

Modelo Integrador
de Atención a la Salud
MIDAS

Secretaría de Salud

México

• 2006 •

MIDAS

Modelo
integrador
de atención
a la salud



Modelo Integrador de Atención a la Salud

Segunda edición, 2006

D.R.© Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-721-365-5

Modelo Integrador de Atención a la Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud

Coordinación General: Dr. Enrique Ruelas Barajas
Coordinación Ejecutiva: Dr. Octavio Gómez Dantés
Participantes: Dr. Eduardo Pesqueira, Dr. Gustavo Baz, Ing. Adriana Velázquez, Dr. Rafael Lozano,
Dr. Francisco Bañuelos, Lic. Roberto Lara

Portada: Juan Arroyo

Modelo Integrador de Atención a la Salud puede recuperarse parcial o totalmente de las siguientes direcciones en Internet:
<http://evaluacion.salud.gob.mx>
<http://www.salud.gob.mx/unidades/sic/>

Índice

Presentación	9
I. Qué significa integrar	13
II. Por qué integrar	15
III. Qué integrar	21
IV. Cuáles son los principios y valores que guían la integración	23
V. Cuál es la visión	31
VI. Cómo integrar	33
VII. En qué se apoya la integración	47
VIII. Cómo mejorar continuamente la calidad de los servicios	55
IX. Cómo evaluar la integración	61

Abreviaturas

AME	Atención a la Mujer Embarazada
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CESSA	Centro de Salud con Servicios Ampliados
CSG	Consejo de Salubridad General
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud
CNS	Consejo Nacional de Salud
CRUM	Centro Regulador de Urgencias Médicas
HRAE	Hospital Regional de Alta Especialidad
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-O	IMSS-Oportunidades
INDICA	Indicadores de Calidad
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
MATER	Módulo de Atención a las Embarazadas de Riesgo
MASPA	Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta
MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPD	Organismo Público Descentralizado
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PME	Plan Maestro de Equipamiento
PMIFS	Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud
PMRH	Plan Maestro de Recursos Humanos
PROVAC	Programa de Vacunación Universal
REDESS	Redes de Servicios de Salud
SAEH	Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SEED	Subsistema de Información Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
SESA	Servicios Estatales de Salud
SICUENTAS	Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Estatal y Federal
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SinDis	Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SISEA	Subsistema de Información en Prestación de Servicios de Salud
SIUM	Sistema Integral de Urgencias Médicas
SM	Secretaría de Marina
SPS	Seguro Popular de Salud
SS	Secretaría de Salud
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SUIVE	Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica
UMAE	Unidad Médica de Alta Especialidad
UG	Unidad de Gestión
UNEME	Unidad de Especialidades Médicas

Presentación

El sistema de salud de México vive un momento histórico. Después de dos años de intensa discusión, en abril de 2003, el Congreso de la Unión aprobó una reforma a la Ley General de Salud que establece el sistema de protección social en la materia. Esta reforma crea una estructura financiera que permitirá alcanzar el ideal largamente anhelado de una cobertura universal de la seguridad social en salud. En efecto, el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS), cubrirá progresivamente a todos aquellos grupos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional: los trabajadores por cuenta propia, los desempleados, los trabajadores del sector informal de la economía y las personas que están fuera del mercado laboral. Junto con sus familias, estos grupos representaban, en 2003, aproximadamente la mitad de la población. Al incluirlos a todos, la reforma habrá de permitir el ejercicio efectivo, sin discriminaciones de ningún tipo, del derecho a la protección de la salud consagrado en la Constitución.

EL SPS se financia, al igual que el Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS y el Seguro Médico del ISSSTE, de manera tripartita: primero, una aportación del Estado idéntica a la del IMSS y el ISSSTE; segundo, una aportación solidaria que, en lugar de la cuota patronal, será cubierta por los gobiernos estatales y federal, y tercero, una aportación familiar análoga a la cuota obrera de la seguridad social, la cual es proporcional a la capacidad de pago y puede ser de cero en el caso de las familias muy pobres.

Este seguro garantiza el acceso, sin desembolso en el momento de utilización, a un paquete con una amplia gama de intervenciones, ambulatorias y hospitalarias, y los medicamentos correspondientes. De esta manera elimina las barreras financieras que dificultaban la atención integral de su salud a un alto porcentaje de la población y disminuye sus gastos de bolsillo, que con frecuencia le producían desembolsos catastróficos y/o empobrecedores.

Este nuevo esquema de financiamiento de la atención a la salud requiere de un modelo de prestación de servicios que elimine también las barreras geográficas, organizacionales y culturales al acceso de los servicios salud; asegure la calidad (efectividad, trato digno), seguridad y continuidad de la atención, y amplíe la libertad de elección del prestador primario de los servicios de salud. Este modelo debe garantizar también una integración racional de los servicios personales de salud y los servicios de salud pública. Finalmente, debe consolidar el camino para la prestación cruzada de servicios entre entidades federativas, instituciones y sectores.

El Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) que aquí se presenta establece los lineamientos generales de un nuevo paradigma de atención de las necesidades de salud de nuestra población. Se trata de un modelo consistente con una reforma que fortalece la demanda, es decir, que fortalece la capacidad de decisión de los usuarios de los servicios; responde a una realidad epidemiológica caracterizada por un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones; reconoce la diversidad cultural de nuestra población, y ve en la pluralidad de prestadores de servicios de salud una fortaleza del sistema.

Es importante señalar que el MIDAS recoge la experiencia de otros modelos de atención que se han desarrollado en los niveles federal y estatal tanto en las instituciones de seguridad social como en las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada. Su antecedente más inmediato en la Secretaría de Salud es el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), que se diseñó en 1985, y se revisó y actualizó en 1995.

Este nuevo modelo, que no pretende sustituir al MASPA sino proporcionar el marco integrador que permita adaptarlo a las nuevas exigencias, normará la prestación de servicios en los Servicios Estatales de Salud y aspira a convertirse en guía de la operación de servicios en todas las unidades y redes del sector. Su adaptación a las condiciones locales –epidemiológicas y de los servicios de salud– será responsabilidad de cada entidad federativa.

La salud de una persona es un proceso altamente complejo y en evolución continua. Depende de su legado genético, de la época en que le tocó nacer, de la edad que va

teniendo, de su posición social, del lugar donde vive, del clima, de los hábitos adquiridos, de los sucesos inesperados que marcan su biografía y, por supuesto, del acceso a servicios de salud. Mantener la salud es en consecuencia un esfuerzo permanente que requiere de la participación activa tanto del individuo como de la sociedad y exige de ambos la inversión de cuantiosos recursos.

Un sistema moderno de salud debe atender por igual los dos polos de esta responsabilidad compartida. Por un lado, debe crear mecanismos y espacios para hacer del usuario de los servicios el depositario de un derecho social fundamental, un sujeto activo ante los procedimientos de la institución médica y un actor en la toma de decisiones. Del lado de las instituciones, debe garantizar la provisión de servicios efectivos, que respondan con calidad a las demandas de la gente, y que promuevan la justicia. Este último es el propósito central del MIDAS, que abre con el SPS, el camino hacia un México más sano, más justo y más próspero.

Dr. Julio Frenk Mora

SECRETARIO DE SALUD

capítulo I

Qué significa integrar

La palabra *integrar* tiene diversos significados. Algunos están más relacionados con la naturaleza del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) que otros. Dentro de las definiciones de la palabra integrar que más se relacionan con el objetivo del MIDAS destacan las siguientes: “construir un todo” y “hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo”. Es precisamente esto lo que busca este nuevo modelo de atención: crear las condiciones para que todas las unidades, instituciones y sectores del sistema mexicano de salud trabajen, sin fusionarse, de manera coordinada para garantizar una atención pronta, efectiva, segura, continua, centrada en el paciente y respetuosa de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud.

El sistema mexicano de salud, desde sus orígenes mismos, ha sido un sistema segmentado con tres grandes componentes: las instituciones públicas dedicadas a atender a la población no asegurada (Servicios Estatales de Salud (SESA), IMSS-Oportunidades), las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSFAM, SM y PEMEX) y el sector privado (véase Figura 1). En 2004 se crea el Seguro Popular de Salud (SPS), al que paulatinamente se irá incorporando la población sin seguridad social, hasta cubrir, en el 2010, a toda la población hoy no asegurada.

EL MIDAS está integrando funcionalmente a estos tres grandes componentes y sus respectivas unidades. Por lo pronto, las reformas del 2003 y las innovaciones organizacionales que la han acompañado han incrementado el grado de integración de las unidades al interior de las diversas instituciones y permiten ya una mayor utilización cruzada de servicios.

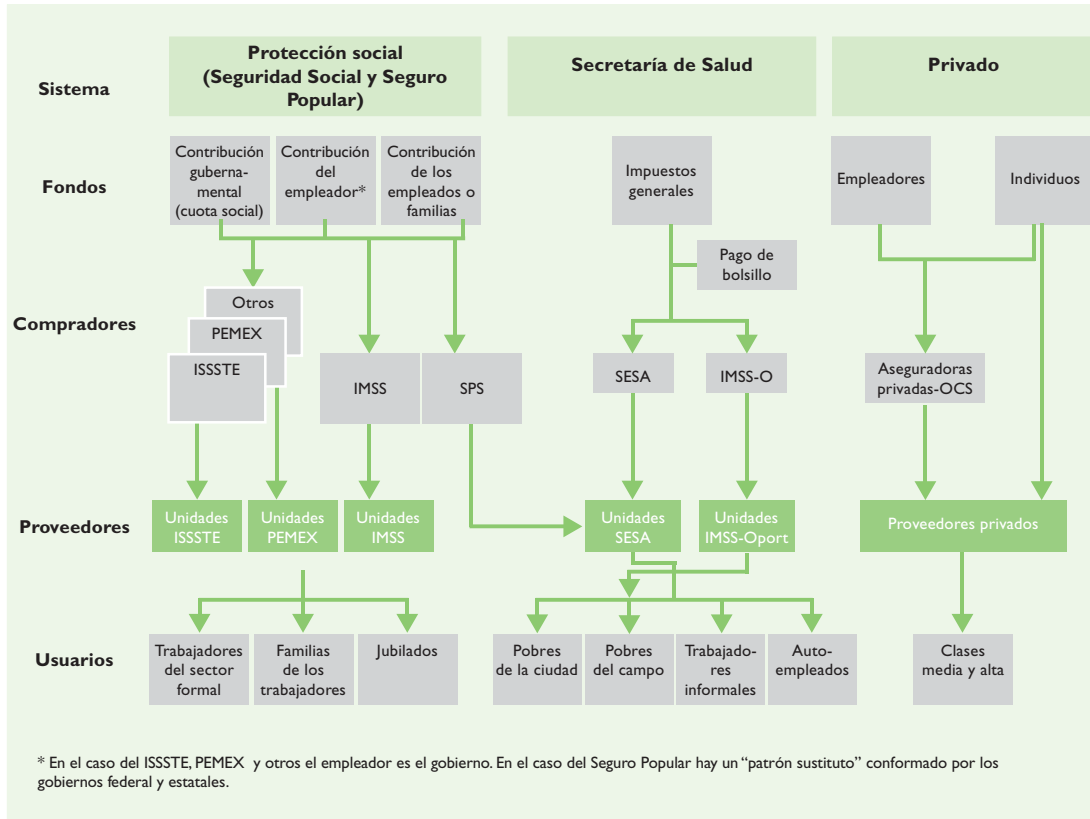


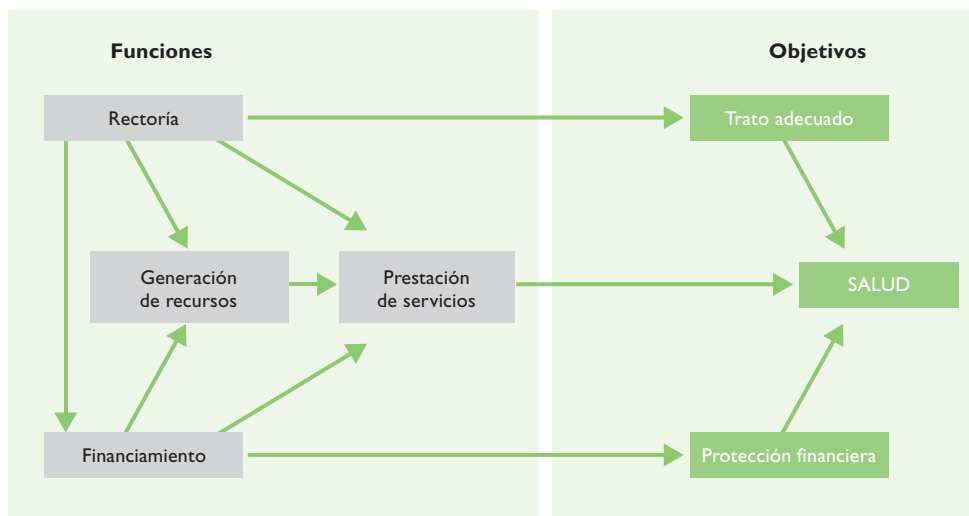
FIGURA I. El sistema mexicano de salud está constituido por tres componentes: las instituciones que ofrecen protección social en salud (IMSS, ISSSTE y SPS), las instituciones que atienden a la población no asegurada y el sector privado.

capítulo II

Por qué integrar

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los sistemas de salud tienen tres objetivos básicos: i) mejorar el estado de salud de la población; ii) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios, y iii) garantizar protección financiera en materia de salud, que básicamente significa evitar que las familias incurran en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud.

Para poder cumplir con estos objetivos, los sistemas de salud deben ejercer cuatro diferentes funciones: financiamiento, generación de recursos, prestación de servicios y rectoría (véase Figura 2).



■ **FIGURA 2.**

Los sistemas de salud tienen tres objetivos básicos: mejorar la salud de su población de responsabilidad, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de sus servicios y garantizar protección financiera en materia de salud. Estos objetivos se cumplen mediante el desempeño de cuatro funciones: financiamiento, generación de recursos, prestación de servicios y rectoría.

La *prestación* de servicios se define como la combinación de insumos, bajo una estructura organizacional particular, que conduce a una serie de productos, dentro de los que destacan los cambios en el estado de salud y en la calidad de vida de los pacientes. Esta función, que es la que típicamente se identifica con los sistemas de salud, se divide en dos grandes componentes: la prestación de servicios de salud a la persona (servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación) y la prestación de servicios de salud no personales o dirigidos a la comunidad (promoción de la salud, servicios sanitarios, servicios de vigilancia y control epidemiológicos).

El *financiamiento* de la atención a la salud supone la movilización de recursos para pagar los bienes y servicios de salud. Esta función incluye la recolección de recursos financieros, la acumulación de estos recursos en fondos, y la compra de insumos y servicios.

Dentro de los sistemas de salud también hay *generación de recursos* –humanos, físicos, medicamentos y equipo, y conocimiento– que son indispensables para la prestación de servicios y para la función de rectoría.

Finalmente, la *rectoría* se ha definido de manera informal como la función que permite que los actores del sector salud hagan lo que les corresponde. Esta función incluye la definición y conducción de las políticas de salud; el diseño, implantación y vigilancia del cumplimiento de las reglas para todos los actores del sistema; el diseño y operación de sistemas de información y evaluación; la coordinación interinstitucional, y la protección de los usuarios de los servicios de salud.

Es importante señalar que el MIDAS se ubica en el terreno de la función más tradicionalmente asociada a los sistemas de salud que es la prestación de servicios. Si bien el resto de las funciones guarda una estrecha relación con la prestación, en este documento, cuando hablamos de integración, nos referimos en particular a la integración de los servicios personales y no personales de salud, flujos de atención, capacidad de respuesta e instituciones prestadoras de servicios.

Como resultado del proceso de descentralización iniciado en los años ochenta, la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud recayó en los Servicios Estatales de Salud (SESA). La Secretaría de Salud federal (SS), cabeza del sector, quedó a cargo de las actividades de rectoría.

Cabe señalar, sin embargo, que para crear un sistema de pesos y contra-pesos que promueva la calidad de la atención y la eficiencia, al interior de las entidades federativas se está promoviendo también la separación de funciones, de tal manera que las secretarías estatales de salud eventualmente cumplirán con las funciones rectoras, incluyendo el control de la asignación de recursos; los regímenes estatales de protección social en salud funcionarán

Los Retos de la Integración de la Atención a la Salud en México

El personaje central de esta historia es Concepción, una mujer de 18 años de edad, soltera, encargada de una miscelánea, que se encuentra en la sala de espera de una maternidad, acompañada por su abuela. Tiene siete meses de embarazo.

La historia de esta familia se remonta a 1943, año de nacimiento de la abuela y fecha en la que se funda el Sistema Mexicano de Salud con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), hoy Secretaría de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El nacimiento de la abuela fue atendido por una de las mejores parteras de su pueblo.

En 1964, a los 20 años de edad, la abuela de Concepción se embaraza y anuncia así el nacimiento de la siguiente generación de beneficiarios de los servicios públicos de salud. Por esas fechas la SSA contaba con una planta creciente de hospitales y centros de salud, y el IMSS protegía a 6.5 millones de personas y contaba con más de 11,000 camas de hospital. No resultó extraño, por lo tanto, que la niña de ese embarazo naciera ya no en casa y con una partera, sino en uno de los hospitales con los que contaba la SSA en la periferia de la Ciudad de México.

Cumplidos los 19 años, la que habría de ser madre de Concepción se incorporó como obrera a la industria de la confección y un año después se casó con un mecánico independiente. En 1986, a los 22 años de edad, nació Concepción, su primera hija, en uno de los hospitales obstétricos del IMSS.

Concepción, como una buena parte de sus contemporáneos mexicanos, pudo cursar la primaria, la secundaria y la preparatoria, y gracias a las vacunas que recibió, no padeció algunas de las enfermedades que eran comunes en los tiempos de su abuela y su madre. Su México era un país donde la esperanza de vida había aumentado 30 años con respecto a la generación de su abuela; la mortalidad en menores de 5 años había disminuido 13 veces; el promedio de hijos por mujer en edad fértil se había reducido a menos de tres, y los primeros lugares en las causas de muerte habían sido tomados por los padecimientos no transmisibles.

A principios de 2004, ya toda una señorita, Concepción entró en una relación amorosa muy difícil y pasajera de la que se despidió embarazada. No le avisó de su estado a sus padres sino hasta que en la reciente Semana Nacional de Salud le detectaron hipertensión leve. La enfermera que le tomó la presión, por desgracia, no supo a qué unidad de salud referirla porque desconocía la operación de los servicios de salud en la zona. Su madre le sugirió ir a la clínica de la Secretaría de Salud más cercana a su hogar, pero se encontró con que sólo abría de 9:00 a 14:00, horario que coincidía con el periodo de mayor actividad de la miscelánea. La tarde siguiente acudió a una clínica pública de la colonia vecina. El médico encargado estaba a punto de cerrar. La interrogó de prisa, le preguntó por el número de meses sin menstruación, que para ese entonces eran más de cinco, y la citó para un mes después, a pesar de que la paciente le comentó de su problema de hipertensión.

Un mes más tarde acudió puntualmente a la cita, pero tuvo que esperar hora y media para que la atendieran, parada, porque las pocas bancas de la sala de espera estaban ocupadas o rotas. El médico le hizo una historia clínica descuidada, la pesó, la exploró y le solicitó un examen general de orina, pero no pudo tomarle la presión porque su baumanómetro estaba descompuesto. La citó para la semana siguiente.

Llegó la fecha de su tercera cita y aunque no había sentido mayor malestar, fuera de cierta hinchazón de las piernas y dolores de cabeza ocasionales, seguía preocupada por saber qué tan grave era su hipertensión y

Continúa/

/Continuación

por los riesgos que podrían correr ella y su bebé. En esa ocasión la recibió un médico distinto, que no encontró su historia clínica, ni los resultados del examen de orina que le habían solicitado. El médico le volvió hacer su historia, la pesó y la exploró, pero nuevamente no pudo tomarle la presión porque el baumanómetro seguía descompuesto. La paciente, cortésmente, le reclamó el descuido en el manejo de su expediente y la falta de equipo. El médico, molesto, le respondió que si no le gustaba la atención podía ir al hospital público más cercano o alguna de las clínicas privadas de la zona. La última historia que había escuchado sobre ese hospital público concluyó con el nacimiento del hijo de una pariente lejana en la sala de espera, después de que habían prolongado su ingreso durante horas. Los consultorios y clínicas privadas del lugar no tenían mejor fama, pero por lo menos no tenían problemas de tiempos de espera. Decepcionada, tomó sus cosas, salió del consultorio, le pidió a su abuela que la acompañara a la cabina telefónica y le habló a su madre para avisarle que iría a la maternidad privada de su colonia a solicitar una consulta.

No tiene grandes expectativas. Ella sabe que la clínica no cuenta mas que con una simple sala de expulsión, pero por lo menos la tranquilizan la comodidad y la limpieza de la sala de espera. La enfermera que le toma sus datos es amable.

A los pocos minutos la recibe un médico muy joven, de impecable bata blanca almidonada. La interroga, la explora, le solicita un nuevo examen general de orina y le toma la presión, que es de 140/90 mm Hg. Le aconseja reposo y la cita para el mes siguiente.

La cita del mes siguiente ya no sucedió. Quince días antes de la fecha, cerca de las dos de la mañana, nuestra joven, notoriamente hinchada de piernas y cara, con alteraciones visuales y dolor abdominal, fue trasladada por sus padres a la maternidad. Para su sorpresa no había nadie ni en la recepción ni en la sala de urgencias. Decidieron entonces llevarla a un hospital de la Ciudad de México, donde la ingresaron con diagnóstico de preeclampsia. Después de estabilizarla le practicaron una cesárea. Concepción permaneció bajo vigilancia una semana en el hospital, y egresó con cifras normales de presión arterial. El producto, una niña de escaso kilo y medio al nacer y que estuvo a punto de morir en el parto, fue dado de alta, en condiciones aparentemente normales, después de pasar casi un mes en una incubadora. Tuvieron suerte. En otro hospital pudieron haberla rechazado y tras un peregrinaje de muchas horas por varios hospitales podrían haber muerto ella y su bebé.

como instancias compradoras de servicios, y los Organismos Públicos Descentralizados (OPDs) estatales y otros proveedores estarán encargados de la prestación de servicios.

Objetivos de la Integración

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* plantea como una de sus estrategias el “Avanzar hacia un Modelo Integrador de Atención a la Salud” centrado en los usuarios, que garantice una atención de calidad y conjugue el auto-cuidado con la atención profesional. Esta estrategia incluye el

desarrollo de líneas de acción orientadas a la reorganización de los espacios de la atención, en particular a la articulación de redes de servicios de salud que garanticen una atención, tanto personal como comunitaria, pronta, efectiva, segura, digna y continua.

El MIDAS responde a la necesidad de integrar, en un solo cauce, todas las actividades dirigidas a garantizar una adecuada atención de la salud. Aquí se parte del supuesto de que la atención de la salud dejó de ser responsabilidad casi exclusiva de la enfermera o el médico trabajando en un consultorio relativamente aislado para convertirse en un proceso complejo en el que participan, entre otros, personal directivo; trabajadores administrativos; paramédicos; personal de laboratorio, gabinete y otros servicios de apoyo, y médicos y enfermeras con muy diversas especialidades, incluyendo a especialistas en medicinas alternativas o complementarias reconocidas por la autoridad sanitaria. El contexto en el que operan los servicios de salud es igualmente distinto. De atender sobre todo casos agudos relacionados con infecciones comunes y eventos obstétricos, los prestadores de servicios de salud atienden ahora sobre todo a pacientes lesionados o con enfermedades no transmisibles que requieren de una atención más compleja, prolongada y costosa.

Este nuevo paradigma de atención exige una adecuada comunicación entre los usuarios potenciales y los proveedores de atención; de la cooperación del personal al interior de un servicio, entre servicios y entre unidades de atención; de una eficaz coordinación entre instituciones (SESA, IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas) y sectores (público, privado, lucrativo y no lucrativo), y de una relación racional entre los generadores de recursos y los proveedores de servicios.

Los objetivos últimos de la integración de los servicios de salud son los siguientes:

- promover estilos de vida saludables;
- limitar la exposición a riesgos para la salud;
- atender de manera efectiva los daños a la salud, y
- limitar la discapacidad generada por las enfermedades y las lesiones.

Para cumplir con estos objetivos últimos, los servicios de salud tienen que prestarse con calidad, seguridad, continuidad, y de manera oportuna y eficiente. Esta atención, además, debe ser respetuosa de los derechos humanos de los pacientes y orientarse a la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

capítulo III

Qué integrar

El MIDAS tiene como misión eliminar las barreras (geográficas, culturales y organizacionales) que existen en el ámbito de la prestación de servicios, para así garantizar el acceso a servicios de calidad, seguros, continuos y respetuosos de los derechos y preferencias de los usuarios. Los propósitos de este modelo son pasar:

- de una atención pasiva o reactiva y alejada de la comunidad a una atención proactiva y basada en las necesidades locales de la población y de las personas en lo individual;
- de una atención centrada en la enfermedad a una atención integral con un énfasis anticipatorio;
- de una atención parcial a una atención de alta capacidad resolutive;
- de una atención fragmentada a una atención integrada y continua;
- de una atención basada en una práctica individual a una atención en equipo;
- de una atención impersonal a una atención respetuosa de los derechos de los pacientes y preocupada por la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud;
- de una atención despreocupada por las particularidades culturales de los usuarios a una atención con un fuerte enfoque intercultural, y
- de una atención en manos exclusivamente de profesionales de la salud a una atención integral que incorpore el auto-cuidado y la corresponsabilidad.

La propuesta es integrar:

- la visión y la cultura de servicio de las distintas instituciones proveedores de servicios de salud;
- la comunidad y los servicios de salud;
- la atención comunitaria y la atención personal;

- los prestadores al interior de un mismo servicio;
- los diversos servicios, incluidos los servicios administrativos, al interior de una misma unidad;
- los diferentes turnos en una misma unidad para ofrecer continuidad de la atención al interior de cada una de ellas;
- las unidades de una misma institución en redes de servicios;
- las unidades de diversas instituciones que atienden a una misma población;
- las diversas instituciones de salud;
- las diversos sectores que conforman el sistema mexicano de salud, y
- el sector salud y otros sectores cuyas actividades influyen en la salud de una población.

capítulo IV

Cuáles son los principios y valores que guían la integración

Un sistema de salud se sustenta, implícita o explícitamente, en factores técnicos, políticos y éticos. Esto significa que debe tomar en consideración las condiciones de salud de la población y las condiciones en que operan los servicios de salud; los intereses de los principales actores del sistema, y los valores y preferencias de la sociedad en la que está inserto este sistema.

En este capítulo se discuten los valores y principios rectores que guiaron las reformas a la Ley General de Salud (LGS) que, a su vez, dieron lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), y los principios operativos que guían la prestación integrada de los servicios de salud. La atención a estos valores y principios debe guiar al sistema de salud hacia el logro de sus propósitos esenciales: equidad, calidad y protección financiera (véase Figura 3).



■ FIGURA 3.

Las reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud están guiadas por una serie de valores, principios rectores, principios operativos y propósitos esenciales.

Valores y Principios de la Reforma

Ahora que todos los ciudadanos pueden ejercer sus derechos civiles y políticos, es necesario completar la transición democrática garantizando el ejercicio efectivo de los derechos sociales, incluyendo el derecho a la atención de la salud. A pesar de que esto estaba formalmente reconocido en la Constitución desde hace dos décadas, en la práctica no todas las personas habían podido ejercer ese derecho por igual. Debido a su situación laboral, hasta antes de la reforma, sólo la mitad de la población disfrutaba de la protección que ofrecía la seguridad social; la otra mitad de la población no gozaba de ese derecho.

Por estas razones, el concepto que guió la reforma de 2003 fue el de la “democratización de la salud”, que esencialmente supone la extensión de la democracia a los derechos sociales. La democratización se define como la aplicación de las normas y procedimientos de la ciudadanía a las instituciones que han estado regidas por otros principios, como el control coercitivo, la tradición social, el juicio de los especialistas o las prácticas administrativas. Traducido al campo de la salud esto significa ver a la atención a la salud no como una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio, sino como un derecho de todos los ciudadanos.

Este concepto clave se expresa en cinco valores o cualidades que se consideran deseables o dignas de perseguirse: inclusión social, igualdad de oportunidades, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía (véase Figura 4). Estos valores, a su vez, se operacionalizan a través de nueve principios rectores: universalidad, portabilidad, priorización explícita, gratuidad al momento de uso, solidaridad financiera, subsidiariedad, presupuestación democrática, transparencia y rendición de cuentas.

La *inclusión social* supone que, en una democracia, todas las personas, en tanto ciudadanos e independientemente de su estatus socio-económico o laboral, tienen el mismo derecho a la protección en salud, que debe basarse en las necesidades de salud. Este valor le confiere un carácter universal al sistema y vincula el derecho a la protección en salud al individuo.

La *igualdad de oportunidades* implica que todos los miembros de la sociedad acceden a la misma calidad de atención y el mismo conjunto de servicios, seleccionados a través de un proceso explícito de definición de prioridades.

La *justicia financiera* es un valor que indica que los individuos contribuyen al sistema de salud de acuerdo con su capacidad financiera y reciben servicios de acuerdo con sus necesidades. Los servicios son gratuitos en el punto de entrega y el acceso lo define el prepago. Esto hace posible la solidaridad entre ricos y pobres, sanos y enfermos, jóvenes y viejos, y población trabajadora y población dependiente.

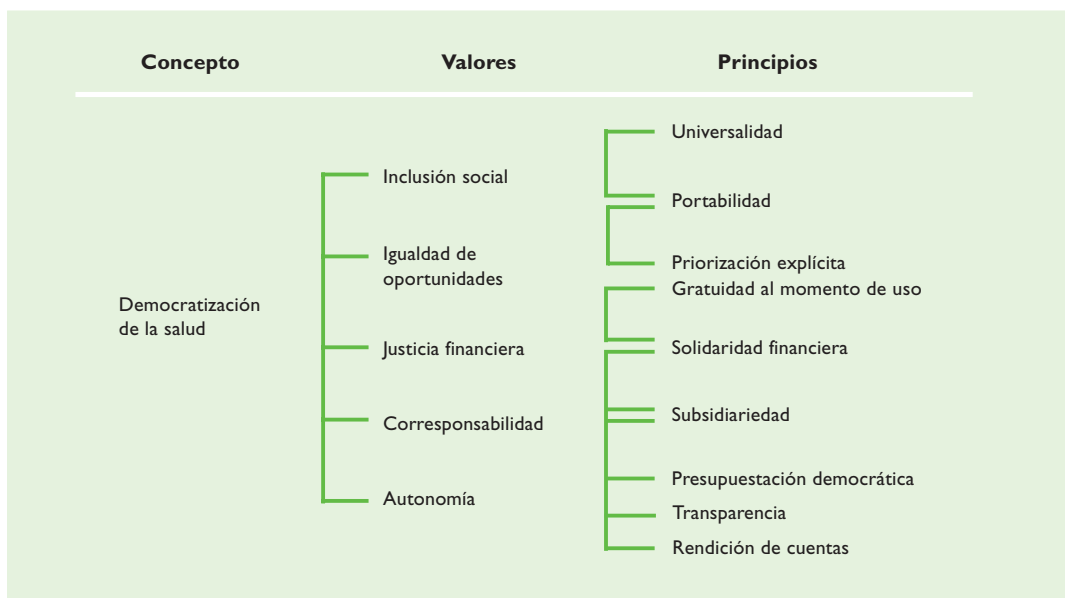


FIGURA 4.

Cinco son los valores que guían al Sistema de Protección Social en Salud. Estos valores a su vez se desagregan en nueve principios operativos.

La *corresponsabilidad* hace referencia a la responsabilidad compartida entre gobierno y ciudadanos, y entre los distintos niveles de gobierno. Este valor se operacionaliza a través de los principios de solidaridad financiera y subsidiariedad.

Finalmente, la *autonomía*, a nivel organizacional, se concreta también a través del principio de subsidiariedad, que garantiza que todas las decisiones se tomen en el nivel apropiado de agregación y tan cerca de la fuente de necesidades como sea posible. También supone que los pacientes se traten en el nivel de atención más adecuado. Este valor exige compromisos de transparencia y rendición de cuentas. En el nivel personal la autonomía se entiende como la libertad para elegir de manera informada lo que a uno más le conviene, valor que se fortalece con la presupuestación democrática, que empodera al ciudadano al garantizar que el dinero siga a la gente.

Principios Operativos de la Prestación de Servicios de Salud

Los valores y principios rectores antes descritos guardan, cada uno de ellos, relaciones diferenciales con las distintas funciones (rectoría, financiamiento, prestación y generación de recursos) del sistema de salud. En esta sección se desagregan aquellos principios rectores que están más estrechamente relacionados con la prestación de servicios. Esta desagregación

EL MIDAS y la Atención Intercultural

México se reconoce, en el Artículo 2 de la Constitución Política, como un país multiétnico y pluricultural. En el campo de la salud este reconocimiento se manifiesta en el concepto de inter-culturalidad en la atención de la salud. El enfoque inter-cultural en los servicios de salud supone que los usuarios, al momento del contacto con el personal de salud, manifiestan, además de su enfermedad, la concepción que tienen de ella y cierta preferencia por formas propias de tratamiento. Esta concepción de la enfermedad y del tratamiento que requieren, en ocasiones entra en conflicto con la manera de ver el mundo de los proveedores de servicios de salud. Esto puede llegar a producir relaciones de conflicto, y temor y resistencia al uso de los servicios de salud.

De lo anterior podemos concluir que la calidad de los servicios de salud no depende exclusivamente de la suficiencia de recursos y capacidades técnicas e interpersonales de los proveedores de servicios de salud; exige también el dominio de habilidades culturales y la disponibilidad de servicios tradicionales de salud que respondan a las necesidades de poblaciones con usos y costumbres diferentes a los de la mayor parte de la población del país. Esta “competencia cultural” debe tomarse en consideración tanto en los planes y programas de capacitación del personal de salud como en la operación de los servicios de salud.

Con el fin de proporcionar servicios con un enfoque intercultural, el MIDAS promueve:

1. el reconocimiento de la diversidad cultural de nuestra población como una de las riquezas nacionales;
2. el establecimiento de espacios y procedimientos de atención a la salud diferenciados por variables culturales como identidad étnica y lengua;
3. la capacitación de proveedores de servicios de salud en atención inter-cultural;
4. la incorporación de médicos tradicionales (parteras tradicionales, yerberos, hueseros) y hablantes de lenguas indígenas a los equipos de atención a la salud de las unidades que se ubican en zonas de alta concentración de población indígena, y
5. la incorporación en el paquete de servicios de las redes de atención de servicios de medicina alternativa de eficacia comprobada.

da origen a lo que aquí denominamos principios operativos de la prestación de servicios: accesibilidad, eficiencia, seguridad, respeto a los derechos humanos, orientación a la persona, atención a la diversidad, anticipación, libre elección, efectividad, alta capacidad resolutoria, capacidad de acercamiento, continuidad y flexibilidad.

Accesibilidad. Para poder ejercer de manera efectiva el derecho a la protección de la salud, los ciudadanos deben poder acceder de manera regular a aquellos servicios de salud que respondan a sus necesidades. El SPSS elimina las barreras financieras al poner a disposición de todos los mexicanos, independientemente de su nivel socioeconómico o estatus laboral, un seguro público de salud. **El Plan Maestro de Infraestructura en Salud (véase capítulo VII) minimiza las barreras geográficas, estableciendo unidades en todas las comunidades o, en caso de poblacio-**

nes rurales muy dispersas, a una distancia razonable de estos centros de población. Finalmente, a través del MIDAS se busca eliminar las barreras organizacionales y culturales al acceso a los servicios de salud, generando estructuras organizativas (horarios de atención, tiempos de espera, disponibilidad de recursos humanos y materiales) que facilitan la utilización de los servicios, y que se adaptan a las características culturales de la población a la que se atiende.

Capacidad de acercamiento. Los servicios de salud no solo deben ser accesibles, sino suficientemente flexibles para que, aún en ausencia de demanda explícita, puedan actuar proactivamente para atender las necesidades y expectativas de los usuarios.

Atención a la diversidad. Dada la enorme diversidad cultural de la población mexicana (10% de la población de México es indígena), es necesario, en la prestación de servicios de salud, desarrollar esfuerzos específicos para adaptar la oferta de servicios a los hábitos, costumbres y creencias de la población que se sirve. En los municipios indígenas esto implica, en primer lugar, esforzarse por ofrecer atención en la lengua materna de esta población –con el apoyo de traductores o trabajadores de la salud bilingües– y en coordinación con los proveedores de medicina tradicional.*

Anticipación. El MIDAS no es un modelo centrado en la atención curativa. Es un modelo que integra todo tipo de servicio de salud, personal o comunitario, con un énfasis anticipatorio. Esto supone la promoción de estilos de vida saludables (desarrollo de aptitudes personales para una cultura de la salud y desarrollo de entornos favorables), la identificación y control de riesgos, y la detección temprana de enfermedades.

Libre elección. Dado el carácter tan íntimo que el proceso de salud-enfermedad adquiere en sus manifestaciones individuales, el sistema de salud debe garantizar la autonomía de las personas, entendida ésta como la libertad para elegir de manera informada lo que a uno más le conviene. En el terreno de la prestación de servicios esto supone, entre otras cosas, la libertad para elegir al prestador de la atención de primer contacto cuando ello sea posible.

Efectividad. Los servicios de salud deben tener como uno de sus propósitos centrales producir los resultados esperados dado el nivel de desarrollo de la ciencia y tecnología. Esto depende sobre todo de los conocimientos, juicio y habilidad de los prestadores directos de los servicios

* Para mayor información consúltese el documento *Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas* en www.salud.gob.mx/unidades/sic/

Trato Adecuado en las REDESS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que son tres los objetivos centrales de todo sistema de salud: i) mejorar las condiciones de salud de la población; ii) garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios, y iii) ofrecer protección financiera en materia de salud, que en términos prácticos significa evitar que los usuarios de los servicios de salud incurran en gastos excesivos o se empobrezcan por atender sus necesidades de salud

Uno de los objetivos centrales del MIDAS es garantizar que los usuarios de los servicios de salud en México reciban un trato adecuado en el proceso de atención de su salud. Este concepto está relacionado, más que con las interacciones clínicas que se dan en el proceso de atención, con los aspectos no médicos del uso de los servicios de salud.

Con fines operacionales, la OMS desagregó el concepto de trato adecuado en ocho dominios: i) autonomía; ii) confidencialidad; iii) comunicación; iv) trato digno; v) atención pronta; vi) condiciones de las comodidades básicas; vii) acceso a redes sociales de apoyo y viii) capacidad de elección. Según la misma OMS, los primeros cuatro dominios están relacionados con los derechos humanos de los pacientes, mientras que los otros cuatro están vinculados con una cultura orientada hacia la satisfacción de los usuarios

La *autonomía* se define como la capacidad del usuario para intervenir en todas las decisiones relacionadas con su salud.

La *confidencialidad* se relaciona con el derecho de los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud y los tratamientos que recibe.

La *comunicación* se relaciona con el derecho del usuario a contar con tiempo suficiente del proveedor del servicio para obtener toda la información que considere pertinente sobre su estado de salud y sobre sus alternativas de tratamiento.

El *trato digno* implica la atención del usuario con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona. La atención pronta supone una atención médica “inmediata”, que no genere molestias adicionales a las que motivan la búsqueda de la atención.

Las *condiciones de las comodidades básicas* evalúa, entre otros aspectos, la limpieza y ventilación de los baños; la limpieza, amplitud y comodidad de las salas de espera, y la calidad de los alimentos servidos a los hospitalizados.

El *acceso a redes sociales de apoyo* implica que los usuarios hospitalizados no se encuentren aislados y se mantengan en contacto con sus familiares o con otros miembros de sus redes de apoyo.

Finalmente, la *capacidad de elección* se refiere a la posibilidad de los usuarios de decidir con quien atenderse, sobre todo en el primer nivel de atención.

de salud, la calidad del equipo médico con el que se trabaja y la disponibilidad de recursos. La efectividad máxima se alcanza cuando se otorga la mejor de las atenciones posibles y se evita toda atención dañina.

Eficiencia. Dada la escasez de recursos, es importante hacer un uso de los recursos adecuados para producir los servicios de salud que evite el dispendio y los desperdicios. Esto exige una selección y combinación de los insumos que garantizan la calidad a un costo razonable, y la selección de los mejores procedimientos de atención y su adecuada ejecución.

Seguridad. Los servicios de salud, cada día más complejos, tanto en su componente organizacional como tecnológico, deben prestarse tratando de reducir y mitigar los actos inseguros. Esto significa prestar los servicios abatiendo los riesgos innecesarios para los pacientes.

Respeto a los derechos humanos. Los servicios de salud deben proveerse garantizando el respeto a los derechos humanos de los usuarios: a su dignidad como persona y a su capacidad para tomar decisiones en todos los asuntos relacionados con su salud, y haciendo un uso confidencial de la información que se genere en la relación médico-paciente.

Orientación a la persona. Igualmente importante es garantizar una atención que responda a las expectativas de los usuarios; pronta, tanto en los servicios de urgencias como en los servicios de atención ambulatoria; en instalaciones limpias y cómodas, y, en caso de hospitalización, con acceso a las redes sociales de apoyo.

Alta capacidad resolutiva. Las redes de servicios de salud deben contar con los recursos y competencias necesarios para resolver la gran mayoría de los problemas de salud que se presentan en el primer contacto y sólo referir aquellos casos que requieren de atención médica especializada, que también debe tener la capacidad resolutiva que le corresponde. Esto incide de manera positiva tanto en la satisfacción del usuario como en la eficiencia y efectividad de los servicios.

Continuidad. Una atención de calidad requiere de una estrecha relación entre todos los involucrados en la atención de los pacientes. Esto exige un manejo cuidadoso del expediente clínico, una adecuada división del trabajo dentro de las unidades de atención y entre ellas, y, sobre todo, una comunicación eficiente entre los diversos proveedores de servicios, y la asignación de responsables en las redes de atención que aseguren el flujo adecuado de los pacientes a través del sistema.

Flexibilidad. Los servicios de salud, finalmente, deben prestarse en un marco flexible, de tal manera que los cambios sociales, epidemiológicos y demográficos se empaten continuamente con los cambios tecnológicos para así generar respuestas médicas y gerenciales cada vez más efectivas, seguras, eficientes y equitativas.

Propósitos Esenciales de la Prestación de Servicios de Salud

La operación de las unidades y redes de servicios bajo estos valores, principios rectores y principios operativos permitirán alcanzar los propósitos de la prestación de servicios de salud: equidad, calidad y eficiencia.

La *equidad* puede definirse en este contexto como la oportunidad de acceso a los mismos servicios ante una misma necesidad de salud. Dado que la carga de la enfermedad está desigualmente distribuida entre grupo sociales y zonas del país, la equidad implica dar más atención a quien mayor carga padece. Es por esto que el sistema de salud no sólo debe incrementar los niveles totales de salud, sino también reducir las brechas entre los grupos sociales.

Pero de nada sirve ampliar el acceso a los servicios de salud si no se asegura su *calidad*. Este concepto se define como la medida en que los servicios efectivamente mejoran la salud, e incluye dos dimensiones, la técnica y la interpersonal. La calidad técnica consiste en seguir la mejor estrategia de atención dado el nivel de desarrollo de la ciencia y la tecnología. La calidad interpersonal supone lograr la mayor satisfacción posible del usuario, respetando su dignidad, autonomía y preferencias.

La última de las metas es la *eficiencia*, que es inseparable de la calidad. En este caso se trata de prestar servicios utilizando la menor cantidad posible de recursos, sin afectar la calidad, o, de manera similar, alcanzar los mayores niveles posibles de salud con los recursos disponibles.

Es importante mencionar que estas metas o propósitos pueden alcanzarse de manera equilibrada en la gran mayoría de las circunstancias. En ocasiones, sin embargo, pueden entrar en conflicto, especialmente la equidad y la eficiencia.

El ejemplo más claro es el de las personas que viven en zonas rurales dispersas, en donde el costo de proporcionar servicios resulta mucho más alto que para las poblaciones urbanas. Éstas se verían beneficiadas desproporcionadamente si siempre se buscara alcanzar los mayores niveles posibles de salud con los recursos disponibles. En los casos de conflictos potenciales, el MIDAS se inclina por dar prioridad a la equidad, decisión consistente con la selección de los valores y principios rectores antes descritos.

capítulo V

Cuál es la visión

De acuerdo con los valores, principios y metas descritos en el capítulo anterior:

El MIDAS anticipa la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, intercultural, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo, en donde los servicios de salud, tanto personales como dirigidos a la comunidad, estén integrados de manera racional, tengan un fuerte carácter anticipatorio, y se presten con calidad, seguridad, continuidad, equidad, flexibilidad y eficiencia, respetando los derechos humanos de los pacientes y atendiendo las expectativas de los usuarios.

En el año 2010 todo mexicano contará con un seguro público de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo, su filiación laboral o su origen étnico. Este seguro le garantizará el acceso, sin pago al momento de utilización, a servicios de salud bajo un modelo integrado de atención organizado en redes.

En la búsqueda de mejores condiciones de salud para todos los mexicanos, las redes de servicios atenderán de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo explícito de reducir lo más posible las brechas en salud que pudieran existir entre los diferentes grupos de la población.

Las contribuciones al sistema de salud serán proporcionales a la capacidad de pago y los beneficios se distribuirán atendiendo principalmente a las necesidades de la población. Este proceso lo facilitará la acumulación de los recursos financieros en fondos predominantemente públicos. Los seguros privados, en este escenario, jugarán un papel complementario.

Al igual que en casi todos los países desarrollados, habrá una oferta plural de servicios de salud, y el usuario, en el primer nivel de atención, tendrá el derecho de elegir al prestador

de su preferencia, quien, a su vez, en la medida de lo posible, deberá orientar a los usuarios para elegir libremente entre varias opciones de atención especializada cuando lo requiera.

La descentralización será la norma. Los recursos y las decisiones estarán ubicados en las instancias locales de operación de los servicios personales y no personales de salud. Al mismo tiempo, se estimulará la cooperación entre las entidades federativas para el logro de los objetivos compartidos.

Los ciudadanos, de manera individual o en forma organizada, estarán involucrados en todas las decisiones que afecten su salud: representados en los cuerpos directivos de las unidades de salud; participando en los foros de discusión del sector; sumando inquietudes a las agendas estatales y nacional de salud; opinando sobre las grandes decisiones de políticas; avalando o no los resultados en lo que corresponde al trato digno y a las medidas de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades. Además, contarán con acceso a la información pública, y con instancias sensibles y eficientes para la presentación de quejas y sugerencias.

El sistema en su conjunto, y las redes de servicios en particular, se organizarán para anticiparse a las necesidades de salud, promoviendo estilos de vida saludables, controlando riesgos y enfatizando el diagnóstico temprano de los padecimientos.

Los servicios públicos y privados que se ofrecerán serán de alta calidad técnica y deberán satisfacer las expectativas de los usuarios. Los habrán de proporcionar prestadores bien capacitados, atentos a las particularidades culturales de su población de responsabilidad, que harán uso de intervenciones basadas en evidencias científicas. Estos servicios, además, se proveerán en ambientes dignos y bajo una cultura institucional que promueva el desarrollo profesional de los prestadores, la satisfacción de los usuarios y el respeto a los derechos humanos de los pacientes.

En materia de salud las necesidades son siempre mayores que los recursos. En vista de esto, las redes de servicios promoverán el uso eficiente de estos últimos. Para garantizar esto se contará con mecanismos de planeación, se definirán prioridades, se favorecerá el uso de intervenciones costo-efectivas, y se promoverá la eficiencia clínica y administrativa en las unidades de atención.

Finalmente, el sistema de salud estará estrechamente vinculado con otros sectores afines (desarrollo social, educación, ambiente, seguridad). Con ellos se implantarán de manera creciente políticas integrales dirigidas a mejorar el bienestar de la población.

capítulo VI

Cómo integrar

Para cumplir cabalmente con su misión de integración, el MIDAS se conformó con elementos sustantivos (redes de servicios de salud), estructuras y sistemas de articulación (roles integradores, redes de telecomunicaciones, redes de transportación, sistemas de información en salud, modelo de gestión gerencial, y un sistema de costeo y facturación cruzada), y elementos

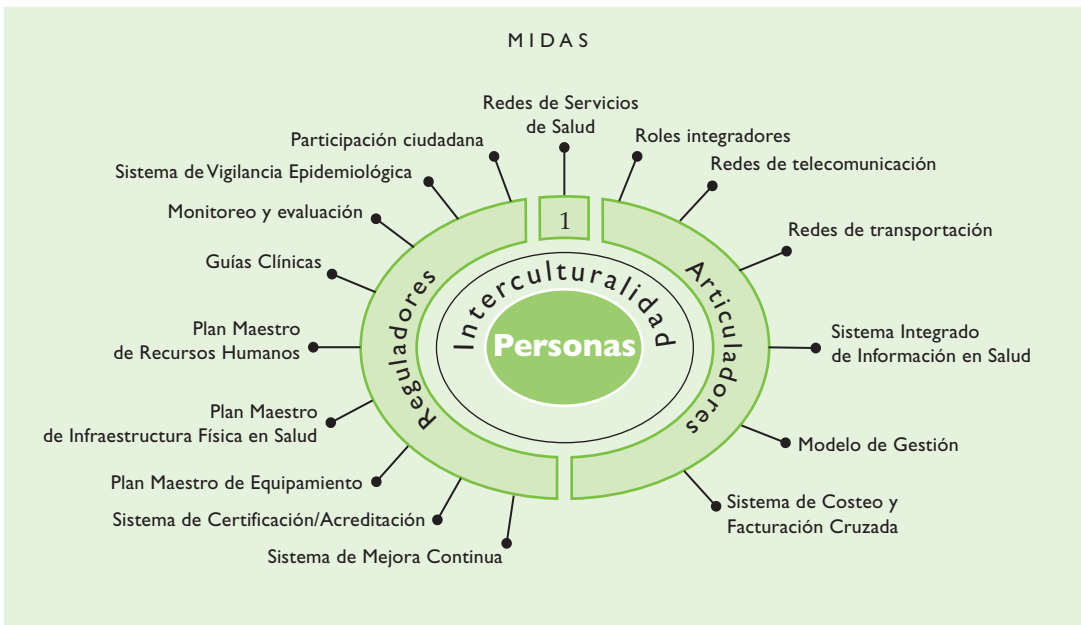


FIGURA 5.

El MIDAS está constituido por redes de servicios de salud como elemento fundamental del modelo, y elementos articuladores y reguladores, que permiten y facilitan que esas redes funcionen. En el modelo la interculturalidad se encuentra presente a través de todos los componentes, lo cual permite orientar las acciones de atención de la manera más pertinente a las necesidades y expectativas de las personas. Los elementos articuladores permiten vincular los componentes del sistema; los reguladores, aseguran que el sistema funcione bien.

reguladores (planes maestros de infraestructura, equipamiento y recursos humanos; guías clínicas; sistema de certificación/acreditación de competencias organizacionales e individuales; sistema de mejoramiento continuo de la calidad; estándares de calidad; sistema de monitoreo y evaluación, medios de participación ciudadana y sistemas de vigilancia epidemiológica).

Redes de Servicios de Salud

Las redes de servicios de salud (REDESS) constituyen el componente sustantivo central del MIDAS.* En estas redes se concreta la idea de una oferta integrada de servicios de salud a la persona y a la comunidad de alta calidad, seguros, eficientes, y respetuosos de los derechos y expectativas de los usuarios.

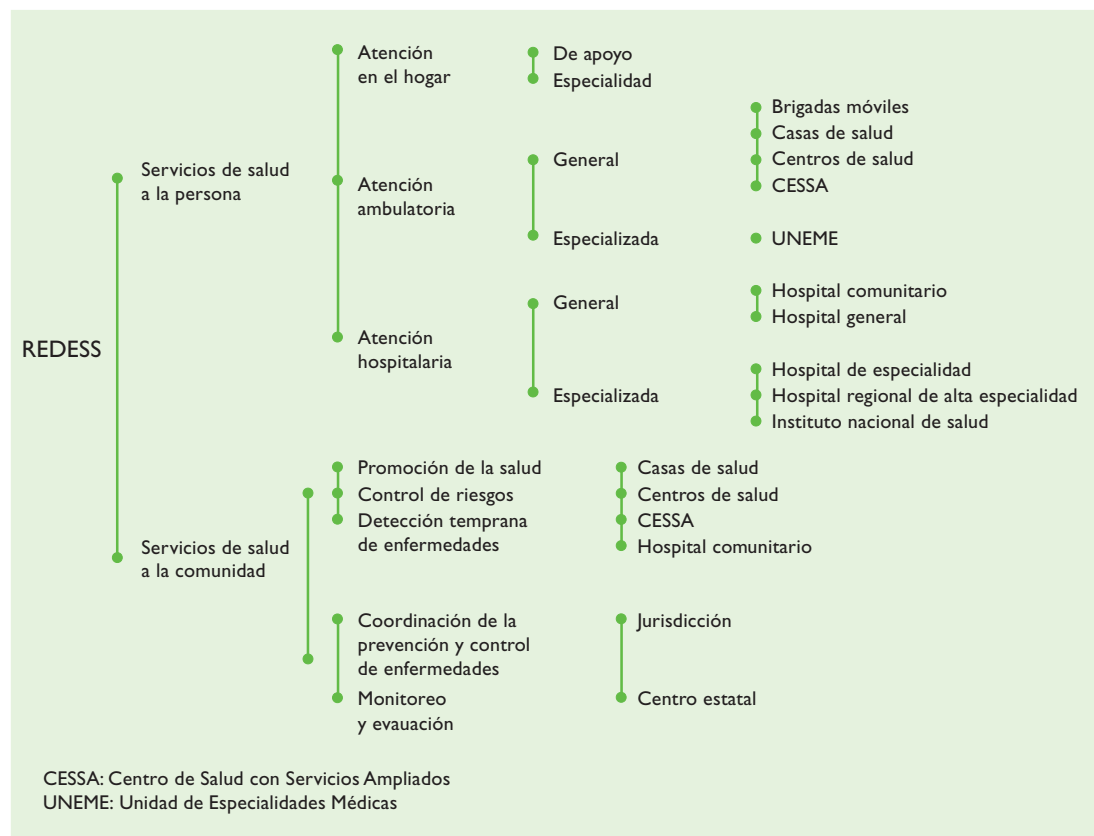


FIGURA 6. Las redes de servicios de salud están constituidos por servicios de salud a la persona generales y especializados, y servicios de salud a la comunidad.

* Para mayor información consúltese el documento *Operación Funcional de las REDESS* en www.salud.gob.mx/unidades/sic/

En el caso de los servicios de salud a la persona, el contacto de un individuo con las REDESS se inicia cuando esta persona busca atención médica a distancia o en una unidad de salud. En condiciones normales, el primer contacto se da con el proveedor de servicios ambulatorios, pero en situaciones de emergencia este primer contacto puede establecerse con un servicio de urgencias de una unidad hospitalaria. En todo caso las REDESS cuentan, para la atención de estos usuarios, con una amplia gama de unidades. Como el MIDAS supone la integración de las diversas instituciones (SESA, IMSS, ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas) y sectores (público y privado), también contempla la utilización y, por lo tanto, el pago correspondiente de servicios entre estas instituciones y sectores.

Los servicios de salud a la comunidad comprenden todas las acciones de salud dirigidas a la comunidad, que incluyen acciones de promoción de estilos de vida saludables, acciones de protección contra riesgos sanitarios, y acciones de detección temprana de riesgos personales y enfermedades. Estos servicios se ofrecen en dos dimensiones, local y estatal.

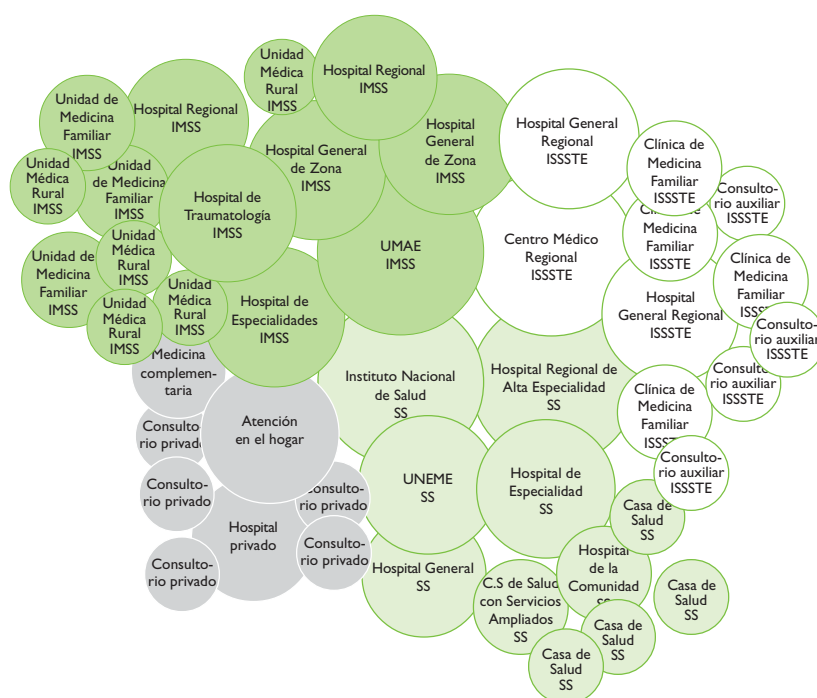


FIGURA 7. El MIDAS supone la integración funcional de todas las instituciones de salud y todos los sectores, y también contempla la utilización cruzada de servicios. Con ello se busca romper el paradigma de pirámides de servicios verticales para sustituirlo por redes coordinadas horizontalmente, que facilitan la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención.

Servicios de Salud a la Persona

El diseño y la implantación del MIDAS parten de la necesidad de integrar la prestación de servicios de salud. La atención integrada a la salud se ofrece a través de redes de servicios constituidas por un conjunto de unidades de atención a la salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutoria, que interactúan de manera flexible por medio de diversos sistemas organizativos y de comunicación a través de los cuales deben fluir los pacientes en un proceso que asegure la continuidad de la atención. Por supuesto que fluyen también los recursos (financieros, humanos, materiales) y la información, con el fin último de proporcionar servicios de salud de alta calidad, seguros, respetuosos de los derechos de los pacientes y atentos a las expectativas de los usuarios.

Las unidades de atención a la salud que ofrecen estos servicios van desde las casas de salud hasta los hospitales de alta especialidad, pasando por los centros de salud, los centros de salud con servicios ampliados (CESSA), los hospitales comunitarios, las unidades de especialidades médicas (UNEMES), los hospitales generales y diversas unidades de apoyo (centros de imagen, laboratorios clínicos, laboratorios de patología).*

La oferta de este tipo de servicios trasciende las fronteras geográficas, institucionales y sectoriales, aunque el usuario del servicio tiende a hacer uso de la unidad de *su institución* más cercana a su hogar que está en condiciones de resolver su problema. Sin embargo, el MIDAS considera los arreglos gerenciales necesarios para que, en caso de una oferta institucional limitada, se pueda hacer uso de unidades de salud de una institución diferente a la que el usuario está formalmente afiliado o incluso de unidades de salud del sector privado.

Esta utilización cruzada de servicios se asocia al pago correspondiente por parte de la institución a la que el usuario está formalmente adscrito. Para ello, el Sistema Nacional de Salud debe ser considerado como una red de servicios, públicos y privados, que sin perder las características que los definen como tales y sin fusionar sus estructuras, es capaz de responder a las necesidades de toda la población. Para ello cuenta con elementos integradores y reguladores de todo el sistema.

Para el caso de los SESA, los componentes básicos de las REDESS en su componente personal son las casas de salud, los centros de salud, los CESSA y los hospitales comunitarios, que en conjunto ofrecen más del 80% de las intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES) del SPS.

* Para mayor información consúltese el documento *Modelo de Unidades Médicas* en www.salud.gob.mx/unidades/sic/

Las *casas de salud* son unidades auxiliares que se ubican en comunidades rurales dispersas atendidas por promotores de salud o auxiliares de enfermería que tienen a su cargo tareas de primeros auxilios y de enlace con el centro de salud más cercano. En estas unidades operan periódicamente las brigadas móviles, compuestas por un médico, una enfermera y un trabajador comunitario.

Los *centros de salud rurales* se ubican en zonas rurales con población dispersa. Cuentan con un consultorio y su núcleo primario correspondiente (véase más adelante), sala de espera, baño de usuarios, y habitación para el médico con cocineta y baño. En este tipo de unidad se proporciona atención clínica básica. Constituye también la unidad encargada de proporcionar servicios básicos de salud a la comunidad (promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos, diagnóstico comunitario temprano de enfermedades).

Los *centros de salud para población rural no dispersa y urbana* cuentan con dos a 12 consultorios y sus núcleos primarios correspondientes, sala de espera, sala de expulsión y consultorio de estomatología. Dependiendo del tamaño puede contar, además, con servicios de telecomunicación (radio, telefonía, sistemas informáticos para gestión de pacientes y telemedicina), farmacia, almacén, oficina para director y oficina para enfermería. En estas unidades se proporciona atención clínica integral, atención de urgencias y, cuando se ubican a menos de 30 minutos de un hospital de referencia, atención del parto eutócico. Proporcionan asimismo servicios básicos de salud a la comunidad (promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos, diagnóstico comunitario temprano de enfermedades). Cuando cuentan con más de tres núcleos básicos ofrecen servicios matutinos y vespertinos los 365 días del año y atención de urgencias las 24 horas del día.

Los CESSA cuentan con seis a 12 consultorios y sus núcleos primarios correspondientes, y están diseñadas para ofrecer atención primaria a la salud integral con un alto nivel resolutivo. Están diseñadas modularmente para ofrecer servicios de medicina familiar, medicina de especialidades, estomatología, medicina comunitaria, servicios de laboratorio, y servicios de imagenología y telemedicina. Tienen capacidad para la atención de partos no complicados cuando se ubican a menos de 30 minutos de un hospital de referencia, y atención inicial de urgencias obstétricas. En este tipo de unidad se proporciona atención de urgencias las 24 horas del día los 365 días del año.

Los *hospitales comunitarios* son los centros de referencia para servicios de especialidad básica de las REDESS. Se definen como unidades hospitalarias con alta capacidad resolutiva en medicina familiar, urgencias, y padecimientos de alta prevalencia que requieren de servicios de medicina interna, cirugía general, traumatología, gineco-obstetricia y pediatría. Estos hospitales cuentan con un área de consulta externa, servicio de urgencias, área de toco-cirugía, sala

Redes de Servicios de Salud para la Atención a la Salud Materna y Perinatal

La atención continua de la paciente obstétrica y del neonato es un reto porque se ofrece en distintas unidades de salud. El control prenatal típicamente se brinda en centros de salud. A la mujer que se detecta con riesgo o patología se le refiere a un módulo especial. El parto finalmente se atiende en un hospital. La evidencia científica demuestra además que cualquier embarazo o parto puede complicarse. Por esta razón, la articulación y la conectividad de las unidades de salud, traducida en redes funcionales, adquiere relevancia para eliminar las demoras en la atención que derivan en complicaciones obstétricas y hasta en muertes maternas y neonatales evitables.

Para la atención a la salud materna, las mujeres embarazadas, en trabajo de parto o en puerperio, constituyen una prioridad con pase automático a cualquier unidad de la Red de Servicios de Salud.

Las casas de salud, los centros de salud y los hospitales de día tienen como función lograr la adherencia de las embarazadas al control prenatal de calidad con énfasis en la identificación de factores de riesgo, así como la referencia inmediata a hospitales comunitarios con mayor capacidad resolutoria para el seguimiento de embarazos de riesgo, la atención de partos y la vigilancia del puerperio. Estos hospitales cuentan con un Módulo de Atención a las Embarazadas de Riesgo (MATER), que es un consultorio con acceso ilimitado e inmediato para embarazadas atendido por médicos gineco-obstetras entrenados en el manejo inicial de urgencias obstétricas y equipado con ultrasonido, tococardiógrafo, laboratorio, servicio de medicina transfusional, enlace a Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) y disponibilidad permanente de radiocomunicación y ambulancia para el traslado inmediato de urgencias obstétricas a hospitales generales y regionales de alta especialidad.

Para la atención a la salud perinatal, los hospitales generales, maternos o infantiles cuentan con Servicios Integrales para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SinDis) encargados de proporcionar servicios a recién nacidos complicados o que presentan defectos al nacimiento.

Las redes de atención a la salud materna y perinatal incorporan, además de los servicios de salud a la comunidad proporcionados por la red local, el esfuerzo comunitario traducido en la red de apoyo social para favorecer la conectividad de la comunidad con la unidad de salud a través del transporte AME (atención a la mujer embarazada), así como para proporcionar alojamiento y alimentación en Posadas AME a las embarazadas y/o púerperas que no requieren de hospitalización inmediata pero sí de vigilancia estrecha y posibilidad de acceso inmediato al hospital en tanto podrían complicarse si regresaran a su comunidad.

de cirugía y área de hospitalización. Disponen también de laboratorio clínico, gabinete de imagenología, unidad de transfusión sanguínea y unidad de epidemiología. Como centros de referencia están conectados por radio, telefonía y/o red informática con los centros de salud y CESSA que forman parte de su red, así como con los centros hospitalarios de mayor especialidad y con la jurisdicción sanitaria con los que cooperan en la atención de sus pacientes. Deben contar con servicio de telemedicina y capacidad para traslado de pacientes.

Sistema Integral de Urgencias Médicas de la Ciudad de México

En la ciudad de México, los cambios poblacionales, económicos y culturales han producido un creciente desequilibrio entre la demanda y la disponibilidad de servicios médicos de urgencias. Motivados por esto, y atendiendo a las líneas de acción del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud del Distrito Federal, convinieron en la integración de una estructura organizacional común para la atención de urgencias médicas y desastres en la ciudad de México.

En noviembre del año 2003 se instaló el Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM), cuyo objetivo es coordinar la atención médica de urgencias brindando oportunidad de atención al mayor número de usuarios, optimizando los recursos disponibles y limitando las muertes, la discapacidad, el sufrimiento y las pérdidas económicas.

Dentro de los objetivos específicos del SIUM se incluye coordinar la atención prehospitalaria de urgencias médicas en la ciudad de México, así como el traslado rápido y efectivo de los pacientes graves, y la referencia de pacientes al hospital definitivo. De igual forma, el SIUM se ha propuesto disminuir el riesgo de sufrir daños irreversibles a la salud en los pacientes que requieran atención médica de urgencias, limitar las muertes, la discapacidad y el sufrimiento, y difundir la cultura de utilización razonable de servicios médicos de urgencia y de prevención de accidentes.

Para la operación de este sistema se instaló el Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM), cuya operación, administración y supervisión durante las 24 horas de los 365 días del año está a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Este centro funciona como eje coordinador de todos los componentes, con el fin de analizar, discernir, asignar, racionalizar y gestionar las demandas de atención que ingresan al sistema. El CRUM es una unidad administrativa-operativa que funciona como una herramienta gerencial que concentra la información sobre la disponibilidad de la oferta de la atención hospitalaria, con la finalidad de atender, de forma racional, las necesidades de los usuarios que demandan atención de urgencia. El CRUM está coordinado con las siguientes instancias: servicios de atención pre hospitalaria, hospitales dependientes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y algunos hospitales de otras dependencias (SS, IMSS e ISSSTE).

Las instituciones participantes en este sistema tienen la obligación de otorgar, a solicitud del CRUM, atención médica profesional y expedita a los pacientes graves que así lo requieren, en la medida que sus recursos lo permitan y hasta la estabilización de las condiciones generales del paciente, para que pueda ser transferido a la unidad médica definitiva. De igual forma, las instituciones participantes tienen la obligación de concentrar la información sobre disponibilidad de recursos ante situaciones de alto riesgo, de desastre e incidentes con saldo masivo de víctimas. Un grupo técnico, conformado por representantes de las partes, está a cargo de dar seguimiento a las acciones del SIUM y proponer iniciativas para la mejora continua de la calidad de la atención de urgencias médicas en la Ciudad de México.

El *núcleo primario* de los centros de salud y los CESSA está constituido por un médico (o médico pasante) y una enfermera clínica (o enfermera pasante). En las poblaciones rurales dispersas que carecen de personal profesional de planta, la unidad básica puede ser una casa de salud atendida por un técnico en atención primaria a la salud, que es visitada periódicamente por una brigada móvil que cuenta con un médico, una enfermera y un trabajador comunitario.

El núcleo primario es responsable de la atención clínica y de las actividades de salud comunitarias. Estas últimas se llevan a cabo en colaboración con otro personal cuyo perfil se describe en la sección correspondiente a los servicios de salud a la comunidad.

El número de centros de salud y CESSA dentro de una red de servicios, y la magnitud de la población que deben atender los establecen cada estado en función de variables demográficas, epidemiológicas, condiciones orográficas, disponibilidad de medios de comunicación y transporte, isócronas de desplazamiento, y recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en cada unidad. Sin embargo, cada entidad federativa debe establecer un tamaño mínimo de población a cubrir para que los esquemas de capitación funcionen con la suficiente agregación del riesgo.

- 1 a 2 médicos por 1,000 habitantes
- 2 a 3 licenciadas en enfermería por médico
- 1 a 2 camas por 1,000 habitantes

Las unidades de salud cuentan asimismo con servicios de atención domiciliaria en casos de urgencia o imposibilidad de traslado de los pacientes. Estos servicios pueden ser de apoyo o especialidad.

Para garantizar una atención de calidad, las unidades están acreditadas y/o certificadas; funcionan bajo esquemas de acuerdos de gestión; cuentan con un programa de mejora continua y se someten periódicamente a evaluaciones externas (véase capítulo VII).

Unidad de Coordinación de las REDESS

Cada grupo de unidades que integra una red está coordinado por un órgano o gerencia operativa denominada Unidad de Gestión (UG) encargada de garantizar el flujo y la atención oportuna por parte de los servicios de salud a la persona y a la comunidad. La UG está a cargo de un coordinador de continuidad, está ubicada en la unidad más grande de la red y tiene las siguientes funciones:

Coordinación Interinstitucional e Intersectorial

La Atención de Pacientes con VIH/SIDA

La atención de pacientes con VIH/SIDA requiere de un equipo interdisciplinario de proveedores especialistas en esta enfermedad: médicos, enfermeras, psicólogos y psiquiatras. Este equipo debe estar en constante actualización y contar con todos los recursos, clínicos y de gabinete, para atender con calidad y de manera integral a estos pacientes.

Las instituciones del sector salud han respondido a este reto generando equipos de atención en los principales centros hospitalarios de nuestras principales ciudades. En sitios como el Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey el número de pacientes es lo suficientemente elevado como para que cada institución provea sus propios servicios. Sin embargo, en ciudades de menos de 500,000 habitantes, el número de pacientes no es tan alto como para justificar una inversión institucional de esta naturaleza. En estos casos, la coordinación interinstitucional resulta esencial.

En el caso específico del VIH/SIDA la coordinación interinstitucional hacia la que apunta el MIDAS se manifiesta en dos dimensiones: regulatoria y de prestación de servicios. En el ámbito regulatorio, la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE acordaron establecer un estándar único de tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA. Con este fin el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la federación la guía única para la atención de los pacientes con VIH/SIDA para las instituciones públicas del sector salud.

En el ámbito de la prestación de servicios se estableció una unidad interinstitucional para la atención de pacientes con VIH/SIDA en una ciudad de tamaño medio: Puerto Vallarta, Jalisco. En esta ciudad la Secretaría de Salud tiene registrados 100 pacientes en tratamiento, el IMSS 120 y el ISSSTE entre 15 y 20. Los números son demasiado pequeños como para contar con un equipo interdisciplinario especializado en la atención de estos pacientes. Por esta razón, a través del CENSIDA, surgió la idea de establecer en esta ciudad un centro de atención a pacientes con VIH/SIDA que sirviera a todas las instituciones públicas del sector e incluso a pacientes del sector privado.

El manejo administrativo de la unidad estará a cargo de una fundación privada. Los médicos especialistas provendrán de la Secretaría de Salud y el IMSS. La oferta de servicios estará dirigida a todos los pacientes con VIH/SIDA, incluyendo a los pacientes del sector privado y los pacientes extranjeros que radican en Puerto Vallarta. Las recetas las surtirá la institución a la que esté adscrita el paciente. Los pacientes del sector público serán atendidos sin costo alguno y los pacientes del sector privado pagarán una cuota por servicio otorgado, incluyendo los medicamentos. La fundación también está negociando que las asegurados de Estados Unidos paguen por los servicios proporcionados a sus asegurados en esta unidad.

- facilitar el acceso y el flujo a través de las REDESS y otras unidades de salud que pueden ofrecer servicios de especialidad con los que no se cuenta en los centros de salud o los CESSA;
- representar a los diversos centros de salud y CESSA de su zona de influencia;
- realizar, en colaboración con los responsables de sus unidades, la planeación, y organización de las actividades realizadas en su zona de influencia;

- dar seguimiento y evaluar las actividades comprendidas en su programa operativo;
- comprar servicios a otros proveedores, llámense hospitales generales, hospitales regionales de alta especialidad o UNEMES;
- coordinar las actividades de salud pública de la red, incluyendo la concentración de la información epidemiológica procedente de sus centros de salud y CESSA, y
- mantener relaciones de coordinación con los responsables de las diferentes unidades hospitalarias con especialidades básicas o de alta especialidad, así como con las autoridades estatales de salud y con las autoridades municipales.

Cada entidad federativa determina quien asume la responsabilidad de la UG, pero en todos los casos ese personaje cuenta con el perfil profesional adecuado, dentro del que destaca una actitud de servicio, conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud, capacidad de liderazgo; y capacitación en salud pública y administración de servicios de salud.

Hospitales Generales, UNEMES, Hospitales Regionales de Alta Especialidad, e Institutos Nacionales de Salud

Los *hospitales generales* son establecimientos de atención hospitalaria y consulta externa en las cuatro especialidades básicas (pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía general) apoyadas por especialidades médico-quirúrgicas y otras especialidades de acuerdo con la demanda de las REDESS.

Cuentan con área de consulta externa, área de urgencias, unidad tocoquirúrgica, salas de cirugía, laboratorio clínico, laboratorio de patología, servicio de imagenología y área de telemedicina, además de otros servicios de apoyo dependiendo de la demanda de las REDESS y la disponibilidad de recursos humanos especializados. Estos establecimientos, además, participan en la formación y desarrollo de recursos humanos y en los programas de educación básica, clínica y social.

Las UNEMES son unidades de atención ambulatoria que aprovechan avances recientes en la tecnología que permiten ofrecer servicios de especialidad y alta especialidad en ambientes no hospitalarios. Cada UNEME puede estar constituida de manera flexible y en función de las necesidades epidemiológicas y de demanda a las que debe responder, por diferentes tipos de servicios, desde uno hasta varios bajo el mismo techo, como: diagnóstico, cirugía ambulatoria, hemodiálisis, oncología, prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual, salud mental y rehabilitación.

Los *hospitales regionales de alta especialidad* son establecimientos que ayudan a resolver las necesidades de salud de las poblaciones adscritas a las REDESS con el apoyo de un número variable de especialidades y sub-especialidades médico-quirúrgicas. Tienen como objetivo complementar los servicios de las REDESS mediante la oferta de servicios de especialidad dirigidos a atender padecimientos de baja incidencia que requieren de alta complejidad en su diagnóstico y tratamiento. Estos hospitales cuentan con una estructura funcional de atención modular en consulta externa (consultorio para especialidades y unidades de diagnóstico y tratamiento), auxiliares diagnósticos (imagenología, laboratorio clínico, electrodiagnóstico, hemodinamia, endoscopía, medicina nuclear y anatomía patológica), auxiliares de tratamiento (urgencias, cuidados intensivos, cuidados intermedios, unidad coronaria, quirófanos, tococirugía, transplantes, central de mezclas, banco de órganos y banco de sangre), hospitalización, enseñanza e investigación.

Los *institutos nacionales de salud* tienen como objetivos principales la investigación en salud, la formación de recursos humanos altamente calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. Son organismos públicos descentralizados con personalidad jurídica y patrimonio propios que en el ámbito de la prestación de servicios personales de salud funcionan como centros nacionales de referencia para la atención de pacientes que requieren de servicios de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, y como centros de referencia para teleconsulta y tele-educación.

Servicios de Salud a la Comunidad

La prestación de servicios de salud a la comunidad en el ámbito local se sustenta en dos pilares: la participación activa de la comunidad en el cuidado de su salud y la oferta de servicios de salud pública, que incluye la promoción de la salud, la detección y control de riesgos sanitarios, y la detección temprana de enfermedades. Estos servicios tienen las siguientes características:

- son de cobertura nacional y se otorgan independientemente de la condición de aseguramiento de la población beneficiaria;
- se otorgan de manera gratuita;
- benefician a la sociedad en su conjunto, a una comunidad en particular y a las personas en forma individual, y
- se proporcionan independientemente de la existencia de demanda explícita.

Los servicios de salud a la comunidad que ofrecen las REDESS se definen a partir del territorio en el que operan. Este, a su vez, se define a partir sobre todo de variables geográficas, demográficas, epidemiológicas y administrativas.

La oferta de servicios de salud a la comunidad se diseña y se implementa a partir de un diagnóstico de las necesidades locales de salud –necesidades de salud positiva, riesgos y daños– y de la capacidad de respuesta a estas necesidades. En este proceso es importante identificar los principales riesgos a los que se enfrenta la población y su expresión a nivel familiar. De hecho un elemento central de la operación de estas redes es la clasificación de las familias de cada comunidad utilizando el enfoque de riesgo. Es en función de este diagnóstico centrado en el riesgo que se organiza el trabajo de los diversos actores de la red local.

El núcleo primario de estos servicios lo constituyen los mismos personajes que el núcleo primario de las unidades que ofrecen servicios de salud a la persona: el médico (o médico pasante) y la enfermera (o pasante de enfermería), y a ellos se suman la enfermera o trabajador comunitario, las monitoras comunitarias y los enlaces interculturales. Este equipo cumple con actividades comunitarias de promoción de la salud, detección y control de riesgos, y detección comunitaria temprana de enfermedades.

Médico

Es el coordinador de las actividades de promoción comunitaria de estilos de vida saludables; de promoción de la planificación familiar; de prevención y control de riesgos, incluyendo las actividades de vacunación, control de vectores y saneamiento ambiental, y de detección comunitaria temprana de enfermedades.

Enfermera

La enfermera coordina con el médico las actividades de salud comunitaria, en particular en la implementación de las actividades de vacunación y planificación familiar; da seguimiento a los embarazos; da seguimiento de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, y es responsable del monitoreo de los pacientes que requieren de tratamiento supervisado.

Enfermera o trabajador comunitario

Es la responsable de la implantación de las actividades de salud comunitaria, en particular de las actividades de promoción de estilos de vida saludables; vacunación y planificación familiar; control de vectores y saneamiento ambiental; identificación de embarazos; monitoreo de tareas iden-

tificadas en las cartillas de salud; identificación y seguimiento de individuos con padecimientos crónico-degenerativos, y monitoreo de pacientes que requieren de tratamiento supervisado.

Monitor

Las monitoras o monitores son responsables del trabajo regular con las familias en las comunidades atendidas por el centro de salud. Ellas aplican los instrumentos que recogen información socioeconómica, demográfica y de salud, que permite, entre otras cosas, identificar los riesgos a los que se enfrentan los miembros de un hogar. También le dan seguimiento al estatus de las cartillas de salud y son las encargadas de orientar a los hogares sobre el uso de los servicios de salud, en general, y de los servicios de salud como afiliados al Seguro Popular de Salud, en particular.

Enlace intercultural

Cuando el trabajo comunitario se lleve a cabo en una comunidad predominantemente indígena, y en ausencia de monitoras bilingües, se cuenta con el apoyo de enlaces interculturales que permiten una comunicación fluida que a su vez garantiza la implantación de las actividades de salud comunitaria atendiendo a las costumbres y preferencias de esta población.

Red estatal

La red estatal de servicios de salud a la comunidad está conformada por la suma de las redes de servicios de salud a la comunidad jurisdiccionales. La red jurisdiccional, a su vez, está conformada por la suma de las redes locales que se ubican dentro del ámbito geográfico de acción de cada jurisdicción. Los actores principales de las redes estatales son el coordinador de la red estatal, los jefes jurisdiccionales y los epidemiólogos.

Coordinador de la red estatal

El coordinador de la red estatal puede ser un funcionario nombrado específicamente para cumplir con esta función o un alto funcionario encargado, entre otras actividades, de la prevención y control de enfermedades.

Jefes jurisdiccionales

El jefe jurisdiccional asegura el cumplimiento de las políticas de salud al interior de la jurisdicción sanitaria; vigila que los servicios de salud a la comunidad se otorguen conforme a la nor-

matividad vigente; coordina las acciones de promoción de la salud, control de riesgos y detección temprana de enfermedades; establece alianzas con los municipios y otras instituciones del sector salud para el adecuado otorgamiento de los servicios de salud a la comunidad, y monitorea y evalúa los servicios de salud a la comunidad en su jurisdicción.

Epidemiólogos

Los epidemiólogos jurisdiccionales mantienen actualizado el panorama epidemiológico de su jurisdicción; dan seguimiento a las acciones de vigilancia epidemiológica de su área de responsabilidad; realizan estudios de brote y caso, según proceda, y coordinan las acciones de capacitación epidemiológica del personal de la jurisdicción.

capítulo VII

En qué se apoya la integración

La operación integrada de los servicios, unidades e instituciones de salud requiere de diversos sistemas e instrumentos articuladores y reguladores, a saber: tutores; médicos de atención integrada; infraestructura de telecomunicaciones; sistemas integrados de información en salud; sistema de vigilancia epidemiológica; planes de infraestructura, equipamiento y recursos humanos; sistemas de facturación cruzada; programas de diseño y actualización continua de guías clínicas; programas de capacitación gerencial básica y continua, y avales ciudadanos.

Elementos Articuladores

Roles integradores

Tutores

Un tutor se define como alguien que es responsable de otro. En este sentido, el tutor de pacientes es un trabajador de la salud, preferentemente enfermera, médico o trabajador social, que tiene la responsabilidad de dar seguimiento personalizado a un determinado número de pacientes para asegurar la continuidad del proceso de atención al interior de cada unidad y a través de los componentes de las REDESS.

El número de pacientes del que cada tutor es responsable depende de las características de la unidad y del volumen de pacientes que acuden o se encuentran en ella; la regla general es que el tutor no debe perder el control sobre el proceso de atención de cada uno de los pacientes que le corresponde.

Médico de atención integrada

El médico de atención integrada es un especialista de primer contacto cuyo trabajo está orientado a la atención del adolescente, adulto joven, adulto maduro y adulto mayor. En su trabajo integra la promoción de la salud, la atención preventiva, y la atención curativa y de rehabilitación. Está capacitado sobretodo en la atención de las enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas de mayor frecuencia, así como en la atención de lesiones accidentales y no accidentales. Un componente central de su trabajo es facilitar el funcionamiento integrado, horizontal y vertical, de las redes de servicios, y asegurar la continuidad de la atención a través del seguimiento estrecho del paciente a través de los procesos de atención.

Redes de telecomunicación e informática médica

Las redes de servicios cuentan, para su adecuada operación, con un moderno sistema de telecomunicaciones que incluye, entre otros, servicios de telefonía, radio e informática. Este sistema permite la comunicación directa e indirecta entre proveedores de servicios (de una misma unidad, de diferentes unidades y de diversas instituciones), y la generación, almacenamiento, procesamiento y envío ágil y seguro de información, tanto en forma de datos como de imágenes.

Para funcionar de manera adecuada estos sistemas cuentan con una infraestructura moderna y recursos humanos capacitados tanto en la esfera de generación, almacenamiento y procesamiento de información como en la esfera de transmisión y recepción.

Un elemento vital de estos sistemas de telecomunicación son los servicios de informática (*hardware y software*), que permiten un manejo más ágil de la información clínica y gerencial, contribuyen a la seguridad del paciente y la continuidad de la atención, y han abierto la posibilidad de la atención y la educación a distancia.

Dada la dificultad de acceso de ciertas poblaciones, sobre todo rurales, a servicios de especialidad, las redes de atención disponen ya de servicios de telemedicina o medicina a distancia, que facilitan la atención en tiempo real o diferido. Estos servicios incluyen consultas directas con especialistas, manejo de datos e imágenes, y tratamientos. La telemedicina constituye también un poderoso instrumento de capacitación y educación continua.

Redes de transportación

Cada REDESS debe disponer de los medios de transporte necesarios para garantizar una atención integral y continua. En particular debe contar con ambulancias equipadas o acceso de

medios de transporte propios, del municipio o de la comunidad que permitan atender urgencias de la mejor manera posible.

Sistema Integrado de Información en Salud

El MIDAS cuenta también con un Sistema Integrado de Información en Salud (SINAIS) que funciona no sólo como elemento de integración, sino también como un vehículo que facilita la toma de decisiones. En este sentido una función primordial de este sistema es reunir la producción de la información con su uso de manera eficiente.

En la actualidad el sistema de información de la Secretaría de Salud opera a través de diversos subsistemas independientes: SICUENTAS (Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Estatal y Federal), SINERHIAS (Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud); SIEED (Subsistema de Información Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones); SAEH (Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios); SISEA (Subsistema de Información en Prestación de Servicios de Salud); SUIVE (Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica y el Programa de Vacunación (PROVAC). Estos subsistemas se han ido integrando paulatinamente a través del uso institucional de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) y la puesta en operación de un cambio organizacional que comprende: a) la simplificación de la recolección de la información, b) la integración de la información y c) la automatización de los procesos en su conjunto.

Modelo de Gestión*

El MIDAS ofrece la posibilidad de replantear las formas de gestión de las unidades de atención para que funcionen de manera más efectiva, eficiente y atendiendo a las expectativas de los usuarios. Este modelo de gestión comprende la articulación de los procesos clínicos y quirúrgicos, los servicios de apoyo y diagnóstico, los servicios administrativos y los servicios de apoyo a los familiares. Promueve asimismo el uso de mecanismos eficientes de contratación de servicios y recursos humanos (tercerización de servicios, pago por paquete de intervenciones, contratación de grupos médicos), y el uso de acuerdos de gestión entre pagadores y proveedores de servicios. Este modelo de gestión contempla tam-

* Para mayor información consúltese el documento *Innovaciones de Gestión Hospitalaria en México*. El caso de los HRAES en www.salud.gob.mx/unidades/sic/

bién el uso de sistemas integrados de información clínica y administrativa, así como de mecanismos de monitoreo y evaluación.

Sistema Costeo y Facturación Cruzada

Las redes de servicios de las instituciones públicas de salud se diseñaron para atender a poblaciones muy específicas: las redes de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas) a poblaciones afiliadas a estos seguros públicos de salud; las redes del IMSS-Oportunidades a la población de comunidades rurales marginadas, y las redes de los SESA al resto de la población no asegurada. Con la reforma a la Ley General de Salud de 2003 se amplía en unos casos y se abre en otros, la posibilidad de utilización cruzada de servicios, entre entidades e instituciones. También se abre la posibilidad, en el caso de una oferta limitada, de la utilización de servicios privados de salud.

La utilización cruzada de servicios requiere de un sistema de facturación cruzada que permita el cobro de los servicios respectivos. Este sistema, a su vez, requiere de un sistema de costeo de aquellas intervenciones que pueden ser susceptibles de utilización cruzada. El MIDAS contempla el desarrollo de estos sistemas de costeo que permiten fijar tarifas por intervención que facilitan la utilización y facturación cruzada de servicios entre entidades, instituciones y sectores.

Elementos Reguladores

Dada su importancia, el sistema de mejora continua, –que incluye la medición de la calidad, la acreditación y certificación y los acuerdos de gestión– y el sistema de monitoreo y evaluación se abordan en capítulos independientes.

Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud

Para garantizar el acceso a una atención de la salud de alta calidad, integrada y segura se requiere de un número suficiente y una distribución adecuada de unidades de salud. Con este fin, la SS convino con las entidades federativas el diseño y puesta en marcha de un Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS).^{*} Este plan, que se define como “el instrumento

^{*} Para mayor información consúltese el documento *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud* en www.salud.gob.mx/unidades/sic/

rector para la promoción, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura de los servicios estatales de salud”, racionaliza y prioriza los recursos para la inversión y la operación sustentable de las unidades de los SESA.

El PMIFS, consistente con el MIDAS, está articulado como un sistema flexible de redes de servicios complementarios cuya finalidad es hacer más eficiente e incrementar la capacidad de respuesta de los servicios estatales de salud. Propone, por lo mismo, **la optimización y la ampliación de la capacidad instalada mediante la dignificación y remodelación de las unidades existentes, y la creación de nuevas unidades**, incluyendo hospitales regionales de alta especialidad. En su primera etapa, este plan se desarrolló haciendo uso de la información sociodemográfica, epidemiológica, de infraestructura en salud disponible, y de proyecciones de esta información para los próximos años.

A la fecha se han constituido 18 redes regionales de servicios. Algunas de estas redes están ya operando y otras están en proceso de consolidación mediante la construcción de unidades adicionales. Estas redes están compuestas por i) hospitales regionales de alta especialidad, ii) hospitales generales y comunitarios y iii) unidades de especialidades médicas (UNEMES).

Al interior de las entidades federativas, se recomienda constituir redes:

- atendiendo al PMIFS;
- estableciendo esquemas claros de interrelación entre los diversos tipos de unidades;
- elaborando certificados de necesidad en caso de unidades de nueva creación;
- atendiendo a las redes de telemedicina y equipo de traslado existentes o en proceso de establecimiento, y
- atendiendo a la normatividad de los nuevos modelos de espacios para la salud con base en cartillas de descripción y contenido de cada modelo.

El PMIFS es dinámico. El mecanismo para construir infraestructura se sustenta en el Certificado de Necesidad, que tiene los siguientes objetivos:

- evitar la sobre-construcción de unidades;
- proteger al sistema de salud contra la sobre utilización y la sobre-oferta de servicios;
- proteger el presupuesto para la salud y los fondos públicos;
- planear de manera racional el crecimiento de la infraestructura en salud;
- garantizar la participación de autoridades en las decisiones que impacten la salud de su población, y
- propiciar la transparencia en la toma de decisiones sobre infraestructura en salud.

Plan Maestro de Equipamiento*

El complemento del PMIFS es el **Plan Maestro de Equipamiento (PME)**, que busca racionalizar el mantenimiento y la adquisición del equipo médico.

Este plan establece los siguientes lineamientos de priorización en la adquisición de equipo nuevo:

- el equipo médico debe ser indispensable para que las unidades de atención a la salud de primero y segundo nivel puedan ofrecer el CAUSES y/o acreditarse o certificarse (véase capítulo VII);
- el equipo médico debe adquirirse atendiendo a criterios de economías de escala, de tal manera que se centralice su adquisición y operación cuando así lo exijan sus características de utilización, complejidad y costo;
- derivado de lo anterior, los equipos costosos y complejos requerirán también de la emisión de un certificado de necesidad.

El PME se está implementado haciendo uso de la información contenida en el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) del SINAIS y el Banco de Información en Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), y atendiendo a las actualizaciones periódicas del CAUSES y el catálogo de intervenciones financiadas por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del SPS.

Plan Maestro de Recursos Humanos**

El **Plan Maestro de Recursos Humanos (PMRH)** tiene como objetivo diseñar e instrumentar estrategias para fortalecer los servicios de salud mediante la formación de personal en las cantidades adecuadas y el perfil necesario. Este plan responde a las necesidades de prestación de servicios especializados de las 32 entidades federativas. El PMRH incluye el fortalecimiento de los programas de especialidad troncales y no troncales, de los programas de subespecialización y de las residencias en investigación.

* Para mayor información consúltese el documento *Plan Maestro de Equipamiento* en www.salud.gob.mx/unidades/sic/

** Para mayor información consúltese el documento *Plan Maestro de Recursos Humanos* en www.salud.gob.mx/unidades/sic/

El PMRH comprende, en su primera fase:

- El análisis de las condiciones demográficas y epidemiológicas de las 32 entidades federativas para así identificar la cantidad de especialistas en cada materia que deben formarse.
- El registro del número y tipo de especialistas y de servicios de especialidad disponibles en los últimos diez años en las instituciones de salud, públicas y privadas, por entidad federativa.
- El cálculo de la fuerza laboral potencial para los siguientes 10 años (médicos generales, especialista y subespecialistas) a partir de las cifras de ingreso y egreso de las carreras de medicina y los programas de especialidad y subespecialidad.
- La construcción de dos escenarios de oferta de médicos generales y especialistas por entidad federativa; uno inercial y otro ajustado a diversos tipos de intervenciones en la formación de recursos de especialidad.

Diseño y Actualización de Guías Clínicas

Otro de los instrumentos que inciden de manera positiva en la calidad y la eficiencia de la atención es la estandarización de los procesos de diagnóstico y tratamiento, que se concreta a través de la elaboración, difusión, utilización y revisión continua de las llamadas guías clínicas. El Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América define las guías clínicas como “aque- llos lineamientos desarrollados de manera sistemática para ayudar al proveedor de servicios y al paciente en la toma de decisiones relacionadas con circunstancias clínicas específicas”.

El MIDAS recomienda la elaboración, disseminación y actualización continua de guías clínicas para el tratamiento de todas las condiciones contempladas en el CAUSES y el catálogo de intervenciones financiadas con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos o en la lista de intervenciones más comunes de las diversas instituciones de salud. Estas actividades son responsabilidad de los niveles centrales de estas instituciones y deberán desarrollarse en estrecha colaboración con los colegios, asociaciones y academias médicas. A nivel estatal o delegacional, la responsabilidad en esta área es asegurarse de los proveedores directos de los servicios conozcan y cuenten con estas guías; estén capacitados para utilizarlas de manera correcta y, aunque parezca muy obvio, las utilicen en su práctica diaria.

Cartillas “Línea de Vida”

En la búsqueda de alternativas para facilitar el quehacer del personal de salud y, al mismo tiempo, mejorar la calidad de la atención, se diseñó la “Estrategia de Prevención y Promoción de la

Salud durante la Línea de Vida”, cuyo objetivo esencial es otorgar atención integral con acciones, de mayor impacto, para la prevención de enfermedades y promoción de la salud, de acuerdo a la edad, sexo y evento de vida (embarazo, parto, puerperio y atención de lesiones), independientemente del motivo por el cual acuden los usuarios a la consulta. Esta estrategia fomenta la participación de la población en el cuidado de su salud, ya que dentro de las acciones que se otorgan están incluidas las de información, orientación-consejería y promoción de estilos de vida saludables.

En apoyo a la operación de esta estrategia se ha diseñado paralelamente el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, que es un sistema orientado a facilitar el seguimiento del cuidado de la salud de cada persona durante toda su vida, es decir, desde su nacimiento hasta la etapa de adulto mayor. Está conformado por cuatro cartillas nacionales de salud:

- Cartilla Nacional de Vacunación para niños, niñas y adolescentes de 0 a 19 años de edad;
- Cartilla Nacional de Salud de la Mujer de 20 a 59 años de edad;
- Cartilla Nacional de Salud del Hombre de 20 a 59 años de edad, y
- Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor de 60 años en adelante.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Este sistema comprende todas aquellas relaciones formales y funcionales que establecen entre sí las instituciones del Sistema Nacional de Salud para recolectar información sobre los diversos eventos de interés epidemiológico que permiten iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención y control de enfermedades.

Participación ciudadana

El Aval Ciudadano es un mecanismo creado en el año 2002, en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, a través del cual se faculta a grupos y organizaciones civiles, con prestigio y credibilidad entre la población, a visitar unidades de salud para avalar periódicamente las mejoras en la calidad de los servicios. Tanto por el espíritu que le dio origen como por las características que este mecanismo ha adoptado a través de sus años de funcionamiento, el Aval Ciudadano se ha podido incorporar a la operación de las redes de servicios. Su espíritu es consistente con diversos valores y principios rectores del MIDAS (corresponsabilidad, autonomía, transparencia y rendición de cuentas) y su funcionamiento permite operacionalizar los principios rectores del modelo relacionados con la calidad técnica e interpersonal de la atención.

capítulo VIII

Cómo mejorar continuamente la calidad de los servicios

La calidad se ha definido como “el grado en que los servicios de salud son consistentes con el conocimiento profesional actual e incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados en materia de salud”. Otras definiciones incorporan el concepto de bienestar del paciente, de tal forma que la calidad ya no se considera resultado exclusivo de la intervención técnica médica sino que involucra también otros factores asociados a diversas etapas del proceso de búsqueda y obtención de la atención (véase caja sobre Trato Adecuado en la página 26). Estas definiciones resultan más apropiadas para los fines del MIDAS. La mejora continua de la calidad exige el monitoreo regular de indicadores que proporcionen información sobre la búsqueda, oferta y utilización de servicios. Requiere también de la certificación de las unidades y redes que proporcionan atención, así como de acuerdos que garanticen el cumplimiento de objetivos de calidad. Exige asimismo la implantación de un modelo de gestión de calidad. Finalmente requiere de la evaluación periódica de los procesos implantados y los resultados obtenidos. Debido a su importancia, este último componente de la mejoría continua se aborda en el siguiente capítulo de manera específica.

Medición de la Calidad

El primer paso de todo proceso de mejora continua de la calidad es la implantación de un sistema de medición de la calidad en las unidades de atención. Medir el grado en que la calidad mejora requiere de mediciones basales, de la definición de objetivos en el corto y largo plazo y, por supuesto, de definiciones acerca de lo que se va a medir, y cómo y con qué periodicidad se van a realizar las mediciones.

En la implantación del MIDAS se ha optado por desagregar la calidad en diversos dominios con el fin de operacionalizar su medición e identificar las áreas específicas que requieren de fortalecimiento. Los cinco dominios del sistema de medición de calidad, denominado INDICA, son los siguientes: i) trato digno; ii) tiempos de espera en atención ambulatoria y de urgencias; iii) información proporcionada al paciente; iv) surtimiento de medicamentos y v) atención médica efectiva.

Actualmente INDICA opera en más de 7,900 unidades de primer nivel de todas las instituciones del sector salud en las cuales se llevan a cabo mediciones periódicas de los indicadores de los cinco dominios de calidad. El esfuerzo inicial se centró en fortalecer las capacidades de medición. Sin embargo, con el tiempo INDICA se convirtió en una herramienta gerencial que permite identificar las fortalezas y debilidades de las unidades e implementar acciones correctivas cuando es necesario.

Acreditación y Certificación de Unidades

Uno de los procedimientos que más influyen en la calidad de los servicios de salud es la certificación de las unidades que ofrecen servicios clínicos y de apoyo. En México, en 1999, se estableció un Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica que quedó bajo la responsabilidad del Consejo de Salubridad General (CSG). Asimismo, la Ley General de Salud, reformada en 2003, establece la necesidad de acreditar la calidad, seguridad y capacidad de las unidades de salud que prestan servicios al SPS.

La implantación del MIDAS comprende la certificación voluntaria de todas las unidades de salud de las diversas instituciones y entidades federativas. En el caso de las unidades que prestan servicios a los afiliados al SPS, este proceso da inicio con la acreditación obligatoria de dichas unidades, que en términos prácticos puede considerarse una fase preparatoria para su eventual certificación.

Certificación de unidades

Los fundamentos legales del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica se incluyen en el “Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales” y el Reglamento Interior de la Comisión para las Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud. En estos documentos se establece que la autoridad sanitaria responsable de la coordinación de dicho programa es el Consejo

Nacional de Salud (CNS) que se auxilia para esta tarea de una comisión. Esta comisión la preside el Secretario del Consejo y vocales titulares representantes de las siguientes instituciones: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México, Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía y un representante de otras instituciones colegiadas. El programa de certificación es voluntario y gratuito, y la certificación tiene una vigencia de tres años con revisiones anuales.

Para fines de certificación, los establecimientos de atención médica se clasifican en tres grupos: hospitales, unidades ambulatorias y establecimientos de atención psiquiátrica. Los criterios de evaluación se agrupan en dos capítulos: i) estructura y ii) procesos y resultados.

La evaluación del primer capítulo consiste en una auto-evaluación. Las autoridades del establecimiento en proceso de certificación envían al CSG, información detallada sobre los siguientes rubros: recursos humanos, instalaciones físicas, equipamiento, insumos, expediente clínico, atención y quejas, comités, organización y métodos, y gobierno.

La evaluación del segundo capítulo es responsabilidad de un grupo de evaluadores externos que, en visita programada, revisan personalmente el funcionamiento de diversos procesos en la unidad.

Cada uno de los rubros de certificación se califican del 0 al 4 y en total debe alcanzarse un mínimo de puntos para poder certificarse.

El sistema mexicano de salud debe aspirar a certificar todas sus unidades de salud, públicas o privadas. Como un paso en ese sentido, el Sistema de Protección Social en Salud estableció como requisito para poder ofrecer servicios de salud a los afiliados al SPS la acreditación obligatoria de las unidades. Este proceso, previo a la certificación, es coordinado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud.

Acreditación de unidades

El proceso de acreditación inicia con una auto-evaluación que indica si la unidad está en condiciones de someterse al proceso de acreditación. Una vez superada esta fase, un grupo de evaluadores externos visita la unidad para evaluarla en tres áreas: capacidad, seguridad y calidad.

En el rubro de capacidad se incluyen recursos humanos, infraestructura, equipamiento y abasto de medicamentos. El rubro de seguridad comprende la existencia de control de residuos peligrosos, instalaciones y mobiliario en buenas condiciones, extintores y equipo contra incendios, entre otros. Finalmente, el rubro de calidad incluye la incorporación del establecimiento

un sistema de medición de la calidad, la existencia de un sistema de atención a quejas, un programa de difusión de códigos de ética y un programa de educación continua.

El resultado de la evaluación se hace oficial a través de un dictamen que se envía a la unidad informándole su estatus: acreditado si cumple con 90 a 100% de los requisitos; condicionado si cumple con 70 a 89% de los requisitos, y no acreditado si cumple con menos del 70% de los requisitos.

Acuerdos de Gestión

En el MIDAS se cuenta también con una herramienta que ha sido fundamental para el logro de los objetivos de calidad: los acuerdos de gestión. Estos acuerdos son convenios en los que se definen de manera explícita compromisos de calidad (horarios de servicio, tiempos de espera en consulta externa, tiempo de espera para consultas de especialidad y cirugías, abasto de medicamentos, uso de guías clínicas) que deben cumplirse en un tiempo determinado a cambio de apoyos financieros específicos. Estos acuerdos sirven sobre todo para mejorar la calidad técnica e interpersonal de la atención, pero también contribuyen a atender de mejor manera las expectativas de los usuarios, reducir la inequidad en la prestación de los servicios y responsabilizar de manera más directa a los funcionarios y proveedores de servicios con los resultados de la atención a la salud. Un elemento clave de estos acuerdos es la incorporación en la gerencia de los servicios, de su presupuestación estratégica.

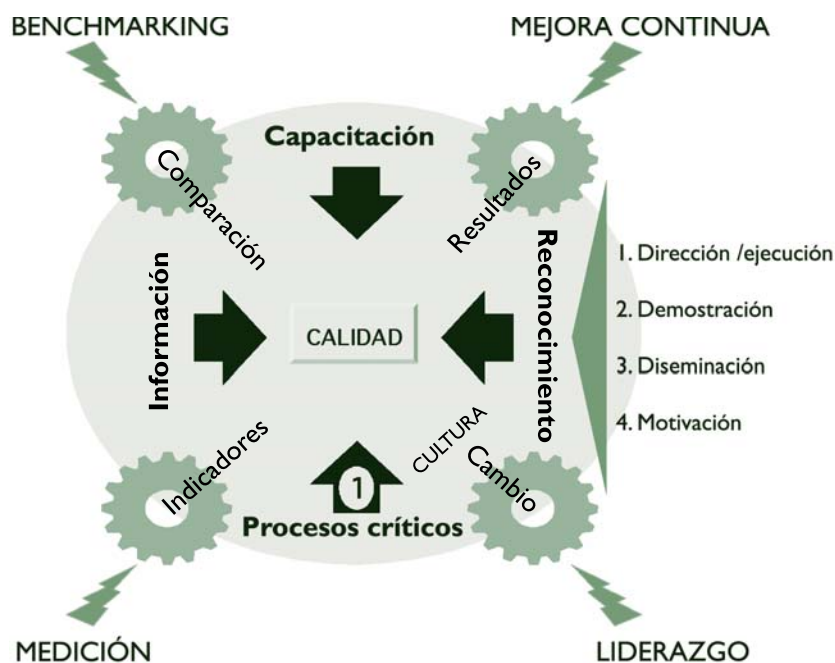
Modelo de Gestión de la Calidad: Modelo 4 x 4

El modelo de gestión de la calidad de los servicios de salud está constituido por cuatro componentes fundamentales. Cada componente, a su vez, está constituido por cuatro elementos. Esta conformación peculiar permite hacer uso de la mnemotecnica de “4 x 4”.

El primer componente, los *pilares*, incluye la identificación de los procesos críticos, inmersos y ocultos en la rutina de trabajo cotidiano; la información, que permite actuar y decidir; la capacitación y el reconocimiento.

El segundo componente, los *engranes*, incluye a los indicadores, que permiten dar seguimiento a los procesos; los sistemas de comparación, fundamentales en el proceso de capacitación; la demostración de resultados y el cambio.

El acoplamiento de pilares y engranes requiere de los *motores*, es decir, la energía del modelo. Los indicadores acoplados a sus pilares son accionados por el primer motor, la medición; la



■ FIGURA 8.

El modelo de gestión está constituido por cuatro componentes: pilares, engranes, motores y pasos a seguir:

comparación entre sus pilares de información y capacitación, por el segundo motor, el *benchmarking*; los resultados entre los pilares de capacitación y reconocimiento arrancan el tercer motor, que es la mejora continua, y el cambio que actúa sobre los procesos críticos se lo lleva a cabo el cuarto de los motores, el liderazgo.

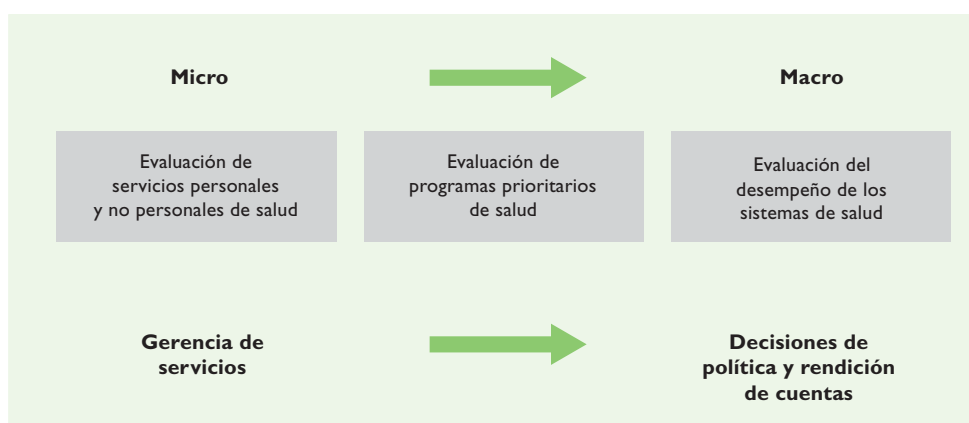
El último de los componentes de este modelo lo constituyen los *pasos a seguir* en cada una de las etapas de conformación y operación del modelo. El primer paso es la integración de los equipos líderes que dirigen la operación del modelo. El segundo paso es la demostración de los logros y resultados alcanzados. El tercer paso es la diseminación de acciones, resultados y logros a toda la organización. El último paso es la motivación, que supone la transmisión del deseo y la satisfacción por participar del modelo.

capítulo IX

Cómo evaluar la integración

La Secretaría de Salud cuenta con un modelo integral de evaluación que comprende la evaluación de los sistemas nacional y estatales de salud, los programas prioritarios, y los servicios personales y no personales de salud (véase Figura 9). La evaluación de los sistemas orienta las grandes decisiones de políticas y alimenta la rendición de cuentas. Por su parte, la evaluación de programas y servicios cumple sobre todo con fines gerenciales.

En este capítulo se presentan los grandes lineamientos para la evaluación del componente de este modelo más directamente relacionado con la prestación de servicios: los servicios de salud a la persona y los servicios de salud a la comunidad o no personales.



■ FIGURA 9.

El sistema integral de evaluación de la Secretaría de Salud cuenta con tres componentes: evaluación de sistemas, evaluación de programas prioritarios y evaluación de servicios.

Evaluación de los Servicios Personales

Para conocer el grado en el que el MIDAS está cumpliendo con su objetivo central –ofrecer una atención médica de calidad, segura, eficiente, continua y centrada en el paciente–, se realizan evaluaciones del desempeño de las redes de servicios en sus componentes ambulatorio y hospitalario. En general estas evaluaciones se llevan a cabo cada año y sus resultados se publican en documentos como el *Observatorio del Desempeño Hospitalario*, la página de Internet de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud e informes de evaluación de las entidades federativas.

En materia de evaluación de los servicios ambulatorios, las mediciones del desempeño se enfocan principalmente en los efectos que sobre la salud de las personas tienen los nuevos arreglos organizacionales. Tomando como base la atención centrada en el paciente, se evalúa la efectividad de la atención ambulatoria en la solución de las necesidades de salud de los usuarios. A manera de ejemplo podemos señalar que ésta será efectiva en el caso de los pacientes con diabetes mellitus si se logra el control metabólico de los mismos.

Secundariamente, se esperaría que disminuyeran los ingresos hospitalarios por complicaciones de la enfermedad y el efecto final sería el aumento en la esperanza de vida saludable de dichos pacientes. Una evaluación de este tipo puede seleccionar diversos rastreadores clínicos que permitan obtener una imagen de lo que se está logrando en la atención ambulatoria pero que también puede incluir a la red completa de servicios en la medida que se identifiquen referencias justificadas sobre la base de las necesidades individuales de los pacientes.

Existen otros componentes de la atención ambulatoria que son sujetos de evaluación. Entre éstos destacan la disponibilidad de insumos para la salud, en particular los medicamentos; el acceso y utilización de los servicios, y el trato adecuado de pacientes y familiares. Las fuentes de información que se emplean para la evaluación son los registros administrativos de las unidades de salud, y encuestas de usuarios y prestadores de servicios.

La evaluación del desempeño hospitalario hace énfasis en la calidad y seguridad de la atención; el desempeño de los recursos humanos; la satisfacción y trato adecuado a pacientes y familiares, y el desempeño financiero de las unidades hospitalarias. Con este fin se utilizan dos tipos de fuentes de información: los registros de egresos hospitalarios y encuestas periódicas con usuarios y prestadores de servicios. En el primer caso, se emplean rastreadores clínicos sobre la base de los grupos de diagnósticos relacionados para medir la efectividad y eficiencia clínicas, y se establecen comparaciones válidas entre los hospitales. La medición del trato adecuado a los usuarios indaga sobre los dominios de comunicación, confidencialidad, autonomía,

trato digno, atención pronta, capacidad de elección, comodidades básicas y acceso a redes de apoyo social durante la hospitalización. La medición de este componente se realiza a través de estudios transversales o de otro tipo con muestras probabilísticas de unidades, usuarios y prestadores de servicios. En el rubro de seguridad del paciente se evalúa el desempeño hospitalario con las estrategias señaladas por la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente y empleando la lista de indicadores sugeridas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Este componente puede emplear, cuando así se considera necesario, procedimientos de auditoría de expedientes clínicos que permiten un conocimiento mejor de los problemas de seguridad al interior de los hospitales.

Evaluación de los Servicios No Personales o de Salud Pública

Gracias al MIDAS también se llevan a cabo acciones de salud dirigidas a la comunidad y a los grupos de población que la componen. Estas acciones de salud pública son objeto de evaluaciones periódicas tendientes a medir sus efectos en la salud poblacional. Se realizan encuestas para corroborar la cobertura de los programas de inmunizaciones, planificación familiar, detección y control de enfermedades crónicas como cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, diabetes mellitus e hipertensión arterial, así como de los programas de control de la tuberculosis, dengue y paludismo, entre los más importantes. Las comparaciones se establecen entre las redes de servicios y se pone énfasis en la medición de los efectos más que en los procesos involucrados.

MIDAS



Modelo integrador de atención a la salud

Se terminó de imprimir en octubre de 2006.
El tiraje consta de 500 ejemplares.