oportunidad y eficiencia, ya que los pacientes se desplazarían solamente cuando es requerido;
- Atención médica especializada otorgada en la “capa” de atención adecuada;
- Coordinación entre instituciones para brindar orientación y certidumbre al movimiento de los pacientes.

En su primer tramo, la red se considera desde el centro de salud de un núcleo hasta los hospitales comunitarios o centros de salud fortalecidos. Para los casos de mayor complejidad, se establece la ruta más adecuada para acceder a centros de alta complejidad de forma rápida y oportuna, para evitar retraso de la prestación de servicios que requieren ser rápidos (ejemplo: cáncer de mama, cáncer cervicouterino, cáncer en el niño, embarazo de alto riesgo, código infarto, por citar los más relevantes).

En apoyo a la construcción de APS-I, se realizó un taller el 29 de marzo con la participación del Dr. Juan Carlos Verdugo, Ex Viceministro de Salud de Guatemala. Durante el taller se presentaron los planteamientos metodológicos de la SIDSS para su discusión y la

experiencia del Ministerio de Salud guatemalteco en la instrumentación de un nuevo modelo de atención a la salud.

Diseño y costeo de prototipos de unidades de salud

En el periodo reportado se creó un grupo interinstitucional para redefinir los modelos de infraestructura y analizar los mecanismos administrativos que se llevan a cabo. Este grupo tiene por objetivos:

- Crear los prototipos de unidades médicas desde centros de salud de un núcleo, centros de salud fortalecidos, hospitales de 60, 90, 120 y hasta 160 camas. Estos prototipos permiten bajar los costos de nuevas obras, acortar los tiempos de construcción, particularmente bajo el modelo “llave en mano”, para evitar tener obras prolongadas o inconclusas;
- Determinar mediante los ejercicios de georeferencia y análisis de los servicios de la Secretaría de Salud, del IMSS y del ISSSTE en las regiones, a fin de evitar duplicidad, y avanzar hacia el modelo de hospital “universal” entendido como aquel en donde se atiende tanto población asegurada como abierta;
- Centralizar la toma de decisiones del tipo de unidad que se requiere por región.

Este grupo ha llevado a cabo reuniones entre las instituciones públicas a fin de elaborar una cédula y pilotearla en cuando menos un hospital de cada institución. Esta cédula es electrónica y permite el cruce de variables.

Por otra parte, en atención a la solicitud de la SIDSS de llevar a cabo una revisión a los modelos de unidades médicas existentes en la

Secretaría de Salud, se conjuntó un grupo de trabajo coordinado por la DGPLADES en el cual participan la DGCES, el CENETEC y la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF) que sesiona semanalmente. Como primer resultado de estas reuniones se tiene el consenso del denominado “nuevo modelo de Centro de Salud de un núcleo” habiéndose iniciado ya el trabajo para la generación del nuevo modelo de Centro de Salud de 6 núcleos, el cual se consideró en las sesiones de trabajo como el modelo “intermedio” en esta categoría de unidades de Primer Nivel de Atención.

Definición de tipo y cantidad óptimo de medicamentos

Una tarea complementaria a la creación de los prototipos de unidades de salud, es determinar los cuadros de medicamentos que deben tener cada una de ellas en función de sus características. Partiendo del análisis de los cuadros de medicamentos autorizados por el Seguro Popular, se concluyó que es necesaria la construcción de diferentes cuadros institucionales de medicamentos por niveles de complejidad.

En este contexto, se eliminó el concepto de “cuadro básico” entendido como el número de medicamentos que es posible tener para atender a una parte de la población con un número limitado de patologías, y se sustituye por “Cuadro Institucional” que responde a las necesidades reales por niveles de complejidad de los servicios, y que da respuesta integral a las patologías de una población.

Otro concepto clave es el de “abasto crítico”, que se refiere al tipo de medicamentos que nunca debe faltar en ningún centro de salud porque pone en riesgo el control de los padecimientos críticos, como diabetes e hipertensión, por citar los más importantes. Su existencia en

los servicios debe ser medida sistemáticamente en el territorio como un indicador importante de calidad y oportunidad de la atención.

Deben contribuir en la construcción de dichos cuadros institucionales, por un lado el equipo de planeación, y por el otro un grupo de expertos de diferentes áreas, incluidos licenciados en farmacia y médicos especialistas, teniendo como insumos el análisis del estado del conocimiento científico, la información sobre morbilidad y mortalidad, las características de los servicios, etcétera.

2. Actividades en el marco del “Acuerdo para hacer Efectivo el Acceso a la Atención Médica y Medicamentos Gratuitos de la Población sin Seguridad Social”

Censo Estratégico para la Prestación de Servicios de Salud

El Censo Estratégico para la Prestación de Servicios de Salud en apoyo a las 8 entidades federativas del sur del país, se construyó sobre una plataforma cuya base de reporte son cédulas de evaluación desarrolladas para captar datos de las unidades de los tres niveles de atención. Se inició el proceso de levantamiento de la información con la capacitación de los encargados de calidad de estos estados, y ellos a su vez capacitaron al personal de las unidades de salud en cascada. Con base en la información que reportaron los responsables de cada unidad médica se logró la integración de un Diagnóstico Estratégico en los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Tabasco, Oaxaca, Veracruz, Yucatán y Quintana Roo.

Nota técnica sobre la Plataforma Informática

El acceso a la plataforma de los usuarios para captura de información, es mediante una clave de acceso única para cada establecimiento de salud, y al ingresar al sistema, este identifica el tipo de usuario para permitirle solo las acciones asignadas a su perfil correspondiente.

La plataforma cuenta con 3 perfiles: Usuario que captura información, Usuario para revisión/validación de información, y Usuario evaluador de la información; cada uno cuenta con clave de acceso única.

Los usuarios para revisión/validación de información, tienen acceso sólo para visualizar la información capturada para las unidades en su ámbito de

competencia, y en caso de ser correcta validarla. A partir de ese momento la información capturada por la unidad queda bloqueada, y ya no podrá ser modificada.

Los usuarios evaluadores de información, tienen acceso sólo para visualizar la información capturada de las unidades en su ámbito de competencia.

Los usuarios que capturan información, tienen acceso sólo a uno de los dos módulos para captura de información que correspondan al nivel de su unidad.

A continuación se describen las principales características de los módulos con que cuenta la plataforma.

MÓDULO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Este módulo cuenta con apartados para captura de información mínima de 840 ítems por cada establecimiento censado:

1. **Datos generales del establecimiento:** permite registrar datos para la identificación del establecimiento. En su mayoría esto se obtiene del catálogo institucional de CLUES y algunos datos se solicitan al momento de la captura.
2. **Cartera de servicios:** comprende la identificación del número de núcleos básicos con que cuenta la unidad para brindar atención básica, los servicios de atención ampliada o especializada, así como el servicio para el manejo de RPBI.
3. **Recursos humanos en salud:** identifica el total de recursos humanos por tipo de contratación con que cuenta la unidad (médicos, enfermeras, odontólogos, pasantes de servicio social de medicina, enfermería y odontología, psicólogos, trabajadores sociales, químicos o técnicos laboratoristas, radiólogos o técnicos radiólogos, nutriólogos, promotores de salud y técnicos de atención primaria a la salud).
4. **Atención médica:** identifica la población total de su área de influencia y la estimada para atención de Primer Nivel en la unidad, así como las isócronas mínimas y máximas de traslado hacia la unidad.

5. **Estado de conservación de la infraestructura general:** identifica los principales daños de la unidad y su origen, el mantenimiento recibido en los últimos 5 años, así como el estado de la infraestructura básica (vidrios, luminarias, extintores, rampas, señalamientos, drenaje y agua potable).
6. **Sala de espera:** identifica la existencia del espacio físico y el mobiliario requerido.
7. **Consultorio de medicina general, Consultorio de estomatología, Consultorio de psicología:** identifica el número de consultorios por cada tipo con que cuenta la unidad, y para cada uno de ellos la existencia de las condiciones mínimas para brindar atención médica explorando la existencia de áreas tributarias, el mobiliario, el equipo e instrumental con su estado funcional y si cuenta con mantenimiento.
8. **Medicina preventiva:** para las unidades que cuentan con este servicio, identifica la existencia mínima del refrigerador y los termos, así como el mantenimiento recibido en el último año.
9. **Laboratorio de análisis clínico:** identifica el tipo de servicio propio/subrogado, el cumplimiento normativo mínimo, así como el equipamiento con su estado funcional y el mantenimiento recibido en el último periodo.
10. **Rayos x:** identifica el cumplimiento normativo mínimo, así como mobiliario y equipamiento con su estado funcional y el mantenimiento recibido en el último año.
11. **Medicamento y Biológico:** identifica la existencia actual, así como la preexistencia en los últimos 3 o 6 meses de 230 claves de medicamento y 13 claves de biológico.
12. **Fotografías:** permite la incorporación de dos imágenes por unidad para demostrar las condiciones de la fachada y la sala de espera del establecimiento.

MÓDULO DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Este módulo cuenta con apartados para captura de información mínima de 1,300 ítems por cada establecimiento censado.

1. **Datos generales del establecimiento:** permite registrar datos para la identificación del establecimiento, en su mayoría esto se obtiene del catálogo institucional de CLUES y algunos datos se solicitan al momento de la captura.
2. **Cartera de servicios:** comprende la identificación del número de camas censables y no censables, reales y en operación, así como los servicios adicionales con que cuenta la unidad.
3. **Recursos humanos:** identifica el total de personal de salud por tipo, así como el personal en formación (médicos internos de pregrado, médicos residentes y pasantes de enfermería).
4. **Atención médica:** identifica la población objetivo de la unidad, la distancia mínima y máxima de traslado a la unidad de atención del siguiente nivel resolutivo, así como las 10 principales causas de atención.
5. **Gerencial:** identifica las principales problemáticas que presenta la unidad para la atención médica con referencia a su estado general, daños y mantenimiento recibido, saturación de los servicios y suficiencia del personal de salud por tipo, especialidad y servicio, equipamiento, insumos y procesos de la organización desde la visión del equipo directivo de la unidad. También identifica la formación del director.
6. En los apartados de **Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Unidad Quirúrgica, Tocología y Tococirugía, Unidad de Cuidados Intensivos, Laboratorios de Análisis Clínicos, Imagenología, Dietología, Cocina, Casa de Máquinas, Farmacia, Anatomía Patológica:** se identifican el horario de atención, las especialidades existentes, así como el número de consultorios, camas censables y reales de cada especialidad, número de ambulancias por tipo con que se cuenta, principales causas de atención en urgencias, unidad quirúrgica y unidad

de cuidados intensivos, facilidades para atención de pacientes con infarto agudo al miocardio, existencia de carros rojos funcionales y con abasto suficiente de medicamentos e insumos en las áreas de Urgencias, Unidad Quirúrgica, Tocología y Tococirugía, Unidad de Cuidados Intensivos se identifica si el servicio es propio o subrogado para laboratorio y dietología; la cantidad de personal de salud por servicio, especialidad, turno y tipo de contratación, las principales problemáticas que presenta cada servicio para la atención médica con referencia a las áreas tributarias, los daños y mantenimiento del equipo y la infraestructura, saturación de los servicios y suficiencia del personal de salud por tipo, especialidad y servicio, equipamiento, insumos y procesos de la organización; finalmente identifica número de secciones sindicales existentes en la unidad.

7. **Fotografías:** permite la incorporación de 4 imágenes por unidad para demostrar las condiciones de la fachada, acceso a la sala de espera general, quirófanos y área de urgencias.

El Censo estratégico, se construye en una herramienta informática que permite la captura y almacenamiento de información de los establecimientos de salud para la población sin seguridad social laboral, potenciales participantes del *Acuerdo* a nivel nacional. En él se concentran para cada establecimiento sus características generales, condiciones de infraestructura y equipamiento, recursos humanos con que cuenta, así como las principales problemáticas detectadas por el propio personal de la unidad, con la finalidad de contar con información que permita la evaluación y análisis de los servicios de salud, con el fin de integrar un Diagnóstico Estratégico.

El Diagnóstico Estratégico se convierte así en el punto de partida y elemento indispensable para la renovación del sistema de salud en el

marco del Acuerdo para hacer Efectivo el Acceso a la Atención Médica y Medicamentos Gratuitos de la Población sin Seguridad Social. Tiene por objeto llevar a cabo la evaluación conjunta del universo de establecimientos, a efecto de realizar una priorización y análisis de las necesidades específicas en cada una de las ocho entidades federativas que serán la base para priorizar la asignación de recursos para el fortalecimiento de la infraestructura, instrumental, equipamiento, medicamentos, recursos humanos y programas de mejora, de acuerdo con las necesidades identificadas.

Con la operación de la Plataforma, se tienen reportes actualizados de 3,892 unidades de consulta externa de Primer Nivel de Atención de 850 ítems, en las que se reflejan la situación actual de las dimensiones de: servicios básicos, cartera de servicios, mantenimiento, mobiliario, equipamiento, instrumental, medicamentos, biológicos, y recursos humanos. Asimismo, se tienen registradas 226 unidades de segundo y tercer nivel, con un promedio de 1,300 ítems que permiten identificar problemas por fallas en su infraestructura, carencias de mantenimiento, o fallas en sus procesos que impactan en la atención médica de la población.

El propósito del Censo Estratégico en los estados prioritarios, es contar con una herramienta que permita ordenar las intervenciones que lleven al mejoramiento de los servicios de salud y favorezcan la puesta en marcha de la estrategia de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos. La propuesta es construir de abajo hacia arriba fortaleciendo en primer lugar los establecimientos de Primer Nivel de Atención a fin de que puedan brindar los servicios básicos e integrar las redes de servicio a partir de las necesidades identificadas en ese nivel, lo que llevará a

intervenciones para mejorar las condiciones de operación de los niveles de mayor complejidad de atención (segundo y tercer nivel) que complementen el trabajo de la base de la pirámide. Se tiene el primer análisis de los estados de Veracruz, Tabasco, Chiapas y Oaxaca. Para el segundo y tercer nivel de atención se tiene el procesamiento inicial de la información del Censo para determinar la eficiencia en el uso del equipamiento y los recursos existentes por unidad hospitalaria. Como ejemplo del análisis que el censo permite para la toma de decisiones sobre las intervenciones a realizar se anexa el caso de Veracruz (Anexo 1).

Supervisión en los hospitales hacia la estructuración de la Auditoría médica

El análisis de los resultados del Censo se complementa con la supervisión realizada en los hospitales de más de 30 camas. La supervisión pone énfasis en el análisis *in situ* de los procesos y permite proponer cómo mejorarlos. La supervisión detecta además áreas mal planeadas, de construcción en proceso o abandonadas, así como equipo sobredimensionado, ocioso, descompuesto o sin instalar. Estos análisis proporcionan las bases para hacer propuestas de reingeniería de procesos, y reestructurar ciertas áreas de los hospitales para responder más eficientemente ante problemas prioritarios sin una oferta de servicios suficiente con un costo relativamente bajo. Este tipo de análisis se ha hecho para los hospitales de Villahermosa, Tabasco, y la mayoría de los hospitales de Chiapas, Tabasco y de Mérida, Yucatán, y se han elaborado propuestas para este universo de hospitales.

Derivado de las visitas a diferentes hospitales de segundo y tercer nivel, incluidos los de alta especialidad en los estados de Chiapas,

Tabasco, Veracruz, Yucatán y Oaxaca, se detectaron irregularidades consideradas como graves en término de mantenimiento de equipo médico de alto costo, equipo embalado o abierto sin estar en operación, áreas sin utilización, bajos niveles de ocupación sobre todo en los de alta especialidad, donde se trabaja hasta con la mitad de las camas registradas, saturación de algunos de los servicios de urgencias, y sobre todo sin procesos bien definidos, lo que pone en riesgo a los pacientes en términos de su seguridad. Los mismos resultados se reportan en el IMSS y en el ISSSTE.

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

Estos estudios combinados con el análisis de déficits en los indicadores básicos de recursos por población y la georeferencia de unidades, constituyen la base para determinar los faltantes de servicios para constituir las Redes Integradas de Servicios de Salud y calcular el costo de establecerlas y operarlas.

Exploración en campo

El levantamiento del Censo Estratégico y la supervisión de hospitales se completaron con un barrido en campo en los estados de Veracruz en febrero, y de Chiapas en marzo. La finalidad de esta actividad es: i) profundizar en la comprensión de la organización y funcionamiento de

las jurisdicciones sanitarias y ii) visitar diversos tipos de centros de salud y hospitales con 30 camas o menos. La estrategia fue complementar la información existente con información básicamente cualitativa ya que combina un cuestionario semiestructurado dirigido al personal de salud para recoger sus experiencias, problemas y propuestas con la observación en las unidades de salud y de su entorno. Se introdujeron algunos cambios en la guía de entrevista utilizada en Veracruz para su aplicación en Chiapas. Además, se precisaron varios temas a raíz de las discusiones en el grupo interinstitucional sobre Primer Nivel de Atención.

Las brigadas de la actividad en campo son mixtas con integrantes federales y estatales, y han participado todos los directores generales y la subsecretaria de la SIDSS. Trabajaron 11 brigadas en Veracruz y 21 en Chiapas, y se cubrieron todas las jurisdicciones sanitarias. La importancia de la participación de funcionarios federales de alto nivel fue que esta experiencia proporcionó una comprensión más directa de los problemas de los servicios de salud. Ha permitido elaborar una serie de propuestas dirigidas a resolver la problemática encontrada particularmente en los ámbitos de procesos organizacionales, tecnológicos, informáticos y de educación continua y capacitación. Estas propuestas se están incorporando en la intervención de los servicios estatales de salud firmantes de *Acuerdo*.

Nota técnica sobre los rubros de la entrevista en Jurisdicciones Sanitarias (JS)

- Características generales del jefe(a) jurisdiccional, formación profesional y para desempeñar el cargo directivo;
- Estructura organizacional de la jurisdicción;
- Personal adscrito a la JS y sus perfiles profesionales;

- Mecanismos de coordinación y seguimiento del sistema de referencia y contrareferencia;
- Relación con el sindicato;
- Características de los equipos zonales de supervisión y planeación de la supervisión;
- Procesos administrativos para atender solicitudes de equipamiento, infraestructura, medicamentos, insumos y mecanismos de distribución de ellos.

Diagnóstico de salud

El formato habitual de salud pública con especial énfasis de ENT.

Redes de Servicios de Salud

Establecimientos de primer y segundo nivel existentes en la JS;

Red de referencia y contrareferencia, e ideas para mejorarla;

Laboratorio(s) básicos y rayos-X en la JS;

Existencia de una red de atención médica especializada, por ejemplo, para atención a casos de Infarto Agudo al Miocardio o emergencia obstétrica y su funcionamiento.

Problemas y necesidades de:

Recursos presupuestales (Subsidios, propios y fiscales);

Recursos Humanos (capacitación, falta de plantilla, etc.);

Insumos (medicamentos, material de limpieza, gasolina, refacciones, entre otros);

Equipo (en servicio, sin funcionar, en mantenimiento o faltante).

Sistemas de Información

Existencia o no de la infraestructura informática necesaria (equipos, internet, entre otros).

Participación Social

Relación en general con la población atendida;

Existencia de coordinación de la participación social en la JS;

Relación entre la JS y las autoridades municipales;

Apoyo de las autoridades municipales a la JS y de qué tipo.

Capacitación

Existencia de capacitación para optimizar el desarrollo de la JS: personal directivo y operativo.

Opinión final de los entrevistados

Entrevista a Directivos (responsables u homólogos) de los Centros de Salud

Se repiten básicamente las preguntas hechas al director jurisdiccional, pero adaptadas al ámbito de responsabilidad del entrevistado;

Se profundiza en la coordinación con la JS;

Se profundiza en las particularidades y condiciones de los sistemas de información;

Se indaga sobre los registros obligatorios en los distintos sistemas de información y sobre la inversión de tiempo en estas tareas;

Se interroga sobre problemas de inseguridad en la zona;

Se profundiza en la participación social, las necesidades de capacitación, y

Se pide la opinión sobre los problemas y sus posibles soluciones.

Entrevista al Director de Establecimientos para la Atención Médica en el segundo nivel

Se hacen las mismas preguntas que al director del establecimiento de Primer Nivel pero adaptadas al ámbito de responsabilidad del entrevistado, con especial énfasis en las características y capacidad del hospital; la población de su responsabilidad; la cartera de servicios y su funcionamiento durante las 24 horas; existencia de áreas de terapia intensiva; principales causas de atención y porcentaje correspondiente a partos; porcentaje de ocupación.

Características de las redes de servicios de salud en las cuales participa el hospital con particular énfasis en mecanismos de interacción con las unidades de Primer Nivel y los procedimientos de atención especializada de urgencia;

Problemas y necesidades en relación con las atenciones que deberían de resolver en el hospital así como las medidas tomadas para resolverlas.

Problemas de inseguridad en la zona por desastres naturales frecuentes o violencia.

Relación con la JS u otras áreas directivas de los Servicios Estatales de Salud, y sugerencias para mejorar estas relaciones.

Se hacen básicamente las mismas preguntas sobre los *sistemas de información* que para la unidad de Primer Nivel;

Se indaga sobre las formas de *participación social* de la comunidad que demanda servicios al hospital y otras formas de organización, y en qué consiste su participación;

Se pregunta sobre tipo de *capacitación o educación continua* que existe y las que se requieren para mejorar la atención para cada tipo de personal;

Se pide la opinión sobre los principales problemas y sus posibles soluciones.

El trabajo en campo está documentado en una memoria fotográfica con más de 20,000 fotos.

Propuestas de intervención generadas con base en la metodología seguida

Con base en la información recolectada y procesada del Censo Estratégico, la supervisión de los hospitales, los resultados del trabajo en campo, ejercicios de análisis de datos adicionales, y la georeferencia, están en proceso de elaboración de intervenciones de mejoramiento y reorganización de los servicios en los estados de Chiapas, Veracruz y Tabasco. Se calcula iniciar la intervención en Chiapas a finales de mayo, en colaboración con el gobierno del estado y el recién anunciado “Instituto Nacional de Salud para el Bienestar”.

Propuesta inicial para Veracruz

Con base en la información del Censo y el trabajo de campo, se está creando un proyecto de intervención por un monto calculado de \$ 500 millones para un total de 750 unidades de Primer Nivel en lo relativo a

mantenimiento, insumos, mobiliario, instrumental y equipamiento. El mantenimiento de las unidades se hará con un convenio con el Ejército, a través de la Dirección General de Ingeniería, para tener eficiencia, rapidez, calidad y transparencia en el uso de los recursos.

Con base en los datos del Censo de los hospitales, la supervisión de hospitales con más de 60 camas (30 unidades) y el ejercicio de georeferencia de redes, se establecerán las necesidades de nuevas unidades hospitalarias a desarrollar en el mediano plazo.

Propuesta preliminar para hospitales de Villahermosa, Tabasco

A petición del gobernador de Tabasco y el entonces coordinador de la región, Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar, se elaboró un plan de reorganización de estos hospitales. La propuesta ha sido revisada y presentada a las autoridades locales. Con ella se gana capacidad instalada, mayor número de camas, especialización de los hospitales, menor saturación en los servicios de urgencias, fortalecimiento de áreas de traumatología, de atención materno infantil y del centro oncológico. Se incorporaría a la red en la misma ciudad, un nuevo centro de salud fortalecido, lo que permite la contención y mejor manejo de los pacientes y evita la sobre saturación de los hospitales. La obra está concluida pero no tiene equipamiento. La inversión total de la propuesta es de \$128 millones.

3. Participación en la Comisión Intersectorial para la reconstrucción

Los terremotos de 2017

La DGPLADES participa en la Comisión Intersectorial para la Reconstrucción. El procedimiento fue crear el censo de unidades en cada estado afectado y a partir de ello se realizó el levantamiento y se determinó las necesidades de acuerdo al grado de afectación. Se plantea dentro de los procedimientos de operación el realizar convenios de colaboración con cada estado para la transferencia de recursos, se incorpora un convenio con las Fuerzas Armadas quienes ejecutarán las obras a efecto de evitar licitaciones que retrasen las obras y abatir la corrupción, tan frecuente en este tipo de intervenciones. La DGPLADES realizará la comprobación del gasto, se conforma un expediente por obra y al término de las mismas se informa a SEDATU de los resultados. En el caso de que existan recursos no ejercidos por efecto de economías se devuelve mediante la TESOFE a SEDATU.

Las obras y acciones que contempla el Programa Nacional de Reconstrucción para dar cumplimiento al objetivo señalado en salud son:

- *Rehabilitación:* Acciones de reparación de la infraestructura hospitalaria, para lograr que las unidades médicas dañadas, presten un servicio de calidad;
- *Reconstrucción:* Se realiza cuando la Unidad Médica presente daños mayores e implica la demolición y construcción de un inmueble del mismo tipo y capacidad en el mismo terreno y ubicación, o en su caso aplicará cuando las condiciones de seguridad del terreno en donde se ubique el inmueble afectado, implique la inestabilidad del subsuelo o

una alta probabilidad de afectaciones futuras graves por eventos similares atribuibles a su misma ubicación o la combinación de ambos supuestos;

- *Equipamiento*: Compra de equipo médico y mobiliario clínico, afectados por los sismos.

A la fecha se han realizado 386 verificaciones de unidades médicas reportadas por los estados de: Chiapas, Ciudad de México, Guerrero, Estado de México, Morelos y Oaxaca, quedando por realizarse 135 verificaciones. Hasta este momento se han detectado 93 unidades afectadas por los sismos de septiembre de 2017 y febrero de 2018, que no fueron incluidas en el FONDEN o que correspondieron al porcentaje que tenía que ser reconstruido por los estados con recursos propios.

De las verificaciones realizadas a las Unidades Médicas dañadas, se tiene determinado el número de unidades susceptibles de incluir en el Programa Nacional de Reconstrucción en los estados siguientes:

Programa Nacional de Reconstrucción 2019					
Estado	Unidades Verificadas	Unidades Validadas a Rehabilitar	Unidades a Reconstruir Validadas	Importe (MDP)	Observaciones
Chiapas	14	12	2	119.0	
Estado de México	139	0	0		En proceso de validar
Guerrero	25	7	16	138.5	
Morelos	141	33	0	105.0	
Oaxaca	66	6	16	142.9	
CDMX	1	0	1		En proceso de validar
Totales	386	58	35	505.4	

En ninguna de las unidades se tiene considerado el equipamiento, toda vez que no se ha observado daño al equipamiento en las verificaciones.

Está terminada la reconstrucción del Hospital General con 60 camas de Juchitán y está en funcionamiento.

Hospital GEA González: La torre de hospitalización que se dañó todavía no se ha reconstruido por la intervención del INBA, bajo el argumento de que es un monumento histórico. La solución del problema está en marcha y la demolición será costeadada por la Fundación Carso.

Se está elaborando el diagnóstico del Hospital Juárez de México, que implica la demolición de la torre de investigación y probablemente en el año próximo su construcción, ya que los recursos asignados deben ser ejercidos en este año.

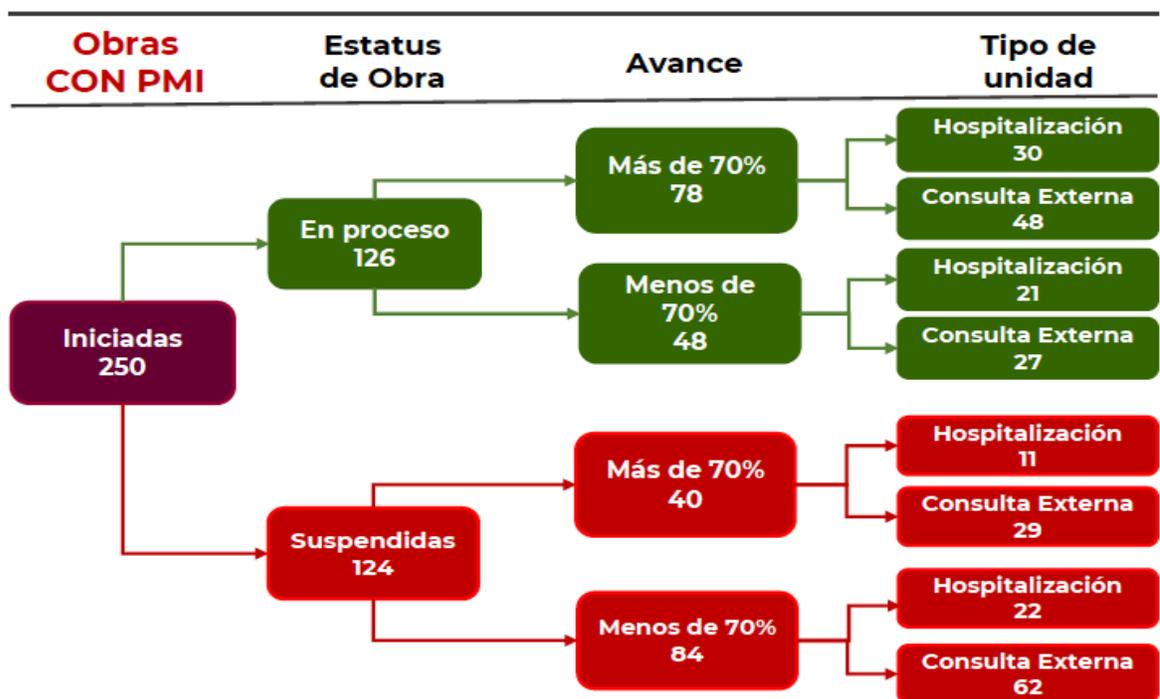
Huracán Willa de Nayarit

En una visita a Nayarit se hizo la propuesta del modelo de hospital para sustituir el dañado. Así mismo se revisó el hospital materno infantil de Tepic y se hizo una propuesta al gobernador sobre su rediseño. No se han resuelto los problemas del terreno donde se propone reconstruir un centro de salud fortalecido con atención de partos normales. Por otra parte el hospital materno infantil requiere resolver los problemas de comprobación de gastos antes de que se pueda concluir.

4. Obras en proceso

Al inicio de la actual gestión se encontraron 250 obras iniciadas, 166 de consulta externa, y 84 de hospitalización registradas en el Plan Maestro de Infraestructura (PMI); de ellas 126 estaban en proceso y 124 suspendidas. Adicionalmente había 74 obras sin registro en el PMI, lo que es violatorio de la Ley General de Salud y sus reglamentos. De ellas 37 estaban en proceso y 37 suspendidas.

Obras CON PMI, en proceso y suspendidas

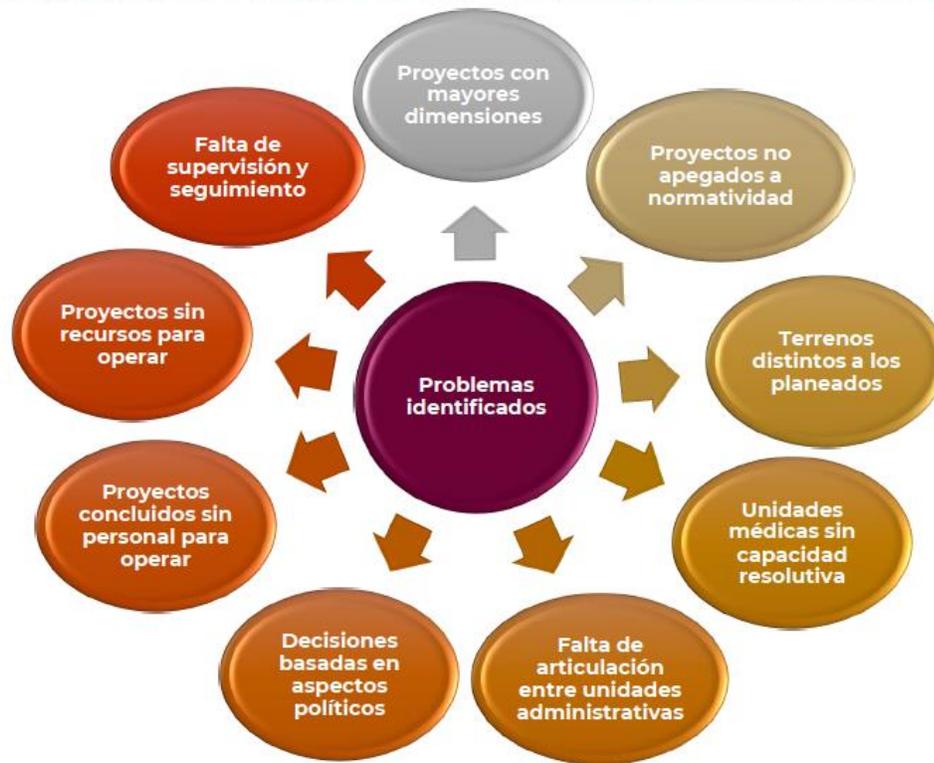


Fuente: SSA, DGPLADES. PMI, corte a enero 2019

El análisis realizado por la DGPLADES demostró que las causas de esta situación son múltiples, como se observa en el siguiente esquema.

Cabe señalar que en la gran mayoría, los responsables de esta situación son los Sistemas Estatales de Salud o alternativamente la asignación de presupuesto a los diputados vía el ramo 23 del presupuesto federal.

Factores que provocan la **SUSPENSIÓN** o **ABANDONO** de **OBRAS** en **SALUD**



En el marco del seguimiento a las acciones de infraestructura en proceso, tomando como referencia los registros del Sistema de Seguimiento de Infraestructura, se identificaron acciones cuyo avance de obra se reporta cercano al 90% a fin de realizar visitas y constatar la situación real del proyecto.

De esta forma, durante los meses de febrero y marzo se realizaron las visitas a los siguientes proyectos:

- Hospital Materno Infantil de Tijuana, Baja California
- Hospital Comunitario Las Joyas, Guanajuato
- Hospital General de León, Guanajuato
- Hospital Materno Infantil de Coatzacoalcos, Veracruz
- Centro Oncológico Saltillo, Coahuila
- Hospital Materno Infantil Saltillo, Coahuila
- Hospital Psiquiátrico Chametla, Baja California Sur
- Hospital General Fresnillo, Zacatecas
- Hospital General Meztitlán, Hidalgo
- Hospital Integral Zimapán, Hidalgo
- Hospital de Especialidades con Oncología Chetumal, Quintana Roo
- Hospital Psiquiátrico, Yucatán

Todas estas unidades pueden ser concluidas en el presente año, pero se requiere de plantillas de personal en la mayoría de ellas, lo que representa una limitante grave.

Región del Sureste

En la región del sureste que se definió como prioritaria por el Presidente de la República, se tienen los siguientes hallazgos encontrados en las supervisiones. Se analizó toda la base de datos en un ejercicio con el objeto de determinar el monto a ejercer en el 2019 y estar en posibilidad de entregar obras en beneficio de la población.

Criterios de priorización de DGPLADES:

- Obras pendientes en los estados de Veracruz, Chiapas, Tabasco, Guerrero, Oaxaca, Campeche, Quintana Roo y Yucatan;

- Obras con un avance del 90% y presupuesto autorizado para el término y el equipamiento;
- Obras en las que hay que adjudicar presupuesto en 2019 en equipo y obra, pero que por su avance no pueden quedar suspendidas;
- Cálculo de gastos de operación de unidades nuevas que es probable que no se encuentren consideradas en el presupuesto de egreso por entidad federativa;
- Proyección de la plantilla necesaria y costo anual.

De acuerdo a los criterios se presenta el estado de obras pendientes en los estados del sureste en el siguiente cuadro.

Cuadro resumen de inversión en obra, equipo, plantilla, costo plantilla y gastos de operación por estado. 20 obras que pueden ser terminadas en el 2019 (cifras representadas en millones de pesos).

Estado	Población beneficiada	Pendiente de obra	Pendiente de equipo	Plantilla faltante: No. de plazas	Costo anual de la plantilla	Gasto anual de operación	Costo total primer año
Chiapas 5 obras	114,806	0	0	174	37.6	16.5	54.1
Guerrero 1 obra	157,626	0	0	0	0	57.8	57.8
Oaxaca 10 obras	1,200,512	86.7	483.8	920	198.7	101.2	870.4
Tabasco 2 obras	554,520	250	393	358	77.3	85.4	805.7
Veracruz 2 obras	103,350	10	5.6	0	0	2.34	17.9
Total	2,130,814	346.7	882.4	1452	313.6	263.2	1,805.9

Otras asesorías a proyectos de infraestructura

A la revisión de los hospitales en proceso y suspendidos se han añadido las asesorías a los proyectos de infraestructura en salud que acompañan las solicitudes de Certificado de Necesidad. En lo que va del 2019 se han recibido 19 anteproyectos arquitectónicos, y se han realizado 18 revisiones, de los cuales cinco ya cuentan con dictamen por parte de la Dirección de Nuevos Modelos. Entre los proyectos recibidos se encuentran: Guanajuato con sustitución del Centro de Salud Urbano 10 NB de San José Iturbide y la sustitución del Centro de Salud Rural 1 NB de Valtierra.

5. Nueva orientación del CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud)

Durante los meses de diciembre a marzo el CENETEC ha participado activamente en las actividades de apoyo a la estrategia de la Atención Primaria a la Salud Integrada (APS-I), a través de las siguientes acciones:

- En colaboración con DGPLADES se ha trabajado en el desarrollo de nuevos modelos de infraestructura para unidades del Primer Nivel de Atención, en particular en lo concerniente al componente de equipamiento médico;
- También se participó en el ejercicio de evaluación de unidades médicas del Primer y Segundo Nivel en Chiapas. Uno de los resultados de dicha experiencia es el desarrollo de una propuesta para la operación de la gestión de equipo médico, en el Primer Nivel y hospitales de los estados.
- Se ha desarrollado un modelo de interconsulta a distancia para fortalecer la capacidad resolutive de las unidades de atención de Primer Nivel. La propuesta incluye la instalación de un centro de atención que contará con la participación de médicos especialistas, o de mayor experiencia en los tema de salud prioritarios, quienes podrán ser consultados a distancia por los responsables de la atención de Primer Nivel (médicos o enfermeras), mediante vías de comunicación que van desde el teléfono convencional, mensajes de texto vía telefonía celular, o correo electrónico. Aunque se requiere de conectividad adecuada, el proyecto sólo implica una muy modesta inversión financiera en equipo de telecomunicación y almacenamiento de datos, ya que se buscaría utilizar los recursos humanos existentes.

- De manera complementaria, se participa en los grupos de trabajo para la actualización de cuatro NOM's (Infraestructura hospitalaria, Atención médica prehospitalaria de urgencias, Cuidados Intensivos y Urgencias) para adecuarlas a las necesidades actuales.
- En el marco de la construcción del *Compendio Nacional de Insumos para la Salud*, en marzo de 2019 el CENETEC envió al Consejo de Salubridad General la propuesta para modificar el Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CICBCISS) que está orientada a los siguientes objetivos: i) Priorizar las tecnologías que serán evaluadas de acuerdo a las necesidades de las instituciones públicas y no a las de la industria; ii) Mejorar los criterios de aceptabilidad para disponer de insumos efectivos, seguros y eficientes; iii) Actualizar permanentemente el Compendio Nacional de Insumos, con énfasis en la depuración del mismo; iv) Fortalecer la vinculación entre las actividades de la CICBCISS y las de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS); v) Fomentar la transparencia y el acceso a la información pública y; vi) Promover la rendición de cuentas en la toma de decisiones.
- También se ha elaborado una propuesta de Acuerdo para crear el Comité Nacional de Evaluación de Tecnologías para la Salud, cuyo objetivo principal es institucionalizar y consolidar la evaluación de las tecnologías para la salud en México, como herramienta para mejorar la asignación y el uso racional, transparente y óptimo de los recursos disponibles, con el objetivo de contribuir a la cobertura universal, equidad, calidad y eficiencia de los servicios de salud, manteniendo su viabilidad financiera.

- Se ha reestructurado el Programa de Guías de Práctica Clínica, con objeto de concentrar esfuerzos en contar con guías actualizadas en enfermedades de mayor incidencia y prevalencia, de manera de incrementar la capacidad resolutive en el Primer Nivel de Atención. Cabe señalar que se trata de Guías de Práctica Clínica no de protocolos de atención.

6. Actividades conjuntas con el IMSS, ISSSTE, Pemex y fuerzas armadas hacia la integración del Sistema Único, Público y Gratuito de Salud

Las actividades conjuntas entre la SIDSS y las direcciones médicas de las instituciones de seguridad social, se han concentrado en tres ámbitos prioritarios: el diseño conjunto del Primer Nivel de Atención de la APS-I, el diseño y posible ubicación de los llamados hospitales “universales” y trabajo conjunto hacia la construcción del nuevo sistema de información nacional y único de información.

Para los avances en diseño del Primer Nivel de Atención cabe señalar que el IMSS en sus vertientes régimen ordinario e IMSS-Bienestar, ha participado con representantes de muy alto nivel y con capacidad de toma de decisiones, lo que ha facilitado la elaboración de un consenso entre el IMSS y la SIDSS.

Los estudios sobre los hospitales “universales” forman parte de la confluencia de planificación entre las instituciones que todavía enfrentan obstáculos legales e institucionales. Un primer paso ha sido analizar regionalmente la complementariedad entre los servicios de la SS, el IMSS y el ISSSTE, particularmente de alta complejidad, con la finalidad de no duplicar servicios y explorar formas de “intercambio, renta o compra de servicios” entre las instituciones públicas, lo que presupone un acuerdo sobre un tabulador mutuamente acordado.

Se han iniciado los acercamientos para la construcción de un sistema de información nacional único que se ha visto obstaculizado por varios aspectos técnicos y por la falta de oportunidad de la información

del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA). Los avances en los acuerdos sobre el modelo del Primer Nivel de Atención crean un terreno común para que las instituciones progresen juntas en la elaboración del nuevo sistema de información.

7. Revisión y elaboración del nuevo sistema de información en salud en el contexto de la Atención Primaria de Salud

La información en salud es un insumo fundamental para el desarrollo e instrumentación del modelo de Atención Primaria en Salud. Esta información requiere de un proceso de ordenamiento y sistematización a nivel nacional, que incorpore a todas las instituciones de salud (públicas y privadas), el cual es representado por un Sistema Nacional de Información en Salud. Este sistema debe permitir, por un lado, disponer de datos que faciliten medir oportuna y eficientemente el impacto de la instrumentación de este modelo, y por otro contar con una serie de métricas sobre las actividades desarrolladas por la unidad médica, así como de su personal, y el más importante, para conocer a través de indicadores específicos el estado que guarda la salud de la población.

Para lograr la universalización de los servicios de salud, hoy más que nunca se requiere de una información sólida, confiable y analítica, que apoye la mejora del nuevo sistema público de salud, a través de una serie de variables e indicadores que den cuenta de la situación de la salud, particularmente en comunidades que no han disfrutado de servicios de salud a los que tiene derecho, que apoyen además la administración de los recursos, así como el diseño de acciones sustentadas con información oportuna para la prevención.

Para la instrumentación de este nuevo sistema de información, se aplicará un enfoque innovador al SINBA con cuatro ejes rectores: único, amigable, reducción de la carga de captura manual y con productos de información para todos los niveles de servicios.

Al inicio de la nueva administración, se hizo un primer análisis de la generación de información de los sistemas utilizados y del trabajo desarrollado en los años anteriores con el objetivo de elaborar un diagnóstico inicial e identificar a partir de éste una serie de acciones con el fin de establecer un programa de mejora continua de la información en salud y que se centre en los insumos de información para el desarrollo del modelo de atención primaria a la salud. De esta manera se identificó, en principio, la siguiente problemática:

- Se realizó una inversión importante de recursos tanto presupuestales como tecnológicos para introducir el SINBA en una plataforma de información donde residen las bases de datos de distintos programas de salud, pero se privilegió de manera importante la orientación tecnológica, sin considerar que aún existe el registro e integración manual de una gran cantidad de reportes. En muchas ocasiones contienen datos similares, pero dado que estos los requieren unidades diferentes se elaboran de manera repetida, aislada y exhaustiva;
- Aún persisten los territorios de información que controlan diferentes áreas y no se ha logrado una coordinación única que permita simplificar el trabajo de acopio de información en las unidades médicas y en las jurisdicciones sanitarias. Lo anterior provoca una saturación dentro de las unidades médicas, ocasionando un consumo de tiempo importante por parte del médico para el llenado de los diversos formatos;
- El SINBA ha sido adoptado de manera diferenciada por las Secretarías Estatales de Salud (SES), pero no se ha consolidado, ya que se partió de la suposición de que la infraestructura de

cómputo y comunicaciones funcionaban adecuadamente en las más de 10 mil unidades médicas, del sistema de Secretaría de Salud-SES lo cual todavía no se ha logrado. Además, muchas unidades carecen de equipo de cómputo, algunas más cuentan con equipo poco eficiente, así como la falta de internet. La aplicación desarrollada para el SINBA se basa en la disposición de una plataforma tecnológica robusta a la cual accedan a todas las entidades federativas. Por otro lado, la infraestructura de cómputo y de comunicaciones actual en el centro de datos, no es suficiente para soportar todas las transacciones de información de manera oportuna y esto ocasiona retrasos en la integración de la información;

- No se produce información para apoyar la toma de decisiones de manera oportuna. Se da respuesta a las peticiones de información de acuerdo a la demanda en los diferentes niveles de servicios institucionales, pero se carece de un esquema sistematizado a través de productos con información estadística que den cuenta de las acciones y de los avances del trabajo institucional;
- No hay criterios de validación que involucren a las secretarías estatales en una revisión con criterios uniformes y sistematizados sobre la calidad de la captura e integración de información desde la unidad médica. Los procesos de revisión de la calidad de la información no están automatizados, por lo que en los diferentes niveles de captura e integración no los aplican de manera regular y estandarizada. En las secretarías de salud estatales se procesa, se libera y se envía a los repositorios de información, y en el momento de la integración de los tableros/cubos de información del SINBA se sufren retrasos en su entrega por los procesos de validación que deben aplicarse y que en ocasiones no se pueden explicar, ya que

las incongruencias provienen desde la unidad médica en demérito de la calidad y oportunidad de la información;

- Los avances para difusión de información son muy limitados. Existe una gran cantidad de información en las bases de datos, pero no se aplicaron esquemas metodológicos para su análisis, integración y difusión que apunten hacia lo que se considera como una información inteligente;
- Se carece de personal y equipo suficiente en las entidades federativas y en el nivel central.

Este diagnóstico señala los temas que dan la pauta de hacia donde se debe aplicar un nuevo enfoque al SINBA como una respuesta integral para mejorar la toma de decisiones, representada con un Programa de Mejora Continua de la Información en Salud y que comprenda las siguientes acciones:

- Tener un mayor acercamiento con las áreas donde se integran información a fin de ir adaptando aplicaciones que faciliten su trabajo. Se debe además aprovechar experiencias de las secretarías estatales en aplicaciones como los avances que se tiene en el uso del expediente clínico electrónico;
- Incrementar la capacitación en las entidades federativas y elaborar manuales y folletos que expliquen el concepto del SINBA y sus alcances;
- Desarrollar aplicaciones sencillas y amigables pero sobre todo confiables, que funcionen *Off Line* y que permitan la captura nominal para que estas puedan utilizarse en equipo de cómputo de características básicas, lo que significa que no requieren de un servicio de internet en línea, con lo cual se resolverá la integración y

- captura en varios cientos de unidades médicas, y con la disminución de la carga de trabajo en las jurisdicciones sanitarias;
- Revisar y definir procesos de captación de información estandarizados que eviten la captura repetitiva de información y que se vincule de manera más eficiente el uso de Identificadores (CURP, CLUES, entre otros) que garantice el aprovechamiento de información de los pacientes en forma ágil (datos de identificación, sociodemográficos);
 - Incrementar la seguridad de la información, de manera especial en lo que se refiere a los Padrones de Beneficiarios y a los datos nominales de las diferentes aplicaciones inherentes a la prestación de servicios;
 - Hacer productos que permitan la integración de cifras consolidadas tanto a nivel unidad médica, como jurisdicción y estado, las cuales se puedan consultar de manera mensual;
 - Impulsar el uso de la información geo-referenciada que permita visualizar la información de salud en espacios geográficos, para además incorporar medios de transporte, características del terreno, entre ellas la orografía y la hidrografía;
 - Elaborar criterios de consistencia y validación de los datos y de esta manera lograr una información con estándares de alta calidad. En este sentido establecer metodologías de medición homogéneas a nivel nacional que sean aplicables en los diferentes niveles de trabajo (unidad médica, jurisdicción, entidad y nivel federal);
 - Darle un nuevo giro a la difusión de la información con la integración de productos estadísticos basados en aplicaciones informáticas de inteligencia que se actualicen periódicamente y residan en la página de la SIDSS;

- Desarrollar aplicaciones utilizando la tecnología celular y redes sociales para la difusión de la información;
- Hacer trámites y conseguir fuentes de financiamiento para mejorar la plataforma tecnológica y la seguridad de la información y con eso lograr procesos eficientes y para el acceso y disponibilidad de la información en salud;
- Fortalecer el intercambio de información sectorial para integrar cifras representativas del sector salud y que den la pauta de la universalización de los servicios;
- Avanzar en la integración de información del Sector Privado con el fin de ampliar el conocimiento de la situación de salud y prestación de servicios.

8. Formación de recursos especializados para la atención médica y otros temas relevantes de la DGCES

- En cuanto a la *Formación de Recursos Especializados para la Atención Médica*, se logró la adscripción de 10,119 médicos para cumplir con los programas de formación validados por las instituciones de educación superior en unidades de salud; de estos 9,777 son médicos residentes en sus diversas etapas de formación y 342 para realizar cursos de alta especialidad que se suman a los recursos humanos que atienden los padecimientos con mayor incidencia en la población a nivel nacional;
- Como parte del *Servicio Social del Personal de Salud e Internado Médico* en la Secretaría de Salud, se logró la adscripción en este período de 2,052 internos de medicina, 3,591 pasantes de medicina dentro del modelo comunitario con enfoque en medicina familiar, 170 pasantes de investigación, 2,847 pasantes de atención médica (promotores de la salud, nutriólogos, psicólogos, etc.), 96 de regulación sanitaria, 4,498 de enfermería y 1,299 de estomatología, que suman 14,553 becarios que se añaden a los 36,584 existentes de la promoción del mes de agosto de 2018, para un total de 51,137;
- Como parte de las *Acciones de Capacitación para el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención*, se difundió en la plataforma de Educación, Capacitación y Actualización a Distancia en Salud (*EDUC@DS*), el curso en línea “Gestión de Riesgos y Protección Civil para unidades de Primer Nivel de Atención” el cual cuenta con la participación de personal de las 32 entidades federativas. Se han inscrito 3,717 trabajadores y lo han aprobado 3,348. De igual manera se llevaron a cabo dos cursos referentes a

seguridad en unidades hospitalarias con la participación de todas las instituciones del sector salud y representantes de entidades federativas en lo relativo a la Nueva Lista de Verificación para la determinación del *Índice de Seguridad Hospitalaria* y el *Índice de Inclusión en la Respuesta ante Desastres*;

- Se han identificado las necesidades de capacitación por puesto alineadas al perfil epidemiológico de 30 entidades federativas, a través de los responsables de capacitación de los niveles estatal, jurisdiccional y de unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención. Se cuenta con información de 421 unidades de segundo y tercer nivel, y 217 jurisdicciones sanitarias. Se generó el *Programa Institucional de Capacitación* con la programación de 18,566 eventos de capacitación dirigidos a puestos del área médica como: médicos especialistas, médicos generales, enfermeras, laboratoristas, trabajadoras sociales, camilleros, entre otros, de los cuales se han realizado 3,374 con 118,828 asistentes;
- En la plataforma *EDUC@DS* que brinda la oferta educativa gratuita dirigida al equipo de salud de Primer Nivel de Atención, se alcanzó un registro total de 140,350 participantes y 342,338 registros totales de inscripciones en los 22 cursos disponibles, con más del 60% de eficiencia terminal. Se incorporó el curso “Valores y Cultura del Buen Trato” al cual se han registrado 1,841 personas de las cuales 277 lo han concluido satisfactoriamente.
- En cuanto al desarrollo de más cursos, se encuentran en producción los relativos a: enfermedades raras; cuidados paliativos; emergencia obstétrica; Hepatitis C y; bioética. Para ello, se han gestionado apoyos o patrocinios con el fin de poner a disposición temas relevantes que fortalezcan la atención médica en Primer Nivel de Atención;

- Como parte del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de la Secretaría de Salud “PETIC”, se obtuvo la aprobación de la Unidad de Gobierno Digital de la Secretaría de la Función Pública (SFP), para la realización en 2019 del *Programa de Fortalecimiento para la Calidad y Seguridad de la Información para los Procesos del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM)*, así como del *Sistema Integral Informático del ENARM*;
- El 29 de marzo se publicó la Convocatoria del *XLIII ENARM*, que se llevará a cabo en el mes de septiembre, con lo que se asegurará la continuidad de los ciclos académicos de residencias médicas de entrada directa.

9. Otras actividades de interés sobre Calidad y Desempeño

- Ante la necesidad de brindar una respuesta inmediata ante los riesgos de atención médica en el país, se desarrolló e instrumentó por primera vez una *Plataforma para la Identificación de Recursos para la Atención de Influenza*, la cual sirve para monitorear diariamente las unidades hospitalarias para facilitar la toma de decisiones en situaciones de emergencia. En dicha Plataforma reportan 114 unidades hospitalarias de 27 entidades federativas, a través de la cual se brinda seguimiento a las acciones de prevención, ocupación de camas, disponibilidad de personal especializado, utilización de insumos y equipamiento. Los reportes brindan información a través de 54 variables que permiten la detección oportuna de problemas para la instrumentación de protocolos y estrategias de respuesta inmediata en la época de mayor riesgo para la población. Es importante resaltar que esta misma herramienta puede ser utilizada para el reporte de información inmediata ante cualquier situación que comprometa la prestación de servicios de atención médica en las unidades de salud;
- Se cuenta con el *Manual para la Implementación de los Paquetes de Acciones para Prevenir y Vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)*, el cual tiene la participación de las instituciones del Sector Salud, así como de representantes de la sociedad civil a través de la Asociación Mexicana para el Estudio de las Infecciones Nosocomiales. Tiene la finalidad de instrumentar paquetes de acciones para la prevención de las IAAS en las unidades de atención médica y con ello contribuir a mejorar la

calidad de atención y seguridad del paciente en las instituciones del Sistema Nacional de Salud;

- Se publicó el *Programa Anual de Acreditación 2019*, que por primera vez logró la calendarización de 3,259 visitas de evaluación de la calidad en las 32 entidades federativas, con base en la priorización de establecimientos por parte de los Servicios Estatales de Salud. De estas 2,889 serán para CAUSES, 354 para FPGC y 16 para SMSXXI, el cual cerrará el 20 de diciembre de 2019;
- Para facilitar la acreditación, se revisó la cédula de acreditación, y la DGCES se comprometió a revisar las unidades de salud en un tiempo no mayor a una semana a partir de la solicitud de los servicios estatales de salud;
- Se publicaron las *Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica 2019*, el cual tiene por objeto impulsar el desarrollo y la instrumentación de propuestas que inciden en la mejora de la calidad de la atención médica en el Sistema Nacional de Salud;
- En seguimiento a la operación de *las Instituciones de Seguros Autorizadas para Operar el Ramo de Salud*, se dictaminaron los Informes Anuales de 9 aseguradoras y se otorgó el Dictamen Anual para Operación a 6 de ellas. Adicionalmente se otorgó un dictamen provisional que permitirá constituirse para prestar dichos servicios a otra empresa aseguradora;
- Se ha elaborado el *Banco de indicadores históricos de evaluación sectorial del desempeño hospitalario 2012-2018* a nivel de unidad hospitalaria, que incluye a las principales instituciones públicas de salud (SS, IMSS, IMSS-Bienestar e ISSSTE);

- Se han *priorizado* 73 de las 818 *Guías de Práctica Clínica* para su actualización e instrumentación con un enfoque de Atención Primaria a la Salud;
- DGED logró la inclusión del compromiso en el Programa Nacional Hídrico 2019-2024 (PNH) de proporcionar agua y drenaje en todas las localidades con un centro de salud.

10. Actividades relacionadas con otras secretarías de estado, organismos y compromisos internacionales

Actividades con SHCP, el CONEVAL y la SFP

- a) Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora (ASM);
- b) Seguimiento a las evaluaciones pendientes de ejercicios fiscales anteriores;
- c) Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales (SIIPP-G): Integración del reporte de cierre 2018 para el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018 y resultados de los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018; la identificación y transparencia de los ASM derivados de las evaluaciones externas a los programas presupuestarios que transfieren recursos a las entidades federativas a través de aportaciones federales, subsidios o convenios; la identificación de los programas presupuestarios a cargo de la dependencia o entidad, obligados a incorporarse al SIIPP-G en cada ejercicio fiscal, e integrar oportunamente a esta herramienta electrónica los padrones de beneficiarios de los programas elegibles, a fin de conformar el SIIPP-G; y al establecimiento de compromisos para garantizar la calidad de la información, mejorar la normatividad y la coordinación con las áreas al interior de la institución o con otras instancias, a partir del análisis de la información contenida en el SIIPP-G y de las recomendaciones de la SFP;

- d) Rendición de cuentas, se integró el informe de cierre de la Matriz de Gestión 2018, y los avances 2019 del SIIPP-G para presentarse durante la primera reunión del Comité de Control y Desempeño Institucional de la Secretaría de Salud (COCODI);
- e) *Indicadores del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA)*. Actualización de los 16 indicadores incorporando las cifras a 2018;
- f) Informe de Avance y Resultados 2018 del PROSESA 2013-2018 sobre al cumplimiento de los objetivos establecidos;
- g) Protocolo de San Salvador. La DGED funge como representante y elemento activo ante los trabajos continuos del Protocolo.

Cooperación técnica con organismos internacionales en los que México es país miembro

Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico 2020-2025 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

La SIDSS mediante sus Direcciones Generales ha venido colaborando en coordinación con Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) desde el inicio de los trabajos en agosto de 2018. Se ha participado en una reunión presencial y siete reuniones virtuales, y se participó en el grupo de expertos consultados para llevar a cabo la priorización de resultados que se espera lograr en el Plan. Los trabajos del Plan concluyen en septiembre de 2019, donde se presentará la versión final a los cuerpos directivos de la OPS. México es líder en la región por su especialización técnica y en compartir buenas prácticas. En esta oportunidad, México tendrá la posibilidad de alinear estrategias e indicadores del Plan Sectorial de Salud con los compromisos internacionales, donde se incluyen los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el Plan de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Reporte de Indicadores Health Care Quality Outcomes (HCQO) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) 2019

El reporte que se realiza cada dos años ha permitido estar monitoreando los resultados comparativamente con los países miembros de la OCDE. La solicitud inicial llegó en noviembre de 2018, a partir de ello la DGED está trabajando en la estimación de 9 indicadores con datos del año 2016 y 2017, lo cual actualiza la serie de indicadores disponibles de 2009 a 2017. Los indicadores que se reportan son: tasas de hospitalizaciones evitables por diabetes, hipertensión, enfermedad obstructiva crónica, insuficiencia

cardíaca congestiva y asma; el indicador de tasa de amputaciones a causa de la diabetes, así como tres indicadores de tasas de mortalidad intrahospitalaria por Infarto Agudo al Miocardio, Evento Vascular Cerebral hemorrágico e isquémico. Se espera realizar el reporte previo visto bueno de la SIDSS al cierre del mes de abril de 2019. (A partir del reporte realizado en 2015 se identificó que México tenía 3 veces más elevada la tasa de mortalidad intrahospitalaria por Infarto Agudo al Miocardio, lo cual dio origen a diferentes estrategias e iniciativas que hoy están en proceso).

Observatorio Nacional de Inequidades en Salud publicó con auspicio de la OPS para ser lanzado en el contexto de la presentación del Informe de la Comisión de Alto Nivel realizado en la Ciudad de México (Anexo 2).

Participación en reuniones internacionales:

DGIS

Febrero 5 al 7, Santiago de Chile, Chile. VI Reunión de la Red de Centros Colaboradores de la OPS/OMS para la “Familia de Clasificaciones Internacionales (FCI)”. Colaboración en el plan de actividades de capacitación en beneficio de México y otros países de la Región de las Américas (Financiado por la OPS).

Febrero 20 al 23, Quito, Ecuador. Participación en la Reunión Internacional sobre Cuentas de Salud (Financiado por la OPS).

DGCES

Marzo 19 y 20 de 2019, Washington D.C. E.U.A. OPS/OMS Consulta Regional de la propuesta de “Estrategia y Plan de Acción para garantizar la calidad de servicios integrales para la salud de las personas, sus familias y las comunidades”.

Marzo 26 y 27 de 2019, Washington D.C., E.U.A. OPS/OMS Taller de validación de la metodología para la instrumentación y seguimiento del plan de acción de la estrategia de recursos humanos para el acceso y cobertura universal de salud 2018-2023.

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

REDES Y COLABORACIONES INTERNACIONALES DE LA SIDSS.

1. Centro Colaborador de la OMS/OPS

Un centro colaborador de la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud) es una institución que se integra a una red de cooperación entre instituciones creada por la propia OPS/OMS, para el intercambio de publicaciones, información, ideas, lecciones sobre prácticas exitosas y otras experiencias, entre los profesionales de los centros y sus aliados. De esa manera se busca apoyar el desarrollo de instituciones en el área de la Salud.

Las dependencias de la SIDSS que son centros colaboradores de la OMS/OPS en las áreas indicadas:

- I. DGIS:** Clasificación de las Enfermedades, Política de Investigación y Desarrollo, Información Estadísticas, Evaluación y Medición.
II. CENETEC: a) Evaluación de Tecnologías para la Salud; b) Gestión de Equipo Médico; c) Guías de Práctica Clínica; d) Telesalud

También se participa activamente como miembro de las siguientes organizaciones internacionales:

1. Co-Coordinadora de Campus Virtual de Salud Pública Nodo México de la OPS/OMS (**DGCES**).
2. OCDE grupo de trabajo en Calidad
3. Grupo Asesor sobre el Plan Estratégico 2020-2025 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (**DGED**)
4. Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías para la Salud (INAHTA). (**CENETEC**).
5. Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías para la Salud de las Américas (RedETSA) de la OMS/OPS. (**CENETEC**).
6. División de Ingeniería Clínica de la Federación Internacional de Ingenierías Médico-Biológicas (IFMBE-CED). (**CENETEC**).
7. Reporte de Indicadores Health Care Quality Outcomes (HCQO) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) 2019. (**DGED**)

3.- DGIS -OCDE

Integración del informe de salud anual (Health Data) para la OCDE
 integración de Cuentas en Salud anual (Health Accounts) para la OCDE
 Miembro del grupo de trabajo de corresponsales en salud

4.- DGIS-OMS-OPS

Integración de indicadores básicos de salud

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

DIRECCIONES GENERALES		Comisiones, Comités, Consejos y Grupos de Trabajo					
SUBSECRETARÍA	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Consejo Consultivo Nacional del Sistema de Información Estadística y Geográfica (SNIEG)	Consejo Nacional de Salud	Comisión Consultiva sobre necesidades de capacitación y formación del Consejo Nacional de Salud	Junta de Gobierno del Instituto Nacional de las Mujeres	Junta de Gobierno del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas	
	Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud	Comité del Financiamiento para el desarrollo de la infraestructura Física en Salud	Grupo Técnico de Seguimiento de los Programas Regionales de Desarrollo	Comité Consultivo Nacional de Normalización y control de Enfermedades	Comités de Obras Públicas de la Secretaría de Salud	Comité de Vigilancia del ISSSTE	
DOPLADES	Comisión interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud - CIFRHS-	Comisión Nacional Mixta de Participación	Comité Consultivo Nacional de Normalización, de innovación, desarrollo, tecnologías e información en salud (CCNNISDITIS)	Comité de Estimulos a la Calidad del Desempeño de personal de salud	Comisión permanente de Enfermería (CPE)	Comisión para la ratificación de controles médicos	Comité Técnico del Observatorio Nacional de inequidades en salud
	Consejo Nacional CONASIDA	Comité de Atención Integral del CONASIDA	Comité de Prevención del CONASIDA	Comité de Obras certificación de la Calidad de la SSA de la Unidad de atención médica del Consejo de Salubridad General	Comité Nacional para el reconocimiento de la calidad	Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS)	Comité de Monitoreo y Evaluación del CONASIDA
DGIS	Comité Técnico Sectorial (INEGI, CONAPO e instituciones del sector salud)	Centro Mexicano de Enfermedades	Comité Técnico del Fideicomiso 2058 e-México	Comisión para la certificación de establecimiento nacional de consejos de especialidades médicas	Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y certificación del Programa Hospital Seguro en la CDMX	Comité conjunto para el proyecto de generalización de las técnicas mínimamente invasivas	Grupo técnico asesor del Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y Certificación del Hospital Seguro.
	Cooperación técnica con organismos internacionales en coordinación con DGRI sobre el Plan Estratégico 2020-2025 de la OPS	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica (CNGPC)	Comité Nacional de Control y Desempeño Institucional (COCODI) Salud (CTESS)	Comité Técnico Sectorial en Salud	Comité de Obras certificación de la Calidad de la SSA de la Unidad de atención médica del Consejo de Salubridad General	Comité Nacional de Evaluación, Diagnóstico y certificación del Programa Hospital Seguro en la CDMX	Comité de Monitoreo y Evaluación del CONASIDA
CENETEC (órgano desconcentrado)	Comité de Control y Desempeño Institucional (COCODI)	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica (CNGPC)	Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos (2 comités)	Comité Técnico del Fideicomiso de Protección Social en Salud	Comité de Gestión de Competencias en Ingeniería Biomédica	Subcomité de equipo médico de dispositivos médicos, Farmacopea del país.	Comité de Evaluación de la Comisión Interinstitucional de Recursos Humanos en Salud
			Comité de Ética y Prevención de conflictos de intereses del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud (CEPCI)	Comité Interno del Centro Nacional de Trasplantes	Comité de Gestión de Competencias en Ingeniería Biomédica	Subcomité de equipo médico de dispositivos médicos, Farmacopea del país.	Comité de Evaluación de la Comisión Interinstitucional de Recursos Humanos en Salud

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

DIRECCIONES GENERALES

Otras actividades grupales

DGCES	Responsable de los procesos de los residentes, internado médico y servicio social de las carreras	Junta de gobierno del Hospital General de México "Eduardo Liceaga"	Acreditación de unidades de salud; actividades de la atención y seguridad del paciente	Actividades de la atención y seguridad del paciente	Formación de recursos especializados para la atención médica
DGIS	Sesión general para médicos "Correcto llenado del Certificado de Defunción, Hospital la Raza, Marzo 2019	VI Reunión de la Red de Centros Colaboradores de OPS/OMS, Santiago de Chile, Feb. 2019	Reunión Internacional sobre Cuentas de Salud, Quito, Ecuador, Feb. 2019	Sesión Skype "Uso de la CIE-10 dirigido a psiquiatras y psicólogos, Marzo 2019	Congreso Internacional de Calidad y Seguridad del Paciente, Durango, marzo 2019
DGED	Evaluación del desempeño del sistema de salud	Reunión Multisectorial de Implementación del Programa Nacional Hidrico 2019-2024 (PNH)			
CENETEC (órgano desconcentrado)	Estrategia de la Atención Primaria a la Salud Integrada (APS-I)	Diseño conjunto para el Sistema Único, Público y Gratuito de Salud (IMSS, ISSSTE, Pemex y fuerzas armadas)	Grupo de Trabajo de Evaluación de Tecnologías para la Salud		

Anexo 1

Censo de establecimientos para el fortalecimiento de los servicios de salud en el estado de Veracruz

*Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud*

1. Encuadre del análisis de la información del censo

El Censo de Salud en Estados Prioritarios se desarrolló a través de una plataforma digital con **850 ítems** para Primer Nivel de Atención y **1,300** en segundo y tercer nivel de atención.

Estados prioritarios:

- Campeche,
- Chiapas,
- Guerrero,
- Oaxaca,
- Quintana Roo,
- Tabasco,
- Veracruz y
- Yucatán.

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

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

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

2. Matriz de Diagnóstico de Recursos y Servicios

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

Veracruz de Ignacio de la Llave

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

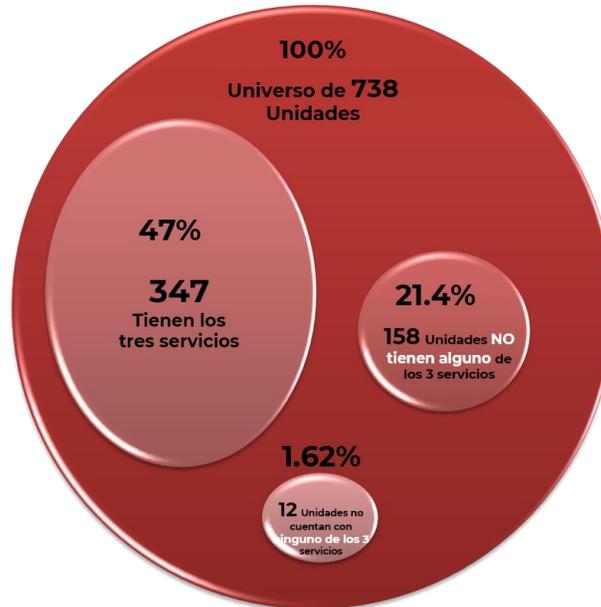
UNIDADES DE PRIMER NIVEL	
JURISDICCIÓN SANITARIA	UNIDADES
COATZACOALCOS	84
CÓRDOBA	68
COSAMALOAPAN	46
MARTÍNEZ DE LA TORRE	54
ORIZABA	59
PÁNUCO	67
POZA RICA	92
SAN ANDRÉS TUXTLA	49
TUXPAN	67
VERACRUZ	65
XALAPA	87
TOTAL	738*

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

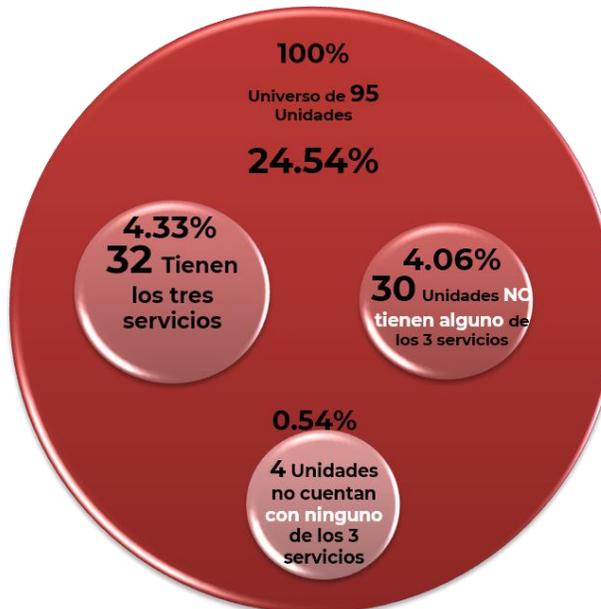
Fuente: Censo 2019 de establecimientos para el fortalecimiento de los servicios de salud. DGCES.

3. Hallazgos por componente

Servicios Básicos de Energía eléctrica, agua potable y drenaje



GENERAL



ATIENDE POBLACIÓN INDÍGENA

Fuente: Censo 2019 de establecimientos para el fortalecimiento de los servicios de salud. DGCES

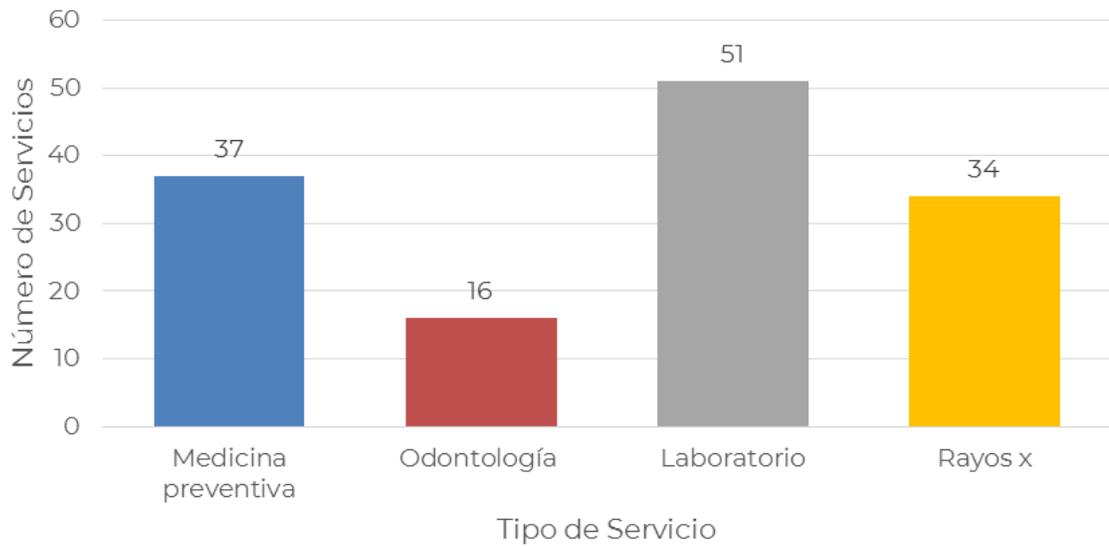
Necesidades de Servicios Básicos por Jurisdicción/Estado de Veracruz							
Jurisdicción	Total Unidades	Falta Energía	Falta drenaje	Falta agua	Falta 3 servicios	%	
						Edo/sin 3 Servicios	Proporción por jurisdicción sin 3 servicios
COATZACOALCOS	84	4	37	22	3	25	3.57
CÓRDOBA	68	1	22	1	0	0	0.00
COSAMALOAPAN	46	2	20	13	1	8.33	2.17
MARTÍNEZ DE LA TORRE	54	0	9	9	0	0	0.00
ORIZABA	59	2	27	24	2	16.66	3.39
PÁNUCO	67	2	48	21	1	8.33	1.49
POZA RICA	92	1	52	60	1	8.33	1.09
SAN ANDRÉS TUXTLA	49	2	21	8	1	8.33	2.04
TUXPAN	67	0	49	38	0	0	0.00
VERACRUZ	65	19	34	8	2	16.66	3.08
XALAPA	87	5	9	11	1	8.33	1.15
TOTAL	738	38	328	215	12		

Cartera de Servicios

Núm. núcleos	Núm. de unidades según el censo	Servicios que tiene según el censo			
		MP	EST	LAB	RX
1 a 2	577	545			
3 a 5	104	100	93		
6	23	23	19	0	
7 a 12	34	33	33	6	0
Suma		701	145	6	0

Número núcleos	Servicios que debe tener según Modelo de DGPLADES			
	MP	EST	LAB	RX
1 a 2	577			
3 a 5	104	104		
6	23	23	23	
7 a 12	34	34	34	34
Suma	738	161	57	34
Total	37	16	51	34

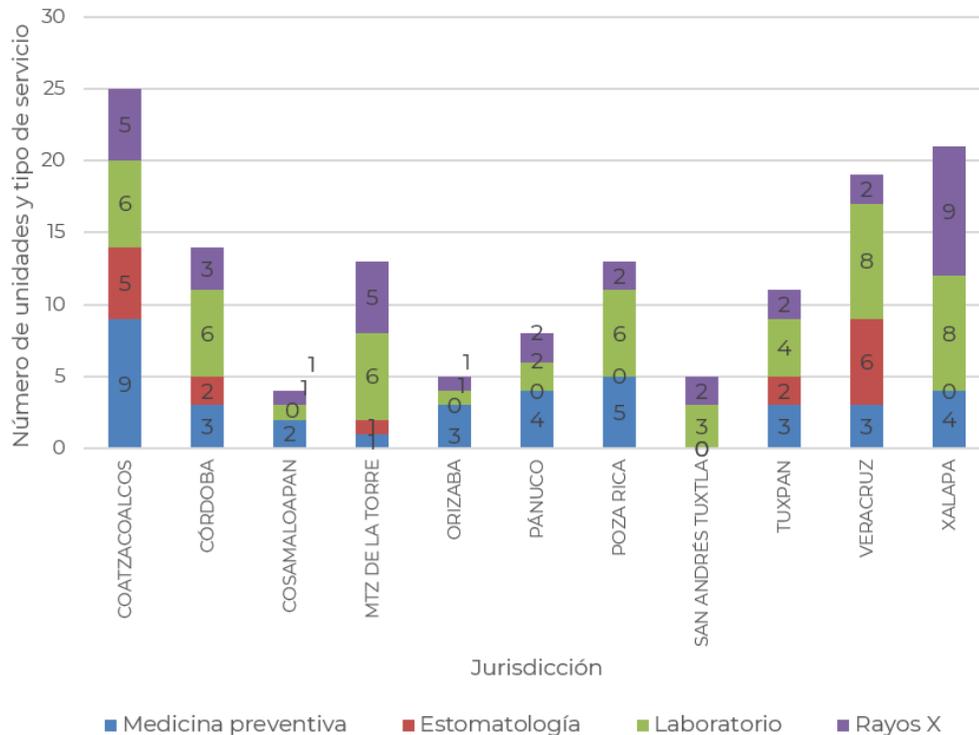
Número de servicios que se requieren en Veracruz en unidades de 1er nivel



Unidades que no cumplen con la cartera de servicios en el estado de Veracruz por Jurisdicción Sanitaria

	Medicina preventiva	Estomatología	Laboratorio	Rayos X
COATZACOALCOS	9	5	6	5
CÓRDOBA	3	2	6	3
COSAMALOAPAN	2	0	1	1
MTZ DE LA TORRE	1	1	6	5
ORIZABA	3	0	1	1
PÁNUCO	4	0	2	2
POZA RICA	5	0	6	2
SAN ANDRÉS TUXTLA	0	0	3	2
TUXPAN	3	2	4	2
VERACRUZ	3	6	8	2
XALAPA	4	0	8	9
Total	37	16	51	34

Unidades que no cumplen con la cartera de servicios en el estado de Veracruz por Jurisdicción Sanitaria



Cálculo realizado de acuerdo al Modelo de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud, que establece la relación entre núcleos básicos existentes con servicios ofertados, cabe señalar que existen algunas unidades que pueden estar contabilizadas en más de un servicio faltante.

Mantenimiento Estado de la infraestructura actual

UNIDADES CON DAÑOS REPORTADO A LA INFRAESTRUCTURA SIN TIPOLOGÍA			
JURISDICCIÓN	UNIDADES	CON DAÑOS	PORCENTAJE
COATZACOALCOS	84	78	93%
CÓRDOBA	68	47	69%
COSAMALOAPAN	46	38	83%
MARTÍNEZ DE LA TORRE	54	45	83%
ORIZABA	59	48	81%
PÁNUCO	67	64	96%
POZA RICA	92	77	84%
SAN ANDRÉS TUXTLA	49	43	88%
TUXPAN	67	55	82%
VERACRUZ	65	62	95%
XALAPA	87	77	89%
TOTAL	738	634	86%

Independientemente de las causas, **144** unidades reportaron daños estructurales **severos**:

Resumen de unidades con reporte de **daños estructurales**

Jurisdicción	UNIDADES	Mínimos	Moderados	Severos
Coatzacoalcos	84	19 (23%)	38 (45%)	21 (25%)
Córdoba	68	17 (25%)	13 (19%)	17 (25%)
Cosamaloapan	46	12 (26%)	15 (33%)	11 (24%)
Martínez de la Torre	54	24 (44%)	11 (20%)	10 (19%)
Orizaba	59	21 (36%)	21 (36%)	6 (10%)
Pánuco	67	28 (42%)	25 (37%)	11 (16%)
Poza Rica	92	19 (21%)	30 (33%)	29 (32%)
San Andrés Tuxtla	49	12 (24%)	20 (41%)	11 (22%)
Tuxpan	67	11 (16%)	30 (45%)	14 (21%)
Veracruz	65	27 (42%)	30 (46%)	5 (8%)
Xalapa	87	36 (41%)	32 (37%)	9 (10%)
Total	738	226 (31%)	265 (36%)	144 (20%)

UNIDADES CON REPORTE DE DAÑOS ESTRUCTURALES SIN MANTENIMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS		
JURISDICCIÓN	CON DAÑOS	SIN MANTENIMIENTO
COATZACOALCOS	78	35
CÓRDOBA	47	42
COSAMALOAPAN	38	28
MARTÍNEZ DE LA TORRE	45	34
ORIZABA	48	30
PÁNUCO	64	54
POZA RICA	77	55
SAN ANDRÉS TUXTLA	43	32
TUXPAN	55	46
VERACRUZ	62	44
XALAPA	77	62
TOTAL	634	462 (73%)

Para poder realizar el análisis con las variables seleccionadas se realiza una estratificación con los siguientes criterios:

1. Unidades con reporte de daños estructurales por falta de mantenimiento
2. Unidades con reporte de daños estructurales por desastres naturales
3. Unidades sin reporte de daños estructurales con desviaciones en el indicador INFSALUD1/

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

Unidades con reporte de daños estructurales por falta de mantenimiento

Jurisdicción	Total de unidades	Gravedad	Falta de mantenimiento
COATZACOALCOS	84	Mínimos	14 (17%)
		Moderados Severos	32 (38%) 18 (21%)
CÓRDOBA	68	Mínimos	11 (16%)
		Moderados Severos	13 (19%) 14 (20%)
COSAMALOAPAN	46	Mínimos	9 (19%)
		Moderados Severos	15 (37%) 10 (22%)
MARTÍNEZ DE LA TORRE	54	Mínimos	24 (44%)
		Moderados Severos	10 (18%) 9 (17%)
ORIZABA	59	Mínimos	18 (30%)
		Moderados Severos	15 (25%) 6 (10%)
PÁNUCO	67	Mínimos	27 (40%)
		Moderados Severos	22 (33%) 11 (16%)
POZA RICA	92	Mínimos	17 (18%)
		Moderados Severos	28 (30%) 29 (31%)
SAN ANDRÉS TUXTLA	49	Mínimos	10 (20%)
		Moderados Severos	18 (37%) 11 (22%)
TUXPAN	67	Mínimos	11 (16%)
		Moderados Severos	29 (43%) 13 (19%)
VERACRUZ	65	Mínimos	26 (40%)
		Moderados Severos	30 (46%) 5 (8%)
XALAPA	87	Mínimos	36 (41%)
		Moderados Severos	25 (29%) 9 (10%)



- Viabilidad de reparación o sustitución.
- Revisión de Cartera de Servicios y recursos necesarios.

135 unidades reportan daños estructurales **severos por falta de mantenimiento**

Unidades con reporte de daños estructurales por **desastres naturales**

Jurisdicción	Total Unidades	Gravedad	Desastres naturales
COATZACOALCOS	84	Mínimos	8 (9%)
		Moderados Severos	23 (27%) 12 (14%)
CÓRDOBA	68	Mínimos	7 (10%)
		Moderados Severos	1 7 (10%)
COSAMALOAPAN	46	Mínimos	5 (10%)
		Moderados Severos	4 (9%) 7 (15%)
MARTÍNEZ DE LA TORRE	54	Mínimos	3 (5%)
		Moderados Severos	1 5 (9%)
ORIZABA	59	Mínimos	13 (22%)
		Moderados Severos	15 (25%) 3 (5%)
PÁNUCO	67	Mínimos	3 (4%)
		Moderados Severos	6 (9%) 2 (3%)
POZA RICA	92	Mínimos	5 (5%)
		Moderados Severos	7 (8%) 20 (22%)
SAN ANDRÉS TUXTLA	49	Mínimos	3 (6%)
		Moderados Severos	6 (12%) 4 (8%)
TUXPAN	67	Mínimos	1
		Moderados Severos	4 (6%) 10 (15%)
VERACRUZ	65	Mínimos	1
		Moderados Severos	1 0
XALAPA	87	Mínimos	2 (2%)
		Moderados Severos	6 (7%) 4 %

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



74 unidades presentan daños estructurales **severos** por **desastres naturales**

Unidades sin reporte de daños estructurales con desviaciones en el indicador INFSALUD^{1/}

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

Entidad	Unidades con INFSALUD menor a 0.5
COATZACOALCOS	49
CÓRDOBA	38
COSAMALOAPAN	19
MARTÍNEZ DE LA TORRE	9
ORIZABA	27
PÁNUCO	25
POZA RICA	58
SAN ANDRÉS TUXTLA	35
TUXPAN	37
VERACRUZ	45
XALAPA	27
Total general	369

Criterio	Valor cumplimiento	Total	Ponderación
40. Vidrios	1		
42. Luminarias ext	1		
43. Luminarias int	1		
44. Extintores	1	7	1
45. Rampa	1		
46. Barandal	1		
47. Señalamiento	1		

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

Unidades sin reporte de daños estructurales con **necesidades de mantenimiento específico**

Artículo	Artículos que requieren de construcción o gestiones en las unidades											Total	Información para creación de paquetes
	COATZA	CÓRD	COSAM	MTZ TORRE	ORIZ	PÁN	POZA RICA	SN ANDRÉS	TUXP	VER	XAL		
Rampa de acceso con barandal	47	39	24	25	37	39	65	34	47	44	47	448	
Luminarias interiores	45	22	11	9	29	16	29	14	20	41	27	263	
Falta de vidrios	30	24	13	10	17	20	24	25	22	29	19	233	
Pintura en interiores	42	19	4	8	18	29	19	17	17	17	33	223	
Luminarias exteriores	27	7	4	3	11	13	7	7	5	34	12	130	
Pintura en exterior	32	10	5	4	6	8	6	9	10	21	7	118	

Artículo	Artículos para adquisición en las unidades											Total	Información para adquisición y distribución
	COATZA	CÓRD	COSAM	MTZ TORRE	ORIZ	PÁN	POZA RICA	SN ANDRÉS	TUXP	VER	XAL		
Extinguidores	34	35	21	1	21	17	59	38	43	34	25	328	
Señalamientos y ruta de evacuación	56	56	25	31	26	39	64	40	42	40	35	454	

Mobiliario

Mobiliario, Instrumental y Equipo por consultorio

La estructura de la base de datos generada por el Sistema de Detección de Necesidades (CENSO) nos permite determinar la cantidad de recursos físicos faltantes en cada consultorio.

Para el análisis se toma en consideración la necesidad de recursos físicos por Entidad Federativa, Jurisdicción Sanitaria y Municipio para facilitar la distribución después de haber realizado la adquisición de los recursos:

1. **Necesidades de mobiliario**
2. **Necesidades de instrumental**
3. **Necesidades de equipo**

Necesidades de mobiliario

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

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

Artículo	COATZA	CÓRD	COSAM	MTZ TORRE	ORIZ	PÁN	POZA RICA	SN ANDRÉS	TUXP	VER	XAL	Total
Botiquín Urg.	145	134	58	75	94	88	115	75	90	136	175	1185
Sillas con descansabrazos (2)	129	97	53	60	95	86	95	75	91	129	163	1,073
Basura RPBI (1)	96	125	39	28	61	41	64	64	38	115	148	819
Privacidad paciente (1)	92	99	24	38	60	53	70	62	36	86	144	764
Guarda Med	129	62	42	22	46	43	40	59	26	82	167	718
Contenedor RPBI (1)	65	124	16	11	42	31	48	49	12	82	134	614
Guarda Exp	105	26	16	16	41	39	34	68	25	60	155	585
Guarda Inst.	105	37	14	17	48	9	27	48	9	49	149	512
Mesa mayo (1)	71	94	12	25	50	24	45	45	6	49	81	502
Bascula (1)	66	80	12	9	41	20	21	39	12	57	108	465
Basura mpal (1)	28	51	14	7	20	11	21	42	7	34	77	312
Banco altura (1)	33	39	11	7	14	14	20	33	9	50	65	295
Asiento Medico (1)	25	35	5	5	8	5	20	43	7	40	67	260
M. Exploración (1)	7	15	4	5	9	9	21	4	3	28	64	169
Escritorio (1)	6	12	4	6	8	1	17	4	3	23	57	141

Información para adquisición de mobiliario

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

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

Artículo	COATZA	CÓRD	COSAM	MTZ TORRE	ORIZ	PÁN	POZA RICA	SN ANDRÉS	TUXP	VER	XAL	Total
Lavabo	53	32	16	24	19	43	52	47	60	86	99	531
Área de Exploración	16	16	5	7	9	5	29	34	3	31	62	217
Área de Interrogatorio	24	14	8	6	8	1	21	3	4	22	67	178

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

Equipo Necesidades de equipo

Las necesidades detectadas de equipo consideran un dispositivo por consultorio:

Artículo	COATZA	CÓRD	COSA M	MTZ TORRE	ORIZ	PÁN	POZA RICA	SN ANDRÉS	TUXP	VER	XAL	Total
Lámpara con haz	128	98	28	21	79	33	62	75	81	104	140	849
Esfingomanómetro	27	50	15	5	22	5	29	9	19	29	89	299
Negatoscopio	47	28	6	4	28	19	24	22	5	35	81	299
Estuche diagnóstico	24	29	16	4	15	8	22	11	17	29	82	257
Pinard	26	45	11	4	18	1	24	12	4	42	64	251
Estetoscopio	18	20	8	5	18	6	26	9	8	22	71	211

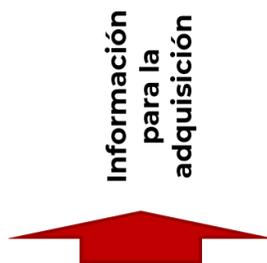


Información
para
adquisición
de equipo

Instrumental Necesidades de instrumental

Las necesidades detectadas de instrumental consideran un artículo por consultorio:

Artículo	COATZA	CÓRD	COSAM	MITZTORRE	ORIZ	PÁN	POZA RICA	SN ANDRÉS	TUXP	VER	XAL	Total
Caja para soluciones	140	107	39	46	82	53	95	63	67	119	170	981
Torondero	116	85	25	29	66	56	60	55	88	88	164	832
Pinza curva	53	88	31	12	55	37	33	46	29	42	161	587
Tijera recta	50	89	25	11	58	34	32	49	31	48	160	587
Mango de bisturí	56	86	28	14	54	40	36	24	29	56	158	581
Pinza mosquito	63	88	31	12	53	37	32	32	28	44	161	581
Material sutura	58	49	33	7	50	45	34	27	19	60	155	537
Riñon 250ml	43	83	22	17	53	27	37	25	28	43	158	536
Martillo percusor	61	78	24	24	45	37	31	9	41	59	126	535
Portagujas	38	81	22	9	52	34	30	33	23	40	160	522
Pinza de anillo	36	81	22	9	51	37	29	35	16	42	160	518
Pinza disección	40	85	24	8	54	32	26	26	17	33	161	506
Termómetro	28	24	8	5	21	10	23	5	6	61	78	269
Cinta métrica	25	31	12	5	18	6	18	5	10	36	61	227



Infraestructura Física y Recursos Humanos

JURISDICCIÓN	TOTAL DE UNIDADES	NÚMERO DE CONSULTORIOS	NÚCLEOS BÁSICOS REGISTRADOS	NÚCLEOS BÁSICOS FUNCIONALES	TOTAL MÉDICOS	MÉDICOS PASANTES DE SERVICIO SOCIAL	TOTAL ENFERMERAS	ENFERMERAS PASANTES DE SERVICIO SOCIAL
COATZACOALCOS	84	151	217	212	228	24	319	15
CÓRDOBA	68	135	173	172	182	11	232	17
COSAMALOAPAN	46	61	85	74	70	12	123	11
MARTINEZ DE LA TORRES	54	85	118	118	119	20	186	13
ORIZABA	59	104	113	126	172	6	235	15
PÁNUCO	67	98	111	106	122	8	107	9
POZA RICA	92	123	154	152	171	11	254	14
SAN ANDRÉS TUXTLA	49	80	122	120	116	16	148	18
TUXPAN	67	89	113	109	120	9	179	15
VERACRUZ	65	137	173	164	173	30	147	84
XALAPA	87	178	232	230	273	24	316	6
TOTAL	738	1,241	1,611	1,583	1,746	171	2,246	217

Recursos Humanos de Enfermería

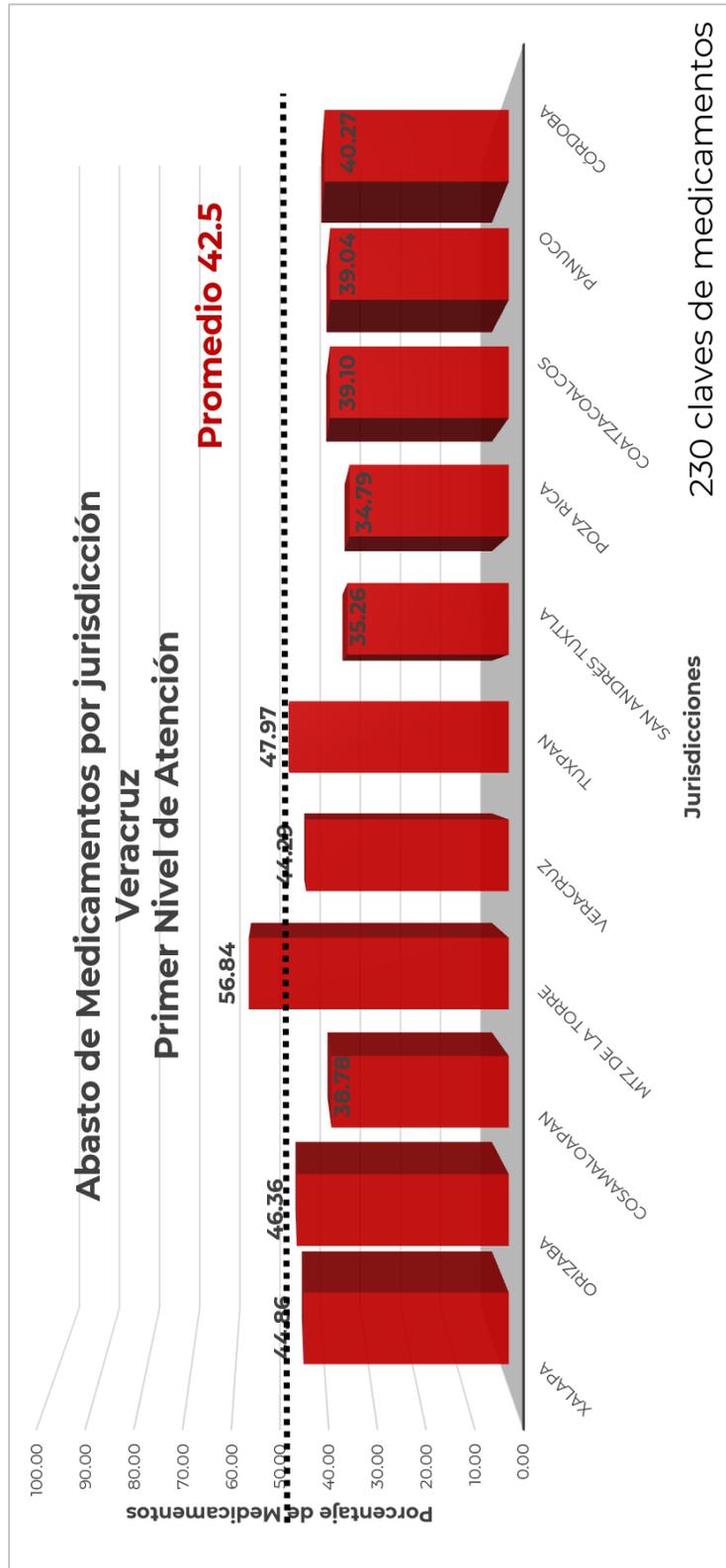
Totales por jurisdicción y estimación de necesidades

JURISDICCIÓN	UNIDADES	ENFERMERAS				
		ACTUAL	NECESIDAD DGPLADES	BALANCE ^{1/}	NECESIDAD PROPUESTA DE Enfermeras Comunitarias	BALANCE ^{2/}
COATZACOALCOS	84	319	482	163	424	105
CÓRDOBA	68	232	386	154	344	112
COSAMALOAPAN	46	123	158	35	148	25
MARTÍNEZ DE LA TORRES	54	186	258	72	236	50
ORIZABA	59	235	274	39	252	17
PÁNUCO	67	107	228	121	212	105
POZA RICA	92	254	326	72	304	50
SAN ANDRÉS TUXTLA	49	148	266	118	240	92
TUXPAN	67	179	246	67	232	53
VERACRUZ	65	147	372	225	328	181
XALAPA	87	316	522	206	460	144
TOTAL	738	2,246	3,494	1,248	3,160	914

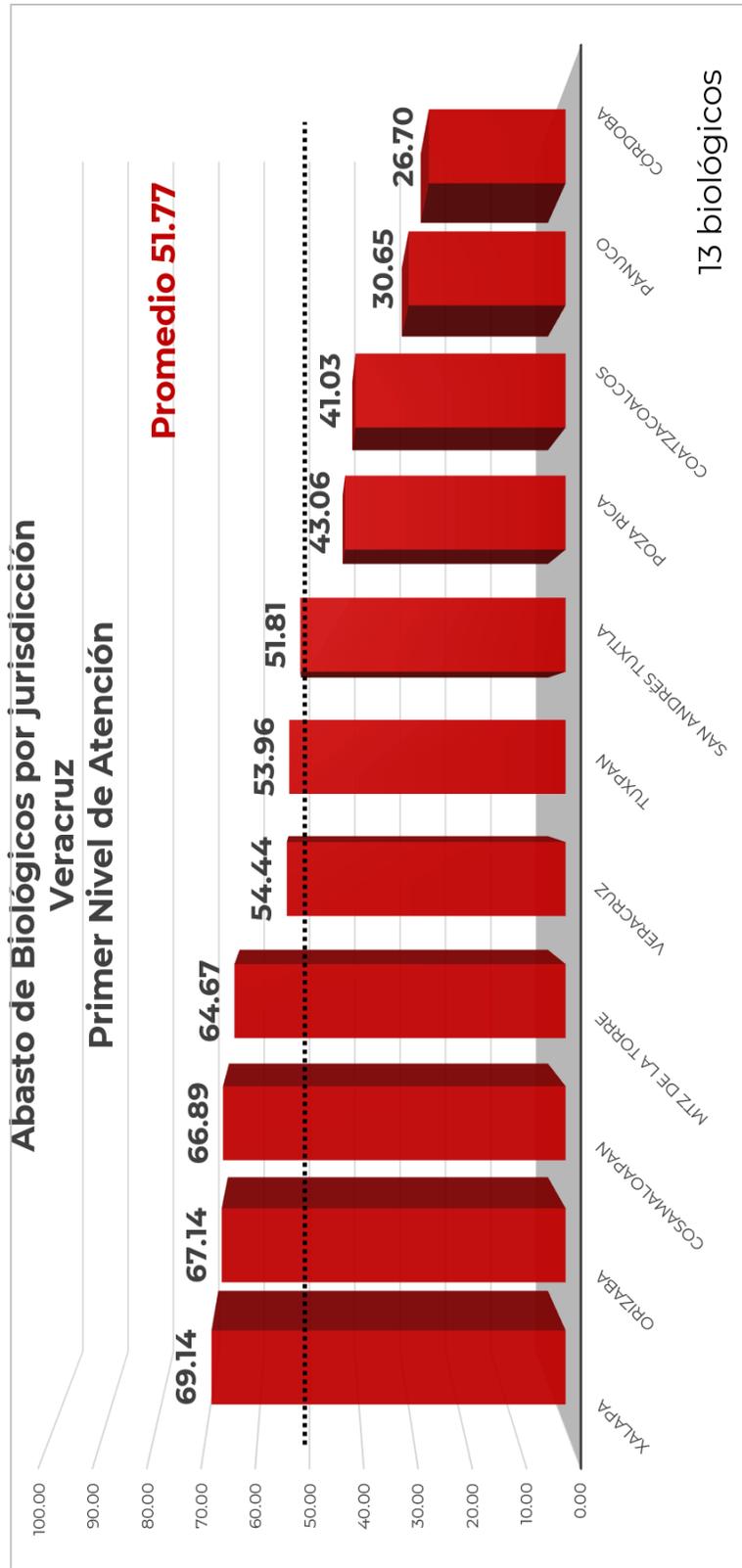
1/ El balance resulta de la estimación de necesidades de RHE por cantidad de núcleos en la unidad y de acuerdo con el modelo DGPLADES.

2/ El balance surge al considerar una **Enfermera Comunitaria** (EC) por cada 1,500 habitantes y los núcleos disponibles (3,000 habitantes).

Medicamentos



Biológicos



Primeras aproximaciones en hospitalización

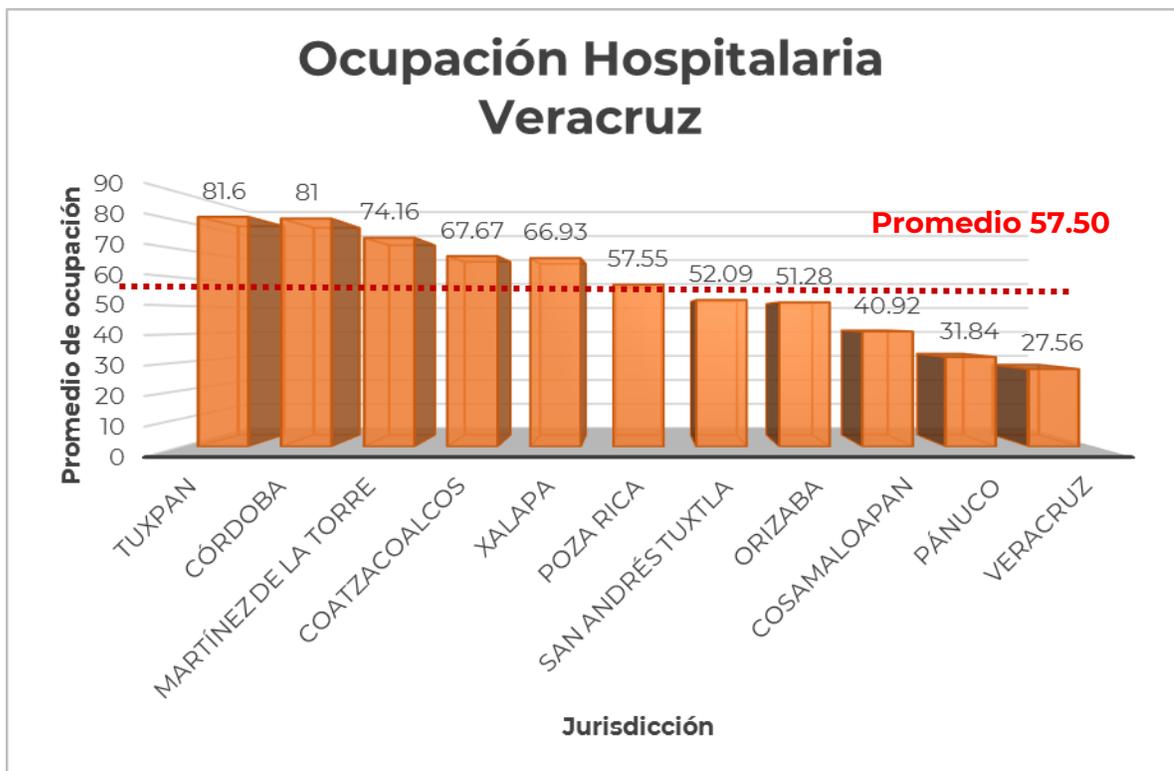
Recursos humanos médicos Hospitales comunitarios

Recursos humanos en los hospitales comunitarios (N=24)

Recursos humanos que debe tener cada hospital		Necesidades de recursos humanos		
Cantidad	Especialidad	Cantidad de médicos que tiene	Cantidad de médicos que debe tener	Balance
3	Cirujano general	357	324	33
3	Anestesiólogo	229	324	-95
3	Gineco obstetra	203	324	-121
1	Internista	40	108	-68
1	Pediatra	193	108	85
5	Urgenciólogos o médicos internistas	12	540	-528
1	Radiólogo	7	108	-101

Ocupación hospitalaria

TUXPAN	81.60
CÓRDOBA	81.00
MARTÍNEZ DE LA TORRE	74.16
COATZACOALCOS	67.67
XALAPA	66.93
POZA RICA	57.55
SAN ANDRÉS TUXTLA	52.09
ORIZABA	51.28
COSAMALOAPAN	40.92
PÁNUCO	31.84
VERACRUZ	27.56
Promedio	57.50



Distribución tipo de Hospitales por Jurisdicción Veracruz

	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GENERAL	HOSPITAL INTEGRAL (COMUNITARIO)	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	Total general
COATZACOALCOS		3	4		7
CÓRDOBA		2	1		3
COSAMALOAPAN		3	3		6
MARTÍNEZ DE LA TORRE		2	2		4
ORIZABA		1	1	1	3
PÁNUCO		2	2		4
POZA RICA		2	3		5
SAN ANDRÉS TUXTLA		3	2		5
TUXPAN		2	2		4
VERACRUZ	1	4	1		6
XALAPA	2	3	3	1	9
Total general	3	27	24	2	56

Promedio de ocupación hospitalaria por Jurisdicción y por nivel de hospital

	HOSPITAL ESPECIALIZADO	HOSPITAL GENERAL	HOSPITAL INTEGRAL (COMUNITARIO)	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
COATZACOALCOS	0.0	79.3	56.0	0.0
CÓRDOBA	0.0	98.0	47.1	0.0
COSAMALOAPAN	0.0	38.8	43.0	0.0
MARTÍNEZ DE LA TORRE	0.0	80.8	67.6	0.0
ORIZABA	0.0	91.0	53.7	9.1
PÁNUCO	0.0	60.2	3.5	0.0
POZA RICA	0.0	81.9	41.3	0.0
SAN ANDRÉS TUXTLA	0.0	80.0	10.2	0.0
TUXPAN	0.0	74.2	89.0	0.0
VERACRUZ	8.9	39.1	0.0	0.0
XALAPA	78.3	88.7	41.7	54.9

Anexo 2

Primer Informe sobre las Desigualdades en Salud en México

Observatorio Nacional de Inequidades en Salud

http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/1_informe_desigualdad_mexico.pdf