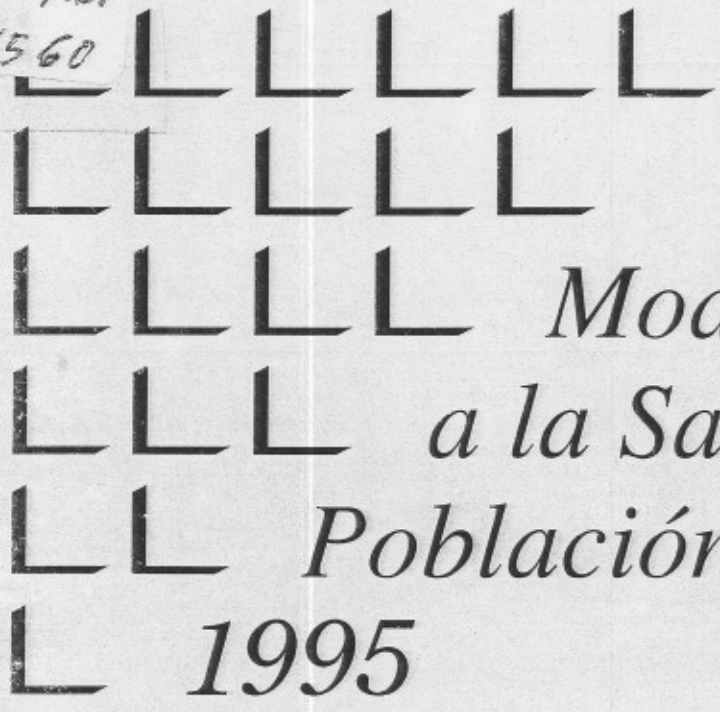


SSM/CDI

4560

1560



*Modelo de Atención
a la Salud para
Población Abierta
1995*



SECRETARIA DE SALUD



Secretaría de Salud
Subsecretaría de Servicios de Salud

*Modelo de Atención a la Salud
para Población Abierta
1995*

DIRECTORIO

DR. JUAN RAMÓN DE LA FUENTE RAMÍREZ
SECRETARIO DE SALUD

DR. JOSÉ NARRO ROBLES
SUBSECRETARIO DE SERVICIOS DE SALUD

DR. RAFAEL CAMACHO SOLÍS
SUBSECRETARIO DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO

LIC. JAVIER BONILLA CASTAÑEDA
SUBSECRETARIO DE PLANEACIÓN

LIC. JORGE TAMAYO
OFICIAL MAYOR

LIC. ALBERTO PÉREZ BLAS
DIRECTOR GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Coordinación Técnica

Dra. Georgina Velázquez Díaz
Directora General de la Unidad de Coordinación del
Programa Emergente para Grupos Vulnerables

Colaboradores

Dr. Enrique Gómez Tagle
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Dr. Jaime A. González Castillo
Dirección de la Unidad de Coordinación del Programa Emergente para Grupos
Vulnerables

Dr. Humberto Luján Vallado
Dirección General de Normas, Supervisión y Desarrollo de los Servicios de Salud

Dra. Alba Moguel Ancheita
Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Dra. Cristina Muñoz Cota Mujica
Dirección General de Promoción de la Salud

Dra. Lucero Rodríguez Cabrera
Dirección General de Promoción de la Salud

Dr. José Jaime Rodríguez Rodríguez
Dirección General de Normas, Supervisión y Desarrollo de los Servicios de Salud

Dr. Cuauhtémoc Ruíz Matus
Dirección General de Epidemiología

Dr. José E. Sánchez Gaona
Dirección General de Medicina Preventiva

Dr. Humberto Vargas Flores
Dirección General de Salud Reproductiva

ÍNDICE

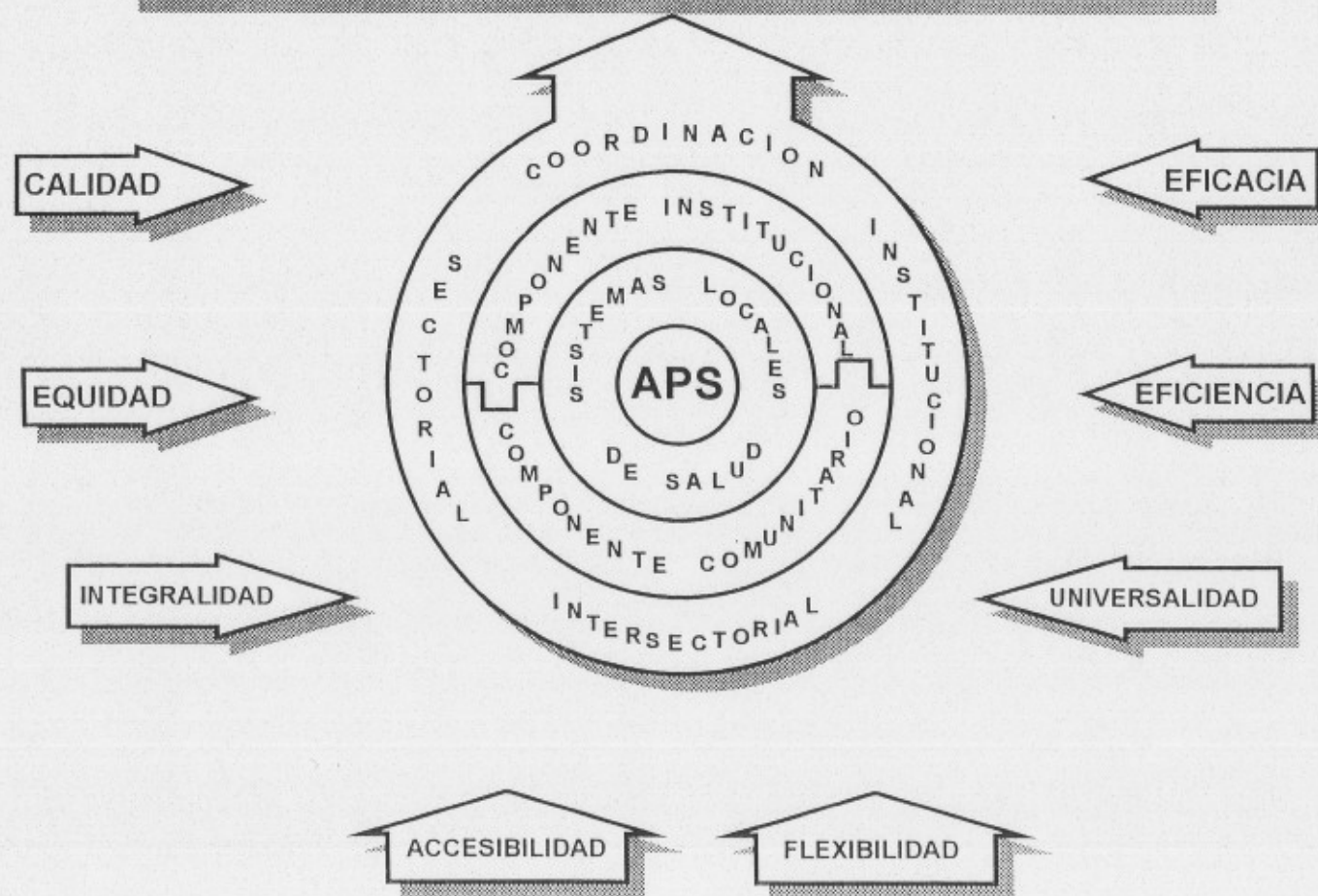
	pag.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PRESENTACIÓN	2
3. ANTECEDENTES	5
4. DIAGNÓSTICO DE LA SALUD EN MÉXICO	7
4.1 Factores condicionantes	
<i>Demografía</i>	7
<i>Educación</i>	11
<i>Vivienda</i>	11
<i>Economía</i>	11
4.2 Daños a la salud	12
4.3 Capacidad instalada	14
5. MARCO CONCEPTUAL	15
6. PROPÓSITO Y OBJETIVOS	17
7. OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	17
7.1 Operación de los recursos comunitarios	19
7.2 Operación de los recursos institucionales	20
7.3 Operación de las unidades hospitalarias	24
7.4 Regionalización	26
7.5 Redes de servicios	28
7.6 Sistema de referencia	28
7.7 Vigilancia epidemiológica	29

8. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA	
ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	31
8.1 Instrumentación	32
8.2 Información, supervisión y control	35
8.3 Evaluación	36
9. ESTRUCTURA Y RESPONSABILIDADES DE LOS NIVELES	
ADMINISTRATIVOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO	37
9.1 Secretaría de Salud	38
9.2 Gobierno Estatal	40
9.3 Servicios Estatales de Salud	40
9.4 Jurisdicción Sanitaria	42
9.5 Unidades Operativas	44

MODELO DE ATENCION A LA SALUD PARA POBLACION ABIERTA

MEJORAR EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION

LOGRAR LA PLENA SATISFACCION DE LOS
USUARIOS Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS



1. INTRODUCCIÓN

El *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000* reconoce la necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud, en virtud de que la actual organización y operación no permite dar respuesta a los reclamos de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia.

La Secretaría de Salud —responsable entre otros, del cuidado de la salud y la atención médica de la población abierta— asume los retos que representan la ampliación de la cobertura; la prestación de servicios con mayor calidad y eficiencia, y la distribución equitativa de los beneficios del desarrollo hacia los grupos más vulnerables, mediante la reforma del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta.

En este modelo se incorporan las experiencias del personal operativo de los servicios de salud de distintas entidades federativas y los resultados del análisis de la organización y funcionamiento actuales de las unidades de salud de la propia Secretaría de Salud y de otros programas, entre ellos el IMSS-Solidaridad.

En la primera parte de este documento se conforma un marco de referencia en donde se explican los motivos que obligan a una reforma del modelo actual y el diagnóstico de salud de México en el que se revisan los factores condicionantes, daños a la salud y capacidad instalada.

En la segunda parte se desarrolla una propuesta de reforma al Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, destacándose la Atención Primaria de la Salud en el Marco Conceptual, como la estrategia en la cual se fundamenta la atención a la salud del individuo, la familia y la comunidad.

El Modelo es el instrumento que norma y operacionaliza la prestación de los servicios en las unidades de la Secretaría de Salud en todo el país y es propositivo para las dependencias de los gobiernos estatales y municipales, así como para otras instituciones que presten servicios de salud a la población abierta. En el presente documento se definen los criterios y principios rectores del modelo.

El capítulo sobre la operación de los servicios de salud trata de dar respuesta al reclamo de una nueva organización que haga viable la consecución de los objetivos y que constituye el elemento medular de la propuesta.

Los criterios de flexibilidad que enmarcan al modelo, orientan la conformación del equivalente estatal, de acuerdo a su problemática específica y características de operación.

En el último capítulo se delinea la distribución de competencias y las acciones de coordinación entre los niveles federal, estatal y jurisdiccional, a fin de hacer más eficiente la prestación de los servicios, elevar la calidad de los mismos, consolidar el proceso de descentralización en todo el país y facilitar la desconcentración sanitaria jurisdiccional.

En apoyo para la instrumentación y operación del modelo, se anexan el paquete básico de servicios de salud; los lineamientos generales para el funcionamiento de unidades de 1º y 2º nivel y unidades móviles; cuadros básicos de medicamentos, equipo, instrumental y material de curación para las unidades de 1er. nivel y; las Normas Oficiales Mexicanas vigentes para la prestación de servicios de salud.

2. PRESENTACIÓN

Existen diversas experiencias en la prestación de servicios de salud en México. Tanto en el ámbito rural como en el urbano se han instrumentado programas de atención primaria,

algunos sustentados en personal médico, y otros en pasantes de servicio social, personal técnico y auxiliares; se han construido unidades de primer nivel de atención, por necesidades de la población, por iniciativa de los prestadores de servicios o como resultado de situaciones coyunturales. Estas acciones han tenido como objetivo resolver la problemática de salud existente; sin embargo, han contribuido a configurar una estructura heterogénea, carente de uniformidad y relación que dificulta su organización y control.

El Modelo de Atención a la Salud que se presenta es el conjunto de elementos y acciones articuladas e idóneas, con estructuras y programas bien definidos y con normas específicas para su funcionamiento; responde a las necesidades en materia de salud y se constituye en un instrumento regulador de la prestación de servicios destinados a la población abierta.

El modelo tiene como propósito general elevar el nivel de salud de la población a través de la ampliación de su cobertura, mejoría en la calidad de los servicios que se ofrecen, aumento de la productividad y la plena y óptima utilización de los recursos disponibles y de la capacidad instalada.

La actualización del modelo corresponde a la política actual de reforma, modernización y consolidación del Sistema Nacional de Salud, y contempla el diseño e implantación de fórmulas flexibles e innovadoras para la prestación de servicios, con la incorporación racional de tecnologías disponibles y apropiadas para cada nivel de atención, además de la participación mixta de los sectores público, social y privado.

En el modelo se considera a la cobertura universal como un elemento básico para extenderla y dirigirla especialmente a los grupos más vulnerables y toma en consideración a la medicina privada.

La calidad del servicio se favorece mediante el equilibrio de las acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, articulando programas y servicios y promoviendo mecanismos que estimulan la sana competencia entre unidades operativas y administrativas; se privilegia lo preventivo y lo integral sobre lo curativo y episódico. La satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios es considerada indicador de calidad.

Se pretende también incrementar la productividad de los servicios a través de fórmulas innovadoras en su prestación, así como el establecimiento de estímulos y motivaciones al personal.

En los aspectos administrativos, el modelo tiene la flexibilidad necesaria para ser adaptado y aplicado en las entidades federativas, fortaleciendo a los sistemas estatales de salud, la gerencia de los programas y promoviendo la gestión de fuentes complementarias de financiamiento.

La participación de la comunidad en los programas de atención a la salud es fundamental y debe fomentarse mediante su incorporación con el personal institucional en la planeación, operación, seguimiento y evaluación de los servicios, promoviendo su corresponsabilidad en el autocuidado de la salud y procurando operar con mayor autonomía la red de servicios de salud.

Es fundamental en el proceso de cambio la participación de todos los trabajadores de la salud en la búsqueda de formas dinámicas y flexibles para la prestación de los servicios con calidad y eficiencia.

En síntesis, las reformas propuestas se refieren a la organización funcional y administrativa de los servicios; se promueve la participación social; se estimula la

incorporación de prácticas tradicionales y privadas de la medicina; se busca la integralidad en la atención a través de redes de servicios, privilegiando la salud familiar; se enfatiza la calidad de los servicios que se ofrecen, la racionalidad del crecimiento de la capacidad instalada y se propicia el uso óptimo de los recursos disponibles.

El presente modelo no es un ejercicio exhaustivo, de manera que en forma progresiva se le irán incorporando instructivos, manuales y otros instrumentos que faciliten su aplicación.

Cada entidad federativa es responsable de adecuar y operar el modelo estatal.

3. ANTECEDENTES

La constante preocupación de los países por garantizar servicios de salud a los grupos poblacionales que los integran, en especial a los más desprotegidos, ha llevado a los planificadores en salud a diseñar y aplicar servicios de salud acordes con las necesidades y recursos disponibles para cada nación.

En las últimas décadas se han llevado a cabo cambios sustanciales en la organización de los servicios de salud y en consecuencia en la implantación de instrumentos normativos en la prestación de los mismos. Estos cambios han tenido impacto en rubros como: los métodos y técnicas de planificación, la regionalización operativa, la estratificación por niveles de atención, la simplificación administrativa, la descentralización y las estrategias operativas; la atención primaria de la salud se ha presentado como la opción de extender racionalmente los programas de salud, por medios aceptables para la comunidad, con su plena participación y a un costo razonable; la atención primaria es parte integral del Sistema Nacional de Salud y se vincula con el desarrollo social y económico de la población.

Con este propósito, en México se han creado diversos instrumentos normativos cuya finalidad es que los servicios de salud se proporcionen en forma más adecuada a la población más vulnerable, especialmente en las áreas rurales y zonas urbanas marginadas. Así, en 1976, la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, elaboró el Programa de Extensión de Cobertura (PEC).

En 1978, como respuesta a los problemas de la población en áreas periurbanas marginadas se creó el Programa de Atención Primaria en esas zonas con un modelo de atención basado en equipos de salud interdisciplinarios. En 1980 se transformó la prestación de servicios de salud por especialidades en el Programa de Medicina General Familiar con el propósito de brindar atención al individuo y al núcleo familiar y se introdujo el concepto de atención modular.

En 1981, la Coordinación de Planeación formuló otro programa con un modelo específico denominado Sistema de Servicios de Salud y Programa de Atención a la Salud a Población en Áreas Marginadas de Grandes Urbes, que operó en Guadalajara, Monterrey y el Distrito Federal, sistema que también toma el concepto de Módulo de Atención Familiar.

En 1985, dentro del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud 1984-1988, nació el Modelo de Atención a la Salud a Población Abierta inicialmente como instrumento de apoyo al proceso de descentralización que operó en 14 entidades federativas y se extendió en 1988 a todas las demás para fortalecer la coordinación programática.

A partir de las políticas y estrategias surgidas del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 y del Programa Nacional de Salud 1990-1994, se revisó y actualizó el modelo de atención

con la participación de los Servicios Estatales de Salud apoyándose en variables demográficas, epidemiológicas e infraestructura existente; se retomó la tipología de unidades del modelo de 1985 y se incorporó el centro de salud con hospitalización y el personal técnico para integrar los equipos de trabajo; se redefinieron rangos y cobertura de población, se formularon los manuales de organización para cada tipo de unidad y la guía metodológica para la atención modular, con el propósito de alcanzar la plena cobertura, facilitar el acceso e incrementar la calidad de los servicios.

Durante 1992, el modelo actualizado se difundió a las 32 entidades federativas del país para su adecuación, aplicación y desarrollo. El grado de avance y operación en los estados no fue homogéneo, existiendo en algunos de ellos un amplio desarrollo y en otros sólo un desarrollo parcial. Las principales causas identificadas que limitaron su aplicación fueron la falta de recursos, —en particular de personal— para completar los módulos, la insuficiente difusión y capacitación del personal de las unidades operativas y la indefinición de los mecanismos formales de seguimiento y evaluación.

4. DIAGNÓSTICO DE LA SALUD EN MÉXICO

4.1 Factores condicionantes

Demografía

Según los resultados del XI Censo General de Población y Vivienda, en 1990 México tenía 81.2 millones de habitantes, lo que permitió estimar que la tasa de crecimiento durante el último decenio fue de 2.6%, una de las más altas entre los países con mayor población.

En ese mismo año, el 28.7% de la población habitaba en localidades con menos de 2 500 habitantes, lo que constituía el 98.3% de las 156 602 existentes en el país. Por el

contrario, la mayor parte de la población (71.3%) se encontraba en asentamientos de 2 500 o más habitantes, lo que representa sólo el 1.6% de las localidades.

La estructura por edades señalaba el inicio de un proceso de envejecimiento en el país, pues la base de la pirámide de población, de menores de cinco años, se había reducido; sin embargo, la población mexicana conserva una alta proporción de menores de 15 años (38.3%). En contraposición, la población de 65 o más pasó de representar 3.6% en 1970 a 4.2% en 1990.

Como consecuencia del desplazamiento de la población hacia las edades mayores, la proporción de mujeres en edad fértil fue de 50.4%, más alta que en 1980 (46.0%).

Según su dispersión, la población se puede clasificar en tres categorías: la que habita en localidades de menos de 2 500 habitantes, la que se asienta en localidades entre 2 500 y 14 999, y la que reside en localidades de 15 000 o más.

Como ya fue señalado, en 1990 había 154 016 localidades con población menor a 2 500 habitantes que en conjunto sumaban 23.3 millones de personas y representaban el 28.7% de la población total. Este número de localidades aumentó en relación a 1980, cuando eran 123 169 que albergaban a 22.5 millones de habitantes, es decir, al 33.7% de la población. Esto indica una mayor pulverización demográfica rural y un desplazamiento hacia los mayores núcleos poblacionales.

Esta población se caracteriza por su alta dispersión geográfica y la carencia de vías de comunicación que dificulta el acceso a los servicios de salud y educativos; su actividad económica se asocia a la agricultura, pesca o ambas, con métodos e instrumentos de trabajo rudimentarios; ocupación temporal y remuneración por debajo del salario mínimo; la mayor parte de las viviendas carecen de agua potable, sistemas de alejamiento de las

excretas y de energía eléctrica; además de niveles nutricionales muy por debajo del promedio nacional.

En el rango de 2 500 a 14 999 habitantes, la población se asienta en 2 170 localidades, lo que representa 13.9% de la población total, también menor al porcentaje observado 10 años antes (14.5%).

Este rango presenta particularidades, como cierto grado de concentración; vías de comunicación irregulares que dificultan en ocasiones el acceso a los servicios de salud y educación; actividades económicas predominantemente agropecuarias y pesqueras con cierto desarrollo en sus métodos y técnicas de trabajo; ocupación permanente en algunas actividades con remuneración que se aproxima al promedio nacional; insuficientes servicios públicos en relación con la recolección de desechos sólidos, agua potable, drenaje y energía eléctrica; deficiencias nutricionales por consumo de alimentos de alto valor agregado y bajo contenido nutricional y déficit de viviendas que origina situaciones de hacinamiento.

Por último, la población residente en localidades de 15 000 o más habitantes se ubica en 416 localidades, con 46.6 millones lo que representa 57.4% del total de habitantes del país.

Esta población conserva las siguientes características: marcada concentración poblacional; uso del suelo de naturaleza no agrícola; disponibilidad de varios tipos de vías de comunicación; la estructura productiva tiene como base la industria y los servicios, con alto nivel de desarrollo tecnológico en las localidades más grandes; existencia de mayor número y mejores servicios públicos; modernas redes de comunicación; contaminación atmosférica producida por vehículos automotores y por la actividad fabril; formación de áreas urbanas marginadas que coexisten con aquellas donde vive la población con

mayores beneficios económicos y sociales y; crecientes núcleos que subsisten a expensas de la actividad comercial no formal.

Las entidades federativas con mayor porcentaje de población ubicada en localidades menores de 2 500 habitantes son: Oaxaca (60.5%), Chiapas (59.6%), Hidalgo (55.2%) y Zacatecas (54.1%). En contraste, las entidades con mayores porcentaje de población residente en localidades de 2 500 o más habitantes son: Distrito Federal (100%), Nuevo León (92.0%) y Baja California (90%).

**DISTRIBUCIÓN DE LOCALIDADES Y POBLACIÓN
DE LA REPÚBLICA MEXICANA POR TAMAÑO DE LA LOCALIDAD**

1990

Tamaño de la localidad	Número de localidades	%	Población	%
1 a 99 habitantes	108 307	69.1	2 190 339	2.7
100 a 499	32 244	20.6	7 760 320	9.6
500 a 2499	13 465	8.6	13 339 265	16.4
Subtotal	154 016	98.3	23 289 924	28.7
2500 a 4999	1 364	0.9	4 647 566	5.8
5000 a 9999	609	0.4	4 226 294	5.2
10 000 a 14 999	197	0.1	2 410 451	2.9
Subtotal	2 170	1.4	11 284 311	13.9
15 000 a 49 999	263	0.2	6 692 744	8.2
50 000 a 499 999	132	0.1	22 088 163	27.2
500 000 y más	21		17 836 493	22.0
Subtotal	416	0.3	46 617 400	57.4
Total	156 602	100	81 249 645	100

FUENTE: XI Censo de Población y Vivienda

Además de la dispersión, la movilización poblacional tiene repercusiones sobre la salud. Debe tenerse en cuenta que 17.4% de la población es inmigrante y que entre las entidades con mayor migración se encuentran el Estado de México, con 34.0% respecto de su población; Baja California, con 40.9% y; Quintana Roo, con 53.9%. Con saldos netos negativos destacan Zacatecas (33.8%), Durango (18%) e Hidalgo (18%).

Educación

De la población de 15 o más años de edad, 87.5% es alfabeta y 12.5% analfabeta. Las cifras más altas de analfabetismo corresponden a Chiapas (30%), Oaxaca (27.5%) y Guerrero (26.8%). Los porcentajes más bajos se encuentran en el Distrito Federal, Nuevo León y Baja California con menos de 4.7%. El nivel de instrucción ha mejorado sustancialmente, puesto que la proporción de personas de 15 años o más con instrucción posprimaria era de 42.5% en 1990. Las cifras más desfavorables corresponden a Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

Vivienda

La disponibilidad de vivienda mejoró durante el periodo 1970 a 1990. El número de habitantes por vivienda se redujo de 5.8 a 5.0; el promedio de habitantes por habitación fue de 1.5 y el número de éstos por vivienda indica que 65.5% tuvo tres o más cuartos, 23.5% tuvo dos y sólo 10.5% tenía uno. Por lo que se refiere a los servicios de que disponían las viviendas, el 87.5% contaba con electricidad, el 79.4% con agua entubada, el 74.8% con excusado y el 63% con drenaje. Estas cifras fueron menores en Guerrero, Oaxaca, Chiapas y mayores en el Distrito Federal, Nuevo León y Aguascalientes.

Economía

La economía familiar ha sufrido fluctuaciones muy importantes en las últimas décadas, pues ha constituido en los últimos años un factor decisivo para las condiciones de vida y

salud de los habitantes, sobre todo de aquéllos que no cuentan con las prestaciones y servicios que otorga la seguridad social.

En los últimos años se ha observado una reducción de la capacidad de empleo en la planta productiva, un deterioro considerable del valor adquisitivo de la moneda nacional, así como el incremento de las tasas de interés, del precio de la canasta básica y del costo de medicamentos e insumos para la salud.

La situación económica actual, presenta además diferencias regionales profundas, afectando considerablemente a algunas entidades federativas, intensificando la marginalidad y vulnerabilidad de poblaciones que han visto marcadamente deteriorado su nivel de vida y por ende, su nivel de salud.

4.2 Daños a la salud

El panorama epidemiológico de México está constituido por tres configuraciones: la primera por predominio de las enfermedades cardiovasculares, de las crónico-degenerativas, los accidentes, además de problemas sociales de violencia, alcoholismo y drogadicción; la segunda dominada por enfermedades infecciosas ligadas a la pobreza, la desnutrición y la deficiente higiene ambiental y laboral y; la tercera, que se caracteriza por problemas de salud derivados de una deficiente industrialización e insuficiente saneamiento básico.

Los niveles de salud de nuestro país han experimentado cambios importantes y favorables en los últimos años. Es en virtud de ellos que la esperanza de vida al nacer aumentó 20 años en los últimos 40 años, es decir, 6 meses por año; la mortalidad infantil es menos de la mitad a la observada en 1975 y la mortalidad materna descendió un 50 % con respecto a 1980. La tasa de mortalidad general pasó de 10.1 defunciones por 1 000 habitantes en 1970 a 4.7 en 1993. Las entidades federativas con tasas ajustadas más bajas corresponden

a Quintana Roo, Guerrero, Sinaloa, Durango y Campeche. Por otro lado, las entidades con tasas más elevadas son Oaxaca, Puebla, Distrito Federal, Yucatán y Jalisco. El ajuste por edad de la tasa de mortalidad general para 1993, realizada con la población mundial, nos da una tasa de 5.7 por 1 000 habitantes.

El análisis de las principales causas de mortalidad pone de manifiesto el fenómeno denominado “transición epidemiológica”, en el cual se pasa de un perfil en el que predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias, que ocupaban los primeros lugares y que son desplazadas por las crónico-degenerativas y los accidentes. Esto refleja la situación nacional; sin embargo, persisten grupos sociales en entidades federativas — donde el nivel de desarrollo es más bajo— en donde siguen vigentes las enfermedades propias del subdesarrollo, con mayor afección del grupo infantil y materno.

Las tres principales causas de mortalidad general para 1993 fueron las enfermedades del corazón, las neoplasias malignas y los accidentes. Destaca la diabetes *mellitus* que pasó del noveno lugar en 1980 al cuarto sitio en 1993, así como la cirrosis hepática que ocupaba el octavo lugar y pasó al séptimo. Para el último año de referencia, las neumonías ocuparon el octavo lugar, en tanto que las enteritis estuvieron en el décimo.

Al analizar la mortalidad infantil, se observa un descenso en la tasa general de 39.9 por 1000 nacidos vivos registrados, a 17.5 entre 1980 y 1993. Las tres causas principales de mortalidad están representadas por las afecciones originadas en el periodo perinatal, las anomalías congénitas y la neumonía e influenza. Las enfermedades infecciosas intestinales pasaron del segundo al cuarto sitio. En el interior de las entidades federativas existen variaciones en cuanto a la tasa de mortalidad infantil, encontrando estados que duplican la tasa nacional. Ello es reflejo del desarrollo desigual de las diversas regiones del país.

La tasa de mortalidad materna pasó de 143 por cada 100 000 nacidos vivos registrados en 1970, a 94.5 en 1980 y a 44.7 en 1993. Las tres principales causas de mortalidad materna siguen siendo la toxemia del embarazo, la hemorragia del embarazo y del parto y las complicaciones del puerperio (sepsis). No obstante que las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la principal causa de muerte en México, las enfermedades infectocontagiosas persisten como importante motivo de morbilidad.

4.3 Capacidad instalada

La población que no cuenta con servicios de seguridad social, es atendida en el país por la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social en su régimen de solidaridad, el Instituto Nacional Indigenista, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, los Servicios médicos universitarios, así como los Servicios médicos asistenciales de los gobiernos estatales y municipales.

Para dar respuesta a los problemas de salud de la población abierta, las instituciones responsables de su atención cuentan en su conjunto con recursos humanos, materiales y financieros en dos niveles: en el primero existen 10 462 unidades de consulta externa y 404 de hospitalización. En estas instalaciones operan, en ambos niveles, 38 137 médicos, 2 197 odontólogos y 60 513 enfermeras, con una capacidad instalada de 32 586 camas censables y 20 350 consultorios. Esta infraestructura está destinada para atender a 47% de la población total (41 607 224).

Los recursos en salud para la atención de la población abierta se encuentran instalados en el ámbito geográfico de 224 jurisdicciones sanitarias, repartidas en 2 413 municipios.

Si bien las instituciones que proporcionan atención a la salud de la población abierta responden a las políticas nacionales de salud, sus servicios se otorgan bajo sus propios modelos de atención y con esquemas diferenciados.

5. MARCO CONCEPTUAL

En materia de atención a la salud, en los últimos años la mayoría de los países, incluyendo el nuestro, han establecido el compromiso de adoptar la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), suscrito en Alma-Ata, en 1978, sustentado en principios generales adaptables a las condiciones de cada país, pero de observancia universal.

El modelo que se presenta fundamenta sus acciones en esta estrategia, entendida como una forma de atención a la salud puesta al alcance de todos los individuos y las familias de una comunidad por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo accesible para la familia, la comunidad y el país. Elementos fundamentales para la organización y prestación de los servicios son la coordinación interinstitucional e intersectorial, la atención a la salud familiar, la participación activa de la comunidad y la interrelación de los recursos comunitarios e institucionales en la prestación de los servicios.

Se propone que el modelo se aplique en la Secretaría de Salud, en la totalidad de las entidades federativas, y constituye la forma de atención que se sugiere sea adoptado por otras instituciones que brindan atención a población abierta. Se busca que los servicios se brinden a toda la comunidad sin excepción (universalidad), bajo criterios de calidad uniforme, priorizando a los grupos más vulnerables.

Con el enfoque integral del modelo, los servicios incorporan acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; se considera que la salud y la enfermedad son fenómenos dinámicos determinados por factores físicos, biológicos, psicológicos y sociales, y la atención se dirige al individuo, a la familia y a la comunidad en todo el proceso salud-enfermedad.

Mediante la red de servicios, el modelo busca adecuarse a las necesidades y problemas de las localidades. Promueve la disponibilidad de servicios de salud estratégicamente ubicados, lo más cerca posible del lugar donde se demanden; propicia el uso adecuado de todos los servicios de que se dispone y pretende mediante la oferta, disponibilidad y resolutivez de los mismos, cubrir a la población las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Los servicios de salud que se otorgan deberán ser de calidad homogénea, incorporando la opinión de los usuarios y de los prestadores y promoviendo la instalación de comités de calidad en los diferentes niveles de operación.

A través de promoción de la salud, el modelo no se limita a reparar los daños, se pretende que las estrategias que se impulsan permitan identificar riesgos a la salud e intervenir antes de que exista el daño: al ofrecer a todos la misma oportunidad de acceso ante una misma necesidad, cumple su propósito de ser equitativo.

El modelo incorpora y compromete a la comunidad y a todos los prestadores de servicios y responsables de los mismos, incluyendo las autoridades municipales, en actividades de diagnóstico, planeación, gestión de recursos, implementación y evaluación; además, el modelo es fácilmente modificable y permite las innovaciones pertinentes.

La estrategia de Atención Primaria de la Salud requiere para su adecuado desarrollo de los sistemas locales de salud, el fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias, así como impulsar la iniciativa de Municipios para la Salud.

6. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

Propósito

Mejorar el nivel de salud de la población a través de estrategias que permitan la cobertura total, con servicios integrales, de calidad homogénea y fortaleciendo las acciones a los grupos de mayor riesgo.

Objetivo general

Lograr la óptima organización y el funcionamiento de los Servicios Estatales de Salud para asegurar a la población la disponibilidad y acceso a servicios de salud de calidad, con plena satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios.

Objetivos específicos

- Determinar la estructura y organización de los servicios de salud en cada entidad federativa con criterios geográficos, demográficos, epidemiológicos, regionales y locales.
- Asegurar la prestación permanente de servicios de salud mediante el fortalecimiento de redes de servicios de alta calidad.
- Contar con fórmulas innovadoras que incorporen modalidades en la prestación de los servicios, con la participación de todos los recursos institucionales, comunitarios, públicos y privados disponibles.
- Favorecer la participación organizada de la población en la solución de sus problemas.
- Favorecer que en la descentralización de los servicios se garantice la prestación de los mismos, con equidad y calidad.

7. OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La operación de los servicios de salud es responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria, entendida como Unidad Técnico-Administrativa desconcentrada de los Servicios Estatales

de Salud, a la cual se le asignan recursos para realizar acciones integrales de salud pública, atención médica y regulación sanitaria. Las características de la regulación sanitaria se establecen en el modelo correspondiente donde se precisa la operación de la misma.

La Jurisdicción Sanitaria:

- Comprende una extensión territorial, determinada de acuerdo a factores demográficos, políticos, geográficos, socioeconómicos, epidemiológicos y culturales, que permiten el desarrollo organizado, sistemático y eficiente de sus funciones.
- Cuenta con una estructura orgánico-funcional básica que le permite conducir y controlar la prestación de servicios de salud, con capacidad resolutive suficiente para la atención a la salud de la población abierta a través de las unidades médicas del primero y segundo niveles de atención.
- Establece relaciones de coordinación con los centros de salud y de vinculación con las unidades hospitalarias en su área de influencia, conformando así una red de servicios. Cuando en su ámbito geográfico no existen unidades médicas del segundo nivel, establece relaciones de coordinación con unidades de este tipo de otra jurisdicción.

En el modelo de atención a la salud para población abierta participan recursos comunitarios e institucionales. En los primeros se consideran al Comité de Salud, los auxiliares de salud, los promotores voluntarios, las parteras, los terapeutas tradicionales y otros que existan en la localidad. Los recursos institucionales se configuran por el personal profesional, técnico y administrativo adscrito a los centros de salud, a las unidades hospitalarias y a las unidades administrativas.

La red de servicios requiere contar con una estructura autosuficiente para su operación, de acuerdo con las necesidades y demandas de la población abierta del área de influencia.

El modelo en cada entidad federativa debe identificar con precisión la cobertura de sus unidades, con el fin de dimensionar a la población que recibirá atención integral y servicios de salud pública, así como a la que no se le prestan servicios permanentes, e identificar las áreas críticas en las que se deben organizar acciones que permitan ampliar la cobertura de acuerdo a lo siguiente:

- Número y tamaño de las localidades.
- Grado de dispersión y concentración geográfica de las localidades, así como su densidad de población.
- Condiciones étnicas y socioculturales.
- Situación epidemiológica.
- Disponibilidad de medios y vías de comunicación con tiempos de traslado definidos de acuerdo con las condiciones locales.
- Acceso a los servicios de salud.

7.1 Operación de los recursos comunitarios

Se entiende por recursos comunitarios a aquellas personas que de manera voluntaria o como parte de la institución realizan actividades —principalmente de promoción de la salud y preventivas— directamente en las comunidades, por lo que se habla de recursos comunitarios voluntarios y recursos comunitarios vinculados con la institución.

Para la organización de los recursos comunitarios voluntarios se deberán utilizar las formas de organización ya existentes en las áreas urbanas, suburbanas, rurales e indígenas. Todos los programas de salud deberán reconocer a estas organizaciones sociales como un componente esencial para el desarrollo de los mismos y se deberá brindar todo el respaldo institucional necesario para su adecuado desempeño, así como respeto a las actividades que desarrollen.

La medicina tradicional se considerará una forma alternativa de atención a la salud, mas no como una forma de extensión de cobertura. La institución brindará a los voluntarios la

capacitación necesaria y continua para el desempeño de sus labores y los dotará de los insumos necesarios, otorgándoles un reconocimiento por las labores desarrolladas. Estos recursos voluntarios deberán contar con el aval de la comunidad para realizar estas tareas. Dentro de este tipo de recursos se encuentran los promotores voluntarios de salud, procuradoras y agentes de salud, promotores solidarios y docentes bilingües, entre otros. Es asesorado principalmente por los recursos comunitarios institucionales.

Los recursos comunitarios vinculados a la institución son aquellos que reciben alguna compensación de la misma para reforzar las actividades de promoción, prevención y algunas acciones de atención básica en comunidades donde no existe otro recurso disponible. Una de las actividades más importantes es la referencia de pacientes a las unidades de salud. Dentro de estos recursos se encuentran, entre otros, las auxiliares de salud y los Técnicos en Atención Primaria, preparados e incorporados a la institución; todas las actividades que realicen se reportarán a la unidad de salud más cercana; además, recibirán asesoría del personal que labora en dichas unidades de salud.

Algunos recursos comunitarios forman parte de la estrategia de extensión de cobertura y cumplen, entre otras funciones, la de hacer llegar acciones básicas de salud fundamentalmente a las comunidades de poca concentración poblacional.

7.2 Operación de los recursos institucionales

Operación de los centros de salud

Son las unidades del primer nivel de atención en las que se desarrollan acciones dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y a su medio ambiente; los servicios están enfocados principalmente a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, cuya resolución es factible con recursos de poca complejidad técnica; estimulan además, las formas de organización y participación comunitaria en los servicios.

La unidad funcional de los centros de salud es el núcleo básico de servicios, conformado por un médico familiar o general y dos enfermeras. Las alternativas en caso de no contar con este núcleo serán: la integración del mismo con un médico y una enfermera, la sustitución del médico y la enfermera con pasantes de estas carreras, y con personal técnico en localidades rurales donde no exista personal profesional.

El núcleo básico será responsable de la atención intramuros y de las actividades de campo. Prestará sus servicios a la población del área geográfica de su responsabilidad en un consultorio equipado y estará apoyado con un promotor de salud contratado ex profeso, por cada 3 núcleos básicos.

La incorporación de la tarjeta de citas para el núcleo familiar y la cita previa en la programación de la consulta externa, constituyen un elemento que deberá favorecer la atención continua, ordenada e integral de toda la familia.

La operación y la ubicación de los centros de salud se sustentan en los criterios de regionalización; su capacidad resolutive estará de acuerdo con las necesidades de la población de responsabilidad, considerando que un núcleo de servicios de salud pueda atender hasta 500 familias. Un consultorio físico puede contener hasta dos núcleos básicos.

Los centros de salud podrán contar desde uno hasta doce núcleos. De acuerdo con las necesidades locales y regionales, algunos centros podrán funcionar mañana y tarde, y en los que se brinda atención las 24 horas, los 365 días del año, se proporcionará atención de urgencias médicas.

Los centros de salud, independientemente de su complejidad, basarán su operación en la formulación de un diagnóstico de salud que se establecerá preferentemente con la participación de la comunidad.

El programa de trabajo responderá a la problemática y a las necesidades detectadas en el diagnóstico de salud local y con base en éstas se ajustarán o adecuarán paquetes de salud, de complejidad creciente, de acuerdo con la capacidad resolutive de la unidad. Bajo criterios específicos como población atendida, situación epidemiológica, demanda y productividad, los centros de salud podrán contar con laboratorio clínico, rayos "X" y servicios odontológicos.

Los centros de salud integrados en una red de servicios dispondrán de mecanismos de comunicación entre aquellos aislados y de menor complejidad, con los de mayor complejidad y con los hospitales generales; esta red se apoyará en un sistema confiable y oportuno de ambulancias que permita el traslado de pacientes a unidades con mayor capacidad resolutive.

La operación y servicios que proporcionan los centros de salud de acuerdo con sus características serán los siguientes:

- Centro de salud con un núcleo básico.

Tiene una cobertura de 100 a 500 familias; se ubica en áreas rurales o urbanas; proporciona atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación, promoción de la salud, saneamiento ambiental y de la vivienda, vigilancia epidemiológica, referencia de pacientes, atención del parto eutócico y atención de las urgencias médicas. El núcleo básico realiza además actividades de investigación de acuerdo con el perfil de la unidad. Su infraestructura consta de consultorio, sala de espera, en los casos que así se requiera.

habitación para el médico, así como áreas para curaciones e inmunizaciones, de observación con una o dos camas, sala de expulsión, cocineta y sanitario.

- Centros de salud con dos a 12 núcleos básicos.

Es responsable de proporcionar servicios a poblaciones de más de 500 y hasta 6 000 familias. Proporciona servicios de complejidad creciente. Podrá otorgar también atención odontológica a partir de dos núcleos, y de acuerdo con estudios de regionalización y demanda. A partir del sexto núcleo contará con servicios de laboratorio clínico y, de disponer de un séptimo, de servicios de rayos "X". Asimismo, desarrollará actividades de investigación y de capacitación permanente. Contará con camas de tránsito para la atención de partos eutócicos, atención de urgencias médicas y aplicación de sangre segura. Tiene de uno a seis consultorios, que laborarán mañana y tarde o las 24 horas, de acuerdo con la demanda y estrategias regionales. Dispone de sala de espera, odontología, salas de expulsión, y de recuperación, central de equipos y esterilización, laboratorio, rayos "X", inmunizaciones, dirección, administración, farmacia, en caso necesario habitación para el médico, y sanitarios.

Para su operación, los centros de salud requerirán ajustarse, de acuerdo con su complejidad, a las plantillas normadas para el modelo, que para su asignación se basan en indicadores de productividad y en criterios de infraestructura y del equipo de las unidades.

Una alternativa para las localidades de difícil acceso es la operación de las unidades móviles constituidas por un médico, una enfermera y un promotor de salud que a la vez conduzca el vehículo. Estas unidades están adscritas estratégicamente a centros de salud y otorgan el siguiente paquete de servicios: promoción para la salud, saneamiento básico, programas preventivos, consulta externa general, referencia de pacientes y vigilancia epidemiológica.

De ser factible y oportuno, una modalidad de atención podrá considerar la participación de los médicos privados, regulada a través de convenios sancionados por las autoridades correspondientes dentro de la normatividad establecida.

7.3 Operación de las unidades hospitalarias

Comprende acciones dirigidas al individuo, a la familia, a la comunidad y al medio ambiente, en las que se realizan acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. Se ofrece atención médica especializada para pacientes ambulatorios y de hospitalización, a personas que son referidas de los centros de salud o que se presentan espontáneamente y cuya atención requiere de la conjunción de tecnología, equipo y recursos materiales a cargo de personal especializado. Realizan acciones de vigilancia epidemiológica, prevención, saneamiento básico, enseñanza e investigación y promoción de la participación social.

Toda unidad hospitalaria debe establecer vínculo con la jurisdicción sanitaria a través de la planeación, programación, vigilancia epidemiológica, referencia del paciente entre niveles de atención, capacitación, investigación y apoyo en la gestión administrativa.

El hospital dispone de un sistema de intercomunicación por telefonía y se apoya en un sistema de información computarizado en red. Deberá contar con una ambulancia que garantice el traslado adecuado y seguro de los pacientes y tener equipo de radiocomunicación enlazado con el hospital.

Se considera como núcleo de servicios de salud al equipo formado por especialistas de las cuatro ramas troncales de la medicina: gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna, con el apoyo de los servicios de anestesiología, auxiliares de diagnóstico y de tratamiento y transfusión sanguínea.

El rango de población, la morbilidad, los indicadores y estándares determinarán el uso de una tecnología de mayor complejidad y la participación de personal de salud con mayor grado de especialización. La prestación de los servicios de atención médica se proporcionarán las 24 horas, durante los 365 días del año.

- Hospital general que atiende entre 20 000 y 50 000 habitantes.

Brinda atención médica integral correspondiente a patología de mediana complejidad y frecuencia para pacientes ambulatorios o que requieren hospitalización, proporcionada por médicos especialistas de las cuatro ramas básicas: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, con el apoyo del servicio de anestesiología. Dispone de servicios de diagnóstico y tratamiento a través de laboratorio clínico, gabinete de radiología y servicio de transfusión o banco de sangre.

Este tipo de hospital presta servicios que le permiten dar apoyo a unidades de menor complejidad y a su vez reciben apoyo de las de complejidad mayor. Participa en los programas de formación para personal becario y en la capacitación en servicio de recursos humanos. Igualmente lleva a cabo actividades de investigación clínica, operativa y epidemiológica.

- Hospital general que atiende de 50 000 a más de 150 000 habitantes.

Cuenta con múltiples del núcleo de servicios de salud y un equipo de médicos especialistas y subespecialistas de diversas áreas, de acuerdo con la complejidad media, alta o la combinación de ambas. La incorporación de subespecialistas debe hacerse una vez que se ha logrado la consolidación de las especialidades básicas.

El hospital general para más de 150 000 habitantes dispone de un mayor número de servicios, tanto en capacidad resolutive como en complejidad. Está en posibilidad de

OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS

RECURSO NUCLEAR	CENTROS DE SALUD					UNIDADES HOSPITALARIAS		
	CONFORMACIÓN	ÁREA DE RESPONSABILIDAD	UBICACIÓN	COBERTURA	OPERACIÓN	CONFORMACIÓN	UBICACIÓN Y COBERTURA	OPERACIÓN
Núcleo básico de servicios de salud	<p>1 Médico familiar o general y dos enfermeras,</p> <p>un médico y una enfermera, o</p> <p>un médico y una enfermera, ambos en servicio social, o</p> <p>*un técnico en APS y una enfermera</p>	Intra y extra muros	<p>En centros de salud de 1 a 2 por consultorio, pueden contar hasta con 12 núcleos en área urbana</p> <p>En unidades donde no exista personal médico</p>	Hasta 500 familias en área rural o urbana por núcleo básico	Atención médica preventiva, curativa y rehabilitación, promoción de la salud, saneamiento del medio ambiente y de la vivienda, vigilancia epidemiológica y referencia de pacientes	Médicos especialistas en: gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna	<p>Hospital general de 20 000 a 50 000 habitantes,</p> <p>50 000 a 150 000 habitantes,</p> <p>150 000 a 250 000 habitantes,</p> <p>Más de 250 000 habitantes</p>	Servicios hospitalarios de complejidad creciente

* En localidades rurales.

resolver regionalmente los daños a la salud y apoyar a otras unidades médicas de menor complejidad, y en su caso, refiere pacientes al tercer nivel de atención.

- Hospital general para más de 250 000 habitantes.

Dispone de servicios de alta capacidad resolutive, utilizando tecnología avanzada. Al igual que las otras unidades, está en posibilidad de resolver regionalmente los daños a la salud y apoyar a otras unidades médicas del propio estado y de otros circunvecinos.

7.4 Regionalización

Para propósitos del modelo, se entiende por regionalización a la conformación de áreas geodemográficas delimitadas con características étnicas, culturales, económicas, políticas, sociales, ambientales y de desarrollo comunes, con el fin de planificar la prestación de los servicios, hacer uso óptimo de los recursos y poder responder así a las necesidades de atención a la salud particulares de la región. Se consideran límites bien definidos, que no necesariamente corresponden a las estructuras administrativas actuales, de manera tal que se pueden establecer coordinaciones interinstitucionales, interestatales e intermunicipales que aumenten la capacidad resolutive y garanticen una mayor accesibilidad a los servicios.

Para definir cada región deben tomarse en cuenta los criterios que establece el Estudio de Regionalización Operativa, complementados con las características socioculturales y el perfil epidemiológico de la población. A partir de la definición que se haga, se deben identificar los recursos y servicios necesarios para dar respuesta a las necesidades de salud y atención médica de sus habitantes.

La regionalización, además, permite el establecimiento de relaciones formales con otras instituciones de atención a población abierta, para propiciar la mejoría de la calidad en la

prestación de los servicios y lograr el óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada en ambos sentidos, dentro de un marco de universalidad, flexibilidad y accesibilidad.

La organización de los servicios de salud se asienta sobre un esquema en donde conviven comunidades que obedecen a distintos patrones culturales y de desarrollo, que en ocasiones presentan marcadas diferencias en los factores de riesgo de su panorama epidemiológico. Es necesario entonces configurar verdaderos sistemas locales de salud, concebidos como un grupo de recursos articulados, responsables de la atención a la salud de la población abierta en un área geográfica determinada, con un equipo de dirección responsable de la coordinación o administración de todos los recursos dedicados a la salud de esta población integrados en una red de servicios.

Dentro de la regionalización, la Jurisdicción Sanitaria constituye el sistema que agrupa a las regiones e integra y coordina a la red de servicios de atención a población abierta, en el nivel administrativo y operativo. El Sistema Estatal de Salud está conformado por las jurisdicciones sanitarias incluidas en su ámbito geográfico.

Para dar funcionalidad a los sistemas jurisdiccionales y estatales, la administración de los servicios se apoya entre otros elementos, en la infraestructura física disponible, en la estructura programática sectorial, en el sistema de información, en la participación social, en la concertación con la medicina privada, en la interrelación con la medicina tradicional, así como en la coordinación con los niveles de gobierno y en la concertación con otros sectores.

Con este tipo de regionalización se busca asegurar la congruencia y complementariedad de los programas para un área geográfica determinada, conforme a las políticas y lineamientos del Programa Nacional de Salud, respondiendo a la particularidad de cada

región. El resultado de la aplicación de estos criterios se cristaliza en los estudios estatales de regionalización de los servicios de salud para población abierta.

7.5 Redes de servicios

La organización de redes de servicios sirve para lograr integralidad en la atención a la población. Requiere de un sistema de interrelación que permita complementar los servicios que prestan las unidades, sin necesidad de aumentar la capacidad instalada y los recursos humanos existentes.

Estas redes ofrecen la oportunidad a las unidades de mayor complejidad —entre ellas el hospital—, de vincularse con la comunidad, hacer el seguimiento de pacientes y capacitar en servicio al personal que trabaja en sitios alejados; permite que los médicos de los centros de salud acudan al hospital para que los especialistas en forma selectiva los apoyen en sus centros de salud.

A través de la red se fortalece la referencia de pacientes y la información a las unidades de origen, el traslado de casos de urgencias, así como de aquellos imposibilitados de hacerlo por sí mismos, la consulta itinerante de especialidad y la consulta odontológica periódica en aquellas localidades donde no existe el recurso.

Es indispensable que existan mecanismos para que la información fluya con oportunidad dentro de las zonas de supervisión, entre éstas, las jurisdicciones y a nivel estatal, para la toma oportuna de decisiones.

7.6 Sistema de referencia

Constituye un procedimiento de enlace y coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de atención que conforman la red de servicios de salud. Su objetivo principal es facilitar el envío de los pacientes de una unidad operativa a otra de mayor complejidad

o viceversa, conforme a la capacidad resolutive de éstas, con el propósito de brindar a los usuarios atención médica integral y oportuna en las unidades que, conforme al padecimiento del paciente y la capacidad resolutive de la unidad resulten más convenientes. Va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido.

Su eficaz funcionamiento requiere de integración y coordinación entre las unidades, propiciando que el personal involucrado conozca y ejecute con responsabilidad y eficiencia las funciones que le competen.

7.7 Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica brinda información sobre la existencia de riesgos y daños a la salud, así como de los factores condicionantes y determinantes de los mismos para tomar, oportuna y adecuadamente, las medidas de intervención que correspondan.

Todos los elementos que conforma la Red de Servicios de Salud deben participar en la vigilancia epidemiológica, y la información generada en los diferentes servicios de salud debe ser el sustento de las acciones que se realicen en cada uno de los niveles de atención, acorde con las facultades y posibilidades de respuesta.

La vigilancia epidemiológica en nuestro país se basa en la Norma Oficial Mexicana (NOM-017-SSAA-1994), publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de noviembre de 1994, elaborada con el concurso de todas las instituciones oficiales que conforman el sector salud, así como de diversas organizaciones académicas, privadas y sociales.

La vigilancia epidemiológica se divide en general y específica, contemplando la general lo referente a la morbilidad y mortalidad, y la específica lo concerniente a sistemas

especiales como los de enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades transmitidas por vectores, cólera y diarreas, infecciones respiratorias agudas y tuberculosis, adicciones, lesiones externas, neoplasias malignas, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, entre otros. El desarrollo de la vigilancia epidemiológica se complementa con la investigación, la realización de encuestas, la capacitación y la difusión de la información generada.

La vigilancia epidemiológica se fundamenta en la obtención de información oportuna y adecuada, que contempla aspectos demográficos, sociales, geográficos, culturales y daños a la salud (morbilidad y mortalidad), los cuales son clasificados de acuerdo con la urgencia de respuesta.

Dentro de los procedimientos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, se incluye la información que se origina en la población a través de diversas fuentes. En aquellos sitios donde no existen servicios formales de salud, la población obtiene directamente la información sobre ciertas enfermedades y datos demográficos (nacimientos, embarazos, etcétera) a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada, que incluye la referencia de pacientes hacia las unidades de salud; es paralelo al sistema rutinario de información y sirve exclusivamente como monitor para padecimientos o situaciones de emergencia que deben ser atendidos por los servicios formales de salud, por tanto, la información no se incorpora a las estadísticas nacionales, hasta en tanto no es validada por personal profesional y calificado.

En cada nivel, el personal responsable debe validar la información y determinar si los diagnósticos señalados requieren estudios o procedimientos específicos. La vigilancia epidemiológica se apoya en la Red Nacional de Laboratorios o Laboratorios Específicos de Salud Pública.

8. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El Modelo de Atención a la Salud se apoya en diversos instrumentos metodológicos para desarrollar en forma operativa el proceso de planeación de los servicios. Entre ellos destacan los siguientes:

- Ley General de Salud y sus reglamentos.
- Rotafolio de información básica.
- Guía para la elaboración del Estudio de Regionalización Operativa.
- Normas Oficiales Mexicanas y Normas Técnicas para la prestación de los servicios de salud.
- Manuales de organización.
- Manuales de procedimientos.
- Sistema de vigilancia epidemiológica.
- Sistema estatal de información básica.
- Sistema integral de evaluación.
- Sistema de vigilancia y control sanitario.

Le corresponde a la Jurisdicción Sanitaria la coordinación de las unidades del primer nivel, la vinculación con las unidades hospitalarias de su ámbito de competencia y la concertación con unidades hospitalarias de otras jurisdicciones.

La planeación debe surgir de la interrelación de las instituciones que atienden a población abierta, partir del nivel local más elemental hacia las estructuras superiores del sistema y alimentarse en sentido inverso para mantener su flujo continuo.

Dentro de este proceso se enmarca la necesidad de definir los problemas de salud y su solución, desde la base y en forma conjunta con la comunidad mediante el diagnóstico de salud y la programación local.

Para que el diagnóstico de salud local sea útil para la programación debe ser simple en su elaboración, contener información precisa sobre las condiciones particulares de su ámbito geográfico, ser elaborado con criterios objetivos y homogéneos que permitan su agregación dentro del sistema y ser integral.

La programación local será congruente con el diagnóstico, la jerarquización de problemas, con base en su magnitud, vulnerabilidad y trascendencia y los recursos disponibles.

Tendrá carácter institucional adoptando una estructura programática que permita la correcta combinación de recursos físicos, humanos y financieros, bajo un esquema de administración simple, coordinada sectorialmente con otros programas de salud.

Con base en los programas locales de salud se obtendrá el Programa Jurisdiccional de Atención que formará parte del Programa Estatal de Salud. De las necesidades planteadas deberá surgir la presupuestación que se refleje en el programa operativo anual.

8.1 Instrumentación

Será responsabilidad del nivel estatal la aplicación de formas de contratación de personal. Los mecanismos adoptados deben garantizar la permanencia del personal y su mejor distribución, propiciando la participación de los gobiernos municipal y estatal, así como de organismos no gubernamentales y de la propia comunidad en su caso.

Para elevar la satisfacción de los prestadores de servicios y con ello contribuir a mejorar la calidad de la atención, se requieren mecanismos de estímulo al personal a través de percepciones diferenciadas a los trabajadores que mantengan una buena productividad y calidad en su trabajo, así como para aquéllos que laboran en áreas de difícil acceso. Se dará especial atención a las actividades de capacitación y rotación en servicio con valor curricular, mediante programas estatales de formación de recursos humanos en áreas clínico-hospitalarias y de desarrollo en aspectos profesionales, técnicos y administrativos.

La administración de los recursos materiales para la ejecución de los programas es responsabilidad del encargado administrativo en los diferentes niveles operativos. El nivel jurisdiccional tiene la responsabilidad de organizar y coordinar las tareas de administración y logística asegurando la correcta articulación de los elementos que conforman la red de servicios dentro de su área geográfica de responsabilidad. El nivel estatal tendrá la responsabilidad de asegurar el abasto en el ámbito institucional a todos los niveles del sistema, así como la de realizar la compra local de insumos con criterios de racionalización y eficiencia.

El sistema de abasto y suministro de materiales garantizará su disponibilidad en los niveles locales, de acuerdo con las acciones programadas, mediante cuadros básicos que respondan a la definición de necesidades en relación con el tipo, volumen y periodicidad de entrega de dichos suministros.

Las acciones de conservación y mantenimiento de la planta física, son responsabilidad compartida entre las instituciones, la comunidad y los niveles de gobierno.

El ejercicio de los recursos financieros en el ámbito institucional es función de los niveles estatal - jurisdiccional, hospitalario y en los centros de salud con amplio apego a la normatividad, profundo sentido de ética y responsabilidad y mayor congruencia con las

necesidades en su aplicación, además de desplegar una mayor capacidad de gestión para la obtención de recursos adicionales.

El nivel estatal determinará la cantidad y forma en que se apliquen los recursos obtenidos a través de las cuotas de recuperación. De manera idónea, las que se obtengan en las unidades de menor complejidad serán utilizadas en la propia unidad para conservación y mantenimiento de equipo e infraestructura y en su caso, pago de estímulos al personal.

Mediante la coordinación federal-estatal dentro del COPLADE se identificarán fuentes alternas de financiamiento, las cuales se apoyarán en convenios de coordinación. En este sentido se analizará la posibilidad de ofrecer a la medicina privada, a través de convenios sancionados con las autoridades competentes, la utilización de áreas de hospitalización y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento,

Para asegurar la calidad de las funciones de gestión dentro de la estructura administrativa, el personal responsable en los diferentes niveles de mando debe tener la formación, experiencia, conocimientos y características de liderazgo que su puesto requiere. Asimismo, debe establecerse en los convenios federal-estatal la garantía de permanencia de este personal por tiempo suficiente para mantener la continuidad de la administración.

El jefe jurisdiccional debe ser médico con posgrado en salud pública o administración de servicios de salud, poseer capacidad de liderazgo y contar con experiencia en funciones de coordinación y concertación. El jefe estatal de salud por su parte, debe ser médico, tener conocimientos formales o bien experiencia en el campo de la salud pública, liderazgo y preferentemente contar con el reconocimiento público en el estado.

8.2 Información, supervisión y control

La aplicación del modelo de atención debe permitir retroalimentar la toma de decisiones mediante el monitoreo y seguimiento de las acciones emprendidas, con el fin de detectar desviaciones de forma inmediata y corregir deficiencias en la prestación de los servicios de salud. Para ello debe establecerse mecanismos de control a nivel local, en interacción con las instituciones de atención a población abierta y en corresponsabilidad con la comunidad y los niveles de gobierno.

Las actividades desarrolladas como resultado de la atención a la salud de la población abierta y desviaciones sanitarias estarán integradas en un sistema de información que tendrá un flujo oportuno y bidireccional. Será necesario registrar la información requerida para cada nivel jerárquico dentro del sistema, integrando los datos tanto de las acciones comunitarias como de los servicios otorgados. El sistema de información debe contener datos sobre daños a la salud, servicios otorgados y recursos utilizados, de tal forma que permita la elaboración de indicadores sensibles para conocer el impacto de los programas y la modificación de los problemas de salud.

En el modelo de atención a la salud para la población abierta, la supervisión de los servicios debe ser:

- periódica e integral, de tal manera que sirva para verificar tanto la ejecución de las tareas, como la calidad de su realización y vigilar el cumplimiento de todos los programas;
- eficiente, para resolver en el momento inmediato las desviaciones detectadas en la prestación de los servicios y correlacionan el costo - beneficio de las acciones;
- capacitante, para actualizar al personal en las técnicas de trabajo y estimular su disposición para la mejor ejecución de las actividades;

-
- objetiva, utilizando instrumentos e indicadores adecuados para medir correctamente la aplicación de las normas y procedimientos, la productividad de los recursos y la calidad de la atención, y
 - novedosa, de forma tal que se puedan incorporar técnicas de investigación de sombra y habilidades de supervisión para obtener información cualitativa, evitando los sesgos que se producen cuando el personal de salud se siente evaluado.

La supervisión se despliega desde el nivel central federal, estatal y jurisdiccional a través de personal específico y con el perfil adecuado, constituyéndose en los últimos dos niveles en equipos zonales y multidisciplinarios. Este control mantiene no sólo la productividad y el óptimo uso de los recursos, sino también preserva y eleva la calidad de la atención.

8.3 Evaluación

En la evaluación participan todos los agentes que intervienen en el proceso, con el fin de analizar el grado de avance de los programas de salud bajo la óptica de los prestadores de servicios, de la comunidad y de las autoridades de los distintos niveles administrativos dentro del sector en su conjunto.

Esta evaluación se apoya en indicadores cuantitativos y cualitativos de fácil construcción e interpretación, para conocer claramente los avances en el proceso y su impacto en los niveles de salud de la población; incluye componentes que permiten la autoevaluación y la evaluación externa.

Los indicadores definidos para este fin deben ser económicos en su obtención, homogéneos para todos los servicios, sensibles para que valoren con precisión las desviaciones, adecuados para cada nivel de atención y oportunos para la toma de decisiones.

9. ESTRUCTURA Y RESPONSABILIDADES DE LOS NIVELES ADMINISTRATIVOS PARA LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO

El Modelo de Atención a la Salud lleva implícita la necesidad de establecer responsabilidades concretas, que permitan su efectiva instrumentación en los diversos niveles de administración de las dependencias e instituciones que proporcionan servicios de salud a la población abierta. Ello permite crear un ambiente propicio para que al interior de las entidades federativas verdaderamente se logren configurar los sistemas estatales de salud y se cumpla con las características fundamentales del modelo: universalidad, calidad, cobertura, integralidad y productividad, que fueron señaladas en capítulos anteriores.

Las acciones de coordinación para uniformar el desarrollo de programas, así como la integración orgánica de los servicios de salud que se proporcionan a la población abierta, la descentralización de éstos hacia los gobiernos de los estados y su posterior desconcentración a las jurisdicciones sanitarias, requieren esquemas estructurales y de funcionamiento cada vez más eficientes para satisfacer el derecho social a la protección de la salud de todos los mexicanos, y en particular la de los grupos más vulnerables.

Dichos esquemas se deben sustentar en una estrecha coordinación entre los diferentes niveles relacionados con la prestación de servicios de salud y de fomento sanitario, y sujetarse a un modelo de organización que permita, de manera clara y sistemática, la distribución de competencias y de áreas en las que deben concurrir la Federación, los gobiernos estatales, las jurisdicciones sanitarias y los municipios.

La Secretaría de Salud, como dependencia del Poder Ejecutivo de la Unión, tiene a su cargo el despacho de los asuntos que le encomienda la Ley Orgánica de la Administración

Pública Federal, la Ley General de Salud y otras leyes, así como reglamentos, decretos y acuerdos.

Para atender las demandas y necesidades de la población abierta, la Secretaría de Salud cuenta con una estructura administrativa a nivel nacional, estatal, jurisdiccional y aplicativo que le permite asumir las diferentes responsabilidades que tiene asignada.

Los niveles administrativos existentes para garantizar la operación del modelo de atención a la salud se encuentran representados por las siguientes instancias:

9.1 Secretaría de Salud

Sus atribuciones fundamentales son el establecimiento y dirección de las políticas, estrategias y programas nacionales dentro del marco del Sistema Nacional de Salud (SNS), que permite dar coherencia, armonía y flexibilidad a las instituciones que lo conforman. Cuenta con el Consejo Nacional de Salud como una instancia permanente de coordinación entre la Federación y las entidades federativas, para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en todo el país.

La Secretaría de Salud, en su carácter de responsable de la coordinación del Sistema Nacional de Salud, tiene las siguientes responsabilidades:

- Elabora y da seguimiento al Programa Nacional de Salud, al que se sujetarán tanto los programas institucionales como los estatales que deben elaborar los gobiernos de las entidades federativas.
- Coordina con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y con la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas y la desconcentración hacia las jurisdicciones sanitarias.

-
- Conviene con estas dependencias el fortalecimiento organizacional de las estructuras administrativas que operarán los servicios en materia de atención médica a población abierta y fomento sanitario y los de salud pública que correspondan.
 - Transfiere a los gobiernos estatales las unidades administrativas y operativas de los Servicios Coordinados de Salud Pública que correspondan, dentro del marco de la descentralización de los servicios de salud.
 - Revisa y apoya o modifica, en coordinación con los gobiernos estatales, la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios sanitarios.
 - Consolida la integración del Sistema Nacional de Fomento Sanitario, en el que participan los distintos niveles de gobierno armónicamente y conforme con sus respectivos ámbitos de competencia.
 - Establece las políticas generales, normas y lineamientos de planeación, logística, presupuestación y de financiamiento, así como de información, supervisión y evaluación necesarios para la operación de la estructura administrativa que tendrán a su cargo los servicios estatales de salud.
 - Revisa y dictamina los catálogos de puestos y los tabuladores de sueldos, así como la creación de puestos que los gobiernos estatales propongan para sus estructuras administrativas y los somete para su aprobación ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
 - Elabora y propone los manuales operativos de los sistemas de Vigilancia Epidemiológica, de Regulación y Fomento Sanitarios, de Planeación, Evaluación e Información de los servicios de salud.
 - Promueve el desarrollo de las jurisdicciones sanitarias, como estrategia para incrementar la cobertura a través de acciones básicas de atención primaria para la salud; el desarrollo de la capacidad gerencial y la programación local.
 - Emite y vigila el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) necesarias para asegurar la adecuada prestación de los servicios de salud, y la calidad sanitaria de bienes, productos y servicios.

9.2 Gobierno Estatal

De conformidad con lo dispuesto en el Apartado "B" del Artículo 13 de la Ley General de Salud y las estrategias previstas en el Programa Nacional de Salud en vigor, los gobiernos de las entidades federativas tendrán bajo su responsabilidad las siguientes funciones:

- Desarrolla, con base en los acuerdos respectivos, las estructuras administrativas que permitan organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud dirigidos a la población abierta, fomento sanitario así como los de salud pública que correspondan al nivel estatal.
- Apoya la formulación de los programas y presupuestos anuales que correspondan a la estructura administrativa que tengan a su cargo los servicios estatales de salud, así como supervisar, controlar y evaluar su cumplimiento.
- Formula solicitudes de apoyo logístico que se requieran de la Federación para los servicios estatales de salud y hacerlas del conocimiento de la Secretaría de Salud.
- Establece, por conducto de los servicios estatales de salud, una vez efectuado el proceso de descentralización, las facultades patronales respecto a los trabajadores que actualmente laboran en los Servicios Coordinados de Salud Pública.
- Define e instrumentar el programa de desconcentración de los servicios de salud hacia las jurisdicciones sanitarias.

9.3 Servicios Estatales de Salud

Los Servicios Estatales de Salud están a cargo del Jefe Estatal de Salud. Cuentan con estructuras de apoyo en servicios de salud, fomento sanitario, planeación, administración y son responsables del control y seguimiento de los recursos humanos, físicos y materiales existentes, así como del establecimiento, operación y adecuación de programas

de salud, bajo mecanismos de planeación, programación, supervisión, control y evaluación.

De acuerdo con el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta, tendrá bajo su responsabilidad lo siguiente:

- Elabora y mantiene actualizado el Diagnóstico y el Programa Estatal de Salud, ajustándose a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud.
- Asegura la congruencia de los programas y presupuestos anuales con los programas estatales de atención a la salud y con los planes o programas estatales de desarrollo en el ámbito de los Comités de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADE).
- Verifica la correspondencia y complementariedad de estos programas con los de las instituciones de seguridad social. Su función coordinadora en los Subcomités de Salud y Seguridad Social del COPLADE garantiza su capacidad de formular, coordinar y evaluar los programas estatales de salud, además de verificar su congruencia con los nacionales y sectoriales.
- Adapta y opera el Modelo de Atención a la Salud conforme con las características epidemiológicas y sanitarias de la entidad.
- Aplica y vigila el cumplimiento de la normatividad técnica y de las Normas Oficiales Mexicanas que, en apoyo a lo anterior, determine la Secretaría de Salud.
- Ejerce las facultades de regulación sanitaria en materia de salubridad local y general concurrente, de acuerdo con los convenios firmados por el Gobierno Estatal y la Secretaría de Salud.
- Formula y desarrolla los programas de conservación y mantenimiento, de rehabilitación y remodelación, así como de complementación del equipamiento básico de las unidades de salud existentes, de conformidad con la normatividad que establezca la Secretaría de Salud.

-
- Integra y opera el Programa de Ampliación de la Infraestructura de Servicios de acuerdo con el Modelo de Atención.
 - Propone a la Secretaría de Salud las modificaciones que considere pertinentes respecto de los catálogos de puestos y los tabuladores de sueldos, así como la creación de puestos necesarios para la operación y funcionamiento de los servicios estatales de salud.
 - Fortalece a las jurisdicciones sanitarias para lograr su desconcentración funcional.
 - Formula e instrumenta, con base en las políticas y normas de nivel central, los programas de formación y desarrollo de recursos humanos, de investigación en salud y de desarrollo tecnológico, así como supervisar y evaluar su cumplimiento.
 - Coordina, supervisa y evalúa la operación y el funcionamiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, de regulación y fomento sanitario, de planeación, evaluación y de información en salud.
 - Concentra el censo estatal de giros y establecimientos, así como los resultados e impacto de las acciones de vigilancia y control sanitario.
 - Propone las facultades que en materia de salubridad local deban desarrollar los municipios y contribuir a su desarrollo técnico.

La delimitación de las funciones que corresponderán a cada una de las estructuras administrativas del nivel estatal, se establecerá con base en los términos que convengan los gobiernos de los estados y la Secretaría de Salud en los acuerdos para la coordinación programática, la integración orgánica y la descentralización de los servicios de salud,

9.4 Jurisdicción Sanitaria

La Jurisdicción Sanitaria es una unidad técnico administrativa desconcentrada por territorio que depende del nivel estatal y funge como enlace con el nivel aplicativo; es el órgano responsable de planear, coordinar, supervisar y evaluar la prestación de los

servicios de atención médica a población abierta y de salud pública, así como desarrollar actos de regulación, control y fomento sanitarios en el área geográfica de su responsabilidad.

De acuerdo con el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta, la jurisdicción sanitaria:

- Elabora y mantiene actualizado el diagnóstico jurisdiccional de salud y conforma anualmente el Programa de Trabajo en el ámbito de su responsabilidad.
- Actualiza el estudio de regionalización de los servicios de salud en el ámbito de su responsabilidad.
- Coordina las actividades técnico-administrativas para asegurar la prestación de servicios sanitarios a individuos, familias, grupos sociales y comunidades, dentro del marco del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta.
- Organiza y evalúa la prestación de servicios de salud en su área de influencia.
- Supervisa a través de equipos zonales y multidisciplinarios los servicios que brindan las unidades de salud, a fin de asegurar que se otorguen con calidad.
- Promueve y desarrolla investigación operativa que contribuye al mejoramiento de las funciones de la jurisdicción sanitaria.
- Coordina las actividades de promoción de la salud y la operación de los diversos programas de atención médica y asistencia social.
- Procesa, integra y analiza la información en salud de su área de responsabilidad, así como la que generan las demás instituciones del sector existentes en su área de influencia.
- Coordina sectorialmente el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y desarrolla las estrategias que para el efecto establezcan los niveles central y estatal.
- Instrumenta programas permanentes de educación continua, capacitación e investigación para el desarrollo de los recursos humanos a su cargo.

-
- Vigila el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente y coordina los planes en la materia de los gobiernos estatal y municipal, en relación con los establecimientos, servicios y el entorno ecológico del área de su competencia.
 - Elabora y ejecuta programas de ampliación de la infraestructura y gestiona la asignación de recursos para lograr el acceso universal a los servicios de salud con oportunidad y calidad homogénea.
 - Lleva a cabo las acciones de vigilancia, control y fomento sanitario de los establecimientos, procesos, productos, prestaciones y servicios en el ámbito de su competencia.
 - Mantener actualizados el catálogo de giros y el censo de establecimientos, e integrar la historia clínica sanitaria.
 - Mantiene las unidades aplicativas en óptimas condiciones de operación, mediante la cobertura de personal, la conservación del inmueble y equipo, y el abasto suficiente de insumos básicos.
 - Administra los recursos humanos, materiales y financieros a su cargo y tramita ante la instancia estatal lo necesario para el funcionamiento de la jurisdicción sanitaria.
 - Administra el sistema de cuotas de recuperación y otras formas de contraprestación de los servicios.
 - Integra el programa-presupuesto y se responsabiliza de supervisar y evaluar su ejercicio.
 - Participa y coordina las actividades de los Comités de Planeación del Desarrollo Municipal (COPLADEM) en materia de salud que le correspondan según su área de acción.

9.5 Unidades Operativas

Se constituyen por toda la estructura institucional y comunitaria que conforma la red de servicios. Son las encargadas de proporcionar servicios de salud, con enfoque integral

dirigidos al individuo, la familia y la comunidad, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Aplican normas y procedimientos bajo las directrices nacional y estatal y participan en la programación, ejecución y evaluación de las actividades integrando en la gestión a la comunidad y al gobierno local.

RESPONSABILIDADES DE LOS NIVELES ADMINISTRATIVOS

