

DOF: 25/10/2022**ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR).****Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SALUD.- Secretaría de Salud.**

JORGE CARLOS ALCOCER VARELA, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 4o., párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 16, primer párrafo y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 7, fracciones I y II, 25, 77 bis 5, inciso A, fracción I de la Ley General de Salud; 6 y 7, fracción XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o., párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, reconoce el derecho humano que toda persona tiene a la protección de la salud, y establece que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, y definirá un Sistema de Salud para el Bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social;

Que en términos del artículo 39, fracción I de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Secretaría de Salud es la encargada de elaborar y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, servicios médicos gratuitos universales y salubridad general;

Que en términos de las fracciones VI y VII del citado artículo de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, le corresponde a la Secretaría de Salud planear, normar, coordinar y evaluar al Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, así como de planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;

Que el artículo 7, fracciones I y II de la Ley General de Salud establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud, a la que le corresponde, establecer y conducir la política nacional en materia de salud y la coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;

Que el artículo 77 bis 5, apartado A, fracción I de la Ley General de Salud, establece que en la ejecución de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, le corresponde a la Secretaría de Salud, desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases conforme a las cuales las entidades federativas y, en su caso, la Federación llevarán a cabo dicha prestación gratuita, para lo cual, formulará un programa estratégico en el que se defina la progresividad, cobertura de servicios y el modelo de atención, de conformidad con las disposiciones reglamentarias aplicables;

Que en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de julio de 2019, establece el compromiso del Gobierno Federal para realizar las acciones necesarias tendientes a garantizar que hacia el 2024, todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención a la salud gratuita, integral y de calidad, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos;

Que el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto de 2020, establece los objetivos, estrategias y acciones sobre los cuales las instituciones de la Administración Pública Federal deberán apegarse para materializar el derecho a la protección de la salud;

Que el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar fue emitido mediante Acuerdo publicado el 7 de septiembre de 2022 en el Diario Oficial de la Federación, el cual es de observancia obligatoria para las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, integrantes del Sistema Nacional de Salud, que llevan a cabo la prestación gratuita de servicios de salud a personas sin seguridad social, en el ámbito de sus respectivas competencias;

Que el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar establece en su Objetivo 3, *Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social*;

Que el Modelo anteriormente citado, es parte fundamental del referido Programa Estratégico, para llevar a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, de conformidad con el artículo 77 bis 5, inciso A, fracción I de la Ley General de Salud, y constituye un esquema de cuidados integrales que conjunta las estrategias, procesos, procedimientos, herramientas y recursos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad e incluye tanto los servicios personales como la atención colectiva, y

Que la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, permitirá la aplicación de servicios de salud y de atención médica en las redes integradas de servicios de salud para asegurar su equidad, efectividad y eficiencia, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO

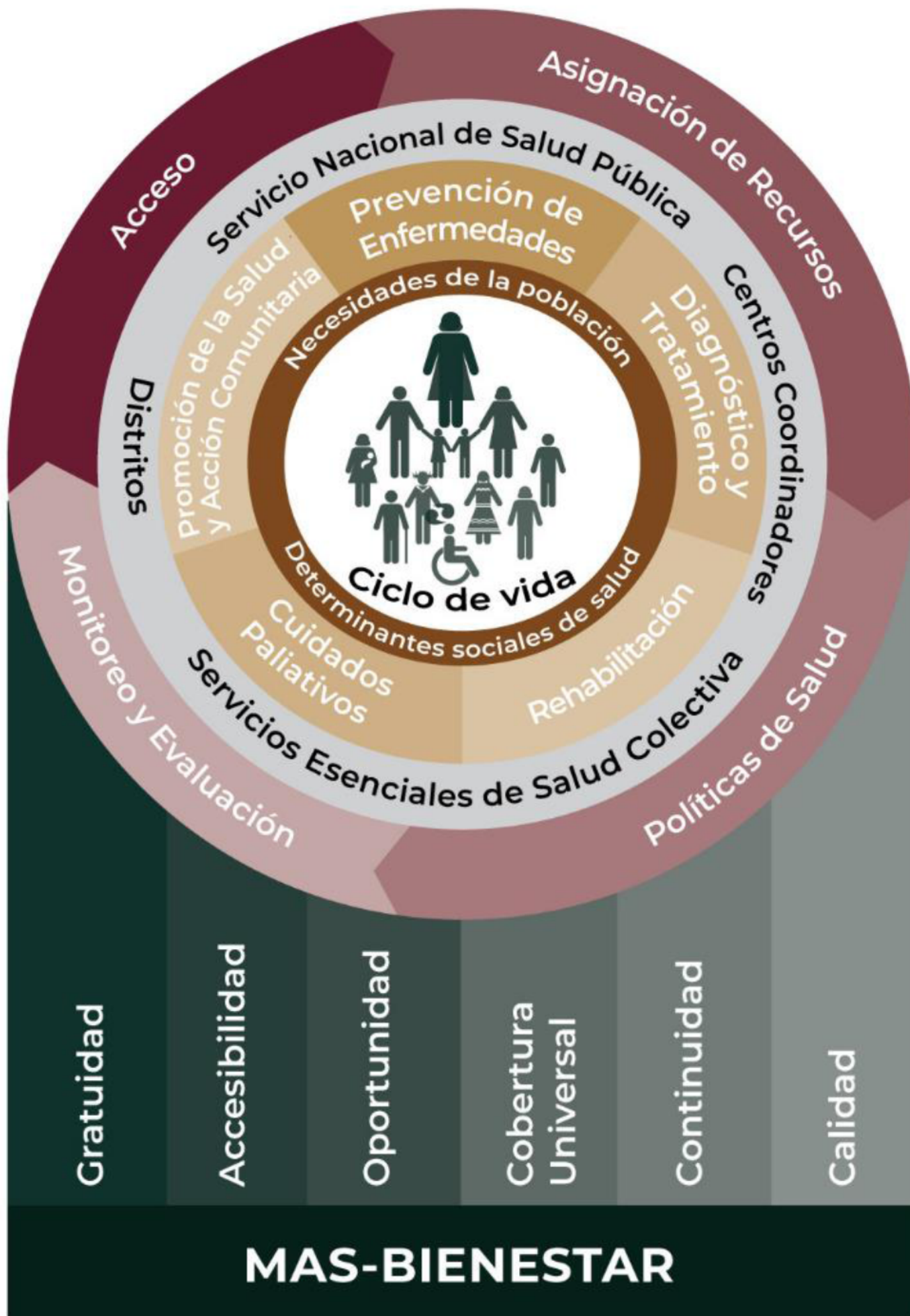
ARTÍCULO ÚNICO. Se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), como Anexo único del presente Acuerdo, conforme al Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de septiembre de 2022.

TRANSITORIO

ÚNICO. El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Ciudad de México, a diez días del mes de octubre de dos mil veintidós.- El Secretario de Salud, **Jorge Carlos Alcocer Varela**.- Rúbrica.

Secretaría de Salud
Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar



Contenido

- 1. Presentación**
- 2. La configuración de un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar basado en la Atención Primaria de Salud**
- 3. Marco normativo**
 - 3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
 - 3.2 Jurisprudencia constitucional
 - 3.3 Ley General de Salud y sus Reglamentos
 - 3.4 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
 - 3.5 Normas Oficiales Mexicanas
 - 3.6 Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024
 - 3.7 Programa Sectorial de Salud 2020-2024
 - 3.8 Programa Estratégico de Salud para el Bienestar
 - 3.9 Programas de Acción Específicos
- 4. Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar**
 - 4.1 Objetivos
 - 4.2 Definición del Modelo
 - 4.3 Ejes de intervención
 - 4.4 Elementos del Modelo
 - 4.5 Entornos de aplicación operativa
 - 4.6 Acciones conforme al ciclo de vida
- 5. Atención colectiva**
 - 5.1 Servicio Nacional de Salud Pública
 - 5.2 Distritos de Salud para el Bienestar
 - 5.3 Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar
 - 5.4 Servicios esenciales en salud colectiva
 - 5.5 Acciones prioritarias en salud colectiva
 - 5.6 Funciones de las Autoridades Estatales de Salud
- 6. Atención médica**
 - 6.1 Acción comunitaria
 - 6.2 Primer nivel de atención
 - 6.3 Segundo nivel de atención
 - 6.4 Tercer nivel de atención
 - 6.5 Calidad de la atención médica
 - 6.6 Capacitación
 - 6.7 Supervisión y asesoría
 - 6.8 Sistemas de información
- 7. Evaluación**

Evaluación del Modelo

Mecanismo de evaluación y seguimiento
- 8. Glosario**
- 9. Anexos**

Anexo 1. Intervenciones de salud colectiva

Anexo 2. Acciones esenciales por grupos de edad

Anexo 3. Relación de unidades de tercer nivel

Anexo 4. Programas sociales que contribuyen al bienestar

Índice de figuras

Figura 1. Cronología de los Modelos de Atención a población sin seguridad social en México

Figura 2. Representación gráfica del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar

Figura 3. Organización estratégica del SNSP

Figura 4. Secciones de trabajo del Servicio Nacional de Salud Pública

Figura 5. Conceptualización de las redes integradas de servicios de salud

Figura 6. Articulación de la atención médica

Figura 7. Vinculación de la infraestructura en salud

Figura 8. Referencia y contra referencia

Figura 9. Modelo del servicio integrado de promoción de la salud

Figura 10. Servicio Integrado de Promoción de la Salud

Figura 11. Beneficiarios del Servicio Integrado de Promoción de la Salud

Figura 12. Cadena de valor del Servicio Integrado de Promoción de la Salud

Figura 13. Esquema simplificado del Sistema Nacional de Sangre. Incluye espectro funciones normativas y operativas.

Figura 14. Educación integral en salud para la implementación del MAS-Bienestar

Figura 15. Metodología de supervisión I

Figura 16. Metodología de supervisión II

Figura 17. Criterios de semaforización

Figura 18. Nivel de evaluación del Modelo y Programa IMSS Bienestar

Figura 19. Fases del Modelo

Índice de tablas

Tabla 1. Tipología de unidades de salud del Primer Nivel de Atención

Tabla 2. Equipo Básico de Salud

Tabla 3. Equipo Ampliado de Salud

Tabla 4. Equipo de salud en unidades móviles

Tabla 5. Atención en unidades del Primer Nivel de Atención

Tabla 6. Características de unidades médicas por población para atender

Tabla 7. Servicios básicos para hospital

Tabla 8. Servicios que se adicionan de acuerdo con número de camas - necesidades locales o estructura

Tabla 9. Especialidades médicas en hospitales de segundo nivel

Tabla 10. Cartera de servicios del Tercer Nivel de Atención

Tabla 11. Resumen de las temáticas y competencias prioritarias del Plan estratégico de educación en salud para la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar

Tabla 12. Dimensiones operativas y propósito de la medición en la fase de planeación y operación del modelo

Siglas y acrónimos

Agenda	Agenda de Desarrollo Sostenible 2030
APS	Atención Primaria de Salud
AVISA	Años de Vida Saludables Perdidos Ajustados por Discapacidad
BS	Brigada de Salud
CCSB	Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar
CRETI	Residuos Corrosivos, Reactivos, Explosivos, Tóxicos e Inflamables
CS	Comité de Salud
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DSB	Distritos de Salud para el Bienestar
DSS	Determinantes Sociales de la Salud

EBS	Equipo Básico de Salud
EMAT	Equipo Médico de Alta Tecnología
ENPA	Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
GTIRC	Grupo Técnico Interinstitucional de Referencia y Contrarreferencia
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LAI	Localidad de Acción Intensiva
MAI	Modelo de Atención Integral
MASPA	Modelo de Atención de Salud para la Población Abierta
MIDAS	Modelo Integrado de Atención a la Salud
NOM	Norma Oficial Mexicana
OCS	Organización Comunitaria para la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNA	Primer Nivel de Atención
RAMC	Ruta de Atención Médica Continua
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RPBI	Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos
SAC	Supervisor de Acción Comunitaria
SIPS	Servicio Integrado de Promoción de la Salud
SNA	Segundo Nivel de Atención
SNIS	Sistema Nacional de Inteligencia en Salud
SNSP	Servicio Nacional de Salud Pública
TNA	Tercer Nivel de Atención

1. Presentación

Este documento presenta el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar). Es parte constitutiva del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar⁽¹⁾ de la Federación para llevar a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, según lo establece el artículo 77 bis 5, inciso A, fracción I, de la Ley General de Salud.

El MAS-Bienestar se basa en los principios y la práctica de la Atención Primaria de Salud (APS) el cual define la estrategia que permitirá cumplir los objetivos y las prioridades de salud de la población, así como mejorar el desempeño en el contexto de la transformación actual del sistema público de salud mexicano. La estrategia nacional de transformación en salud amplía la responsabilidad del Programa IMSS-Bienestar a la creación de la OPD *Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar*, como prestador de los servicios personales de salud en aquellas entidades donde se establezcan acuerdos para el traspaso de la responsabilidad de la atención médica de las secretarías de salud estatales a este nuevo organismo.

Este nuevo modelo de atención será también la base para la transformación de los modelos de atención que se mantengan bajo la responsabilidad operativa de las entidades federativas y, al armonizarse con los modelos de atención a la salud de las instituciones de seguridad social, será una pieza fundamental hacia el objetivo superior de la universalización de los servicios de salud a la población mexicana. La prestación de servicios que plantea el presente modelo obedece a los principios generales y las políticas de salud que presenta el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, entre los que se incluyen:

- La rectoría de la Secretaría de Salud mediante: 1) el establecimiento de las políticas generales para asegurar la equidad, efectividad y eficiencia de los servicios de salud; 2) la planeación de la infraestructura, el licenciamiento y acreditación de establecimientos y servicios; 3) el establecimiento de los estándares de atención; 4) la implementación de un Sistema de

Gestión de Calidad y Seguridad en la Atención y; 5) la participación de la población en los procesos de planeación y prestación de los servicios de salud.

- El financiamiento de los servicios de salud para asegurar el acceso a los servicios de salud de una manera sostenible, así como el uso eficiente de los recursos.
- Los ajustes al Sistema de Salud para que se adecuen a las necesidades de la población, mediante el monitoreo de las necesidades y las percepciones ciudadanas, que incluye la vigilancia epidemiológica, el establecimiento participativo de prioridades, la innovación y el aprendizaje compartido de personal de salud y población.

Aun transfiriendo los servicios personales de salud (atención médica), las responsabilidades como autoridades sanitarias de los gobiernos de las entidades federativas obliga a las Secretarías de Salud de los estados a mantener las capacidades de rectoría del sector de la salud y la operación de los servicios de salud pública. Estos últimos, por definición, van más allá de los servicios que se otorgan desde las unidades de atención médica y deben ser para toda la población, independientemente si tienen o no seguridad social.

En este sentido, el proceso de transferencia de los servicios de atención médica a la Federación debe verse como una oportunidad para que las Secretarías de Salud de los estados para que, en coordinación con la Secretaría de Salud Federal, fortalezcan su capacidad de autoridad y gobernanza de todo el sector a nivel local, a través de planes y programas prioritarios de atención médica y salud pública, impulsados desde la Secretaría de Salud Federal, y las políticas públicas dirigidas a los determinantes sociales de la salud. Esto, a fin de asegurar de manera integral entornos saludables y seguros con una perspectiva intercultural y de derechos humanos, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

Adicionalmente, coordinación local deberá asegurar que todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud se articulen a nivel estatal (local) para garantizar la continuidad de la prestación de servicios de atención médica, el intercambio de los mismos entre instituciones públicas, y que éstos sean efectivos, eficientes, de calidad y con la cobertura alineada a la necesidad de toda la población, siempre maximizando la calidad y eficiencia y con el propósito de reducir y eliminar las inequidades. Estas modificaciones reforzarán las funciones de rectoría y coordinación sectorial de la Secretaría de Salud sobre los programas de atención médica y de salud pública, y permitirán a los prestadores de servicios de salud a las personas sin seguridad social en los estados encargarse de la operación funcional de las unidades de atención médica locales.

El componente de salud colectiva del modelo MAS-Bienestar de este documento define los mecanismos y operación de rectoría y gobernanza coordinada entre la Secretaría de Salud Federal y las Secretarías de Salud Estatal y su operación territorial a través del Servicio Nacional de Salud Pública, garantizando los servicios esenciales de salud pública en los Distritos de Salud para el Bienestar. Adicionalmente, describe la operación funcional de acciones de salud pública dirigida a la activación comunitaria y las acciones territoriales para lograr entornos colectivos saludables y seguros; y combatir los impactos negativos de los determinantes sociales y comerciales de la salud.

El componente de prestación de servicios personales de salud o atención médica del MAS-Bienestar establece la organización y gestión de los servicios de salud y los procesos sustantivos de atención que se brindan en los establecimientos de salud dirigidos a la población sin seguridad social. Así como su articulación con los servicios que ofrecen otras instituciones que conforman el Sistema de Nacional de Salud.

La implementación exitosa de este nuevo modelo permitirá la integración de servicios de salud poblacional y de atención médica en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), favoreciendo los arreglos institucionales necesarios para promover la equidad, efectividad y eficiencia de los servicios de salud, tanto individuales como poblacionales. El monitoreo, análisis y evaluación permanente del desempeño de los servicios de salud enfocado en la generación real de valor para la población y de la cobertura efectiva de las necesidades de salud, permitirá la innovación y cambios necesarios para los retos y vencer las barreras que limiten el impacto de su implementación.

2. La configuración de un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar basado en la Atención Primaria de Salud

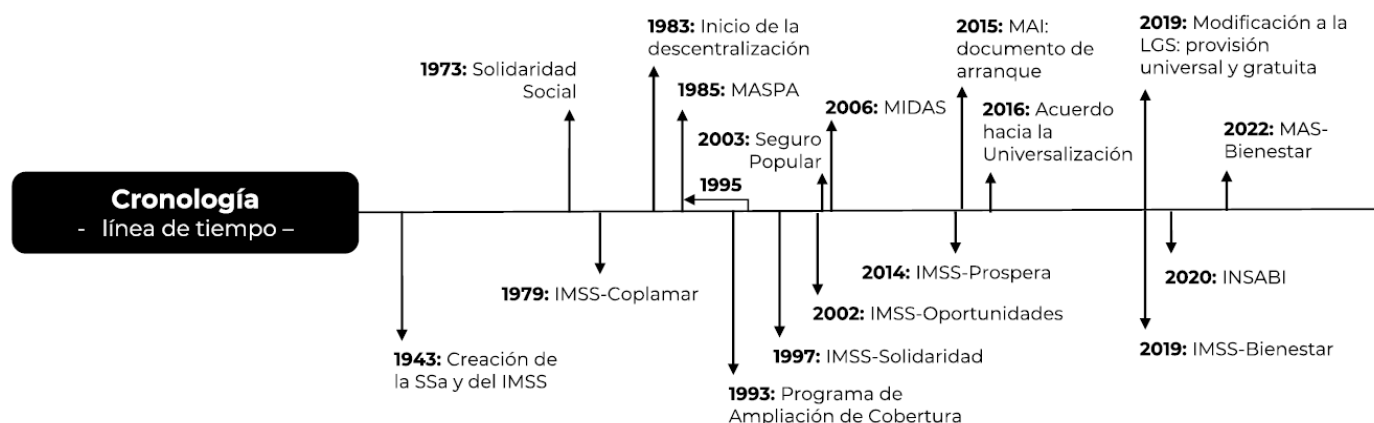
Al analizar la historia del Sistema de Salud mexicano y examinar sus logros a través del tiempo, se hace evidente la necesidad del fortalecimiento de sus funciones hacia un sistema de garantías en el acceso universal y efectivo en la prestación de servicios y redireccionar su enfoque predominantemente curativo a uno de orden preventivo e integral, soportado por un adecuado financiamiento y una rectoría sectorial efectiva. Con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Instituto Mexicano del Seguro Social, ambos en 1943, y la posterior fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959, se estableció un acceso segmentado a los servicios de salud por la población, que en la práctica devino en una desigualdad manifiesta en la entrega de prestaciones médicas y sanitarias entre la población con y sin seguridad social, lo que además agregó la característica de fragmentación al sistema nacional de salud.

La definición de modelos de atención que promovieran la homologación en la forma de organizar y prestar los servicios de salud ha tenido importantes hitos en la historia de la salud pública de México, vinculados con el desarrollo de estrategias sectoriales promovidas por los gobiernos federales y locales, y la propia vida de las distintas instituciones públicas prestadoras de servicios de salud a la población nacional (ver Figura 1).

Por modelo de atención a la salud puede entenderse la representación analítica y descriptiva de los objetivos, estrategias operacionales y metas de la atención sanitaria, para satisfacer las necesidades y demandas de la población, incluyendo los recursos humanos, financieros, materiales, logísticos y administrativos con que funcionará el modelo. En la historia de México -y de otros países- generalmente los distintos modelos han colocado su énfasis en la narrativa de los procesos de atención médica y sanitaria brindados en las unidades de salud, atendiendo a principios organizativos como son la regionalización, el acceso garantizado, la integralidad, continuidad y calidad de la atención, entre otros. Este enfoque es limitado y se presenta como un impedimento para la cobertura universal de la salud, ya que no incluye políticas multisectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud.

Por esta razón, en la descripción del Modelo de Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) se incluye, tanto los elementos de atención a las personas como los determinantes sociales y los de salud colectiva, considerando una unidad indivisible entre estos dos aspectos de la salud pública.

Figura 1. Cronología de los Modelos de Atención a población sin seguridad social en México



Fuente: Elaboración propia.

La figura 1 identifica los antecedentes de organización de la atención a la población sin seguridad social, iniciado de forma limitada en 1973, cuando se integró a la Ley del Seguro Social la ampliación de servicios a dicha población a través del Programa Solidaridad Social. En 1974, se puso en operación el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria y, en 1977, se constituyó la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) como parte de una política para abatir la marginación. Para 1979, los servicios a población sin capacidad contributiva del IMSS se integraron a la Coplamar, dando origen al Programa IMSS-Coplamar, con el fin de extender los servicios de salud a todo el territorio nacional. En 1983, el Programa IMSS-Coplamar pasó a ser administrado por el IMSS. Con el proceso de descentralización del Sistema de Salud a la población sin seguridad social en 1984 se transfirieron 911 unidades médicas rurales y 23 hospitales rurales a los gobiernos de 14 entidades federativas de la República, reduciéndose su operación a 17 entidades federativas, cambiando su denominación a IMSS-Solidaridad.

Durante diferentes administraciones, dicho programa documentó su impacto positivo en los servicios de salud estatales que operaron con el Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta (MASPA) creado en 1985, el cual fue renovado en 1995(2) como un instrumento que normaba y operacionalizaba la prestación de servicios en las unidades de la Secretaría de Salud en todo el país a la población sin seguridad social. En 1997, con la participación de IMSS-Solidaridad en la operación del Componente de Salud del entonces Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresa), se contribuyó a la disminución de rezagos en salud, principalmente los asociados con la desnutrición de su población beneficiaria. En 2002, el Progresa fue renombrado Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades) y cambió de denominación a IMSS-Oportunidades.

Con la creación de la Comisión Nacional de Protección Social, del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y del Seguro Popular como su brazo operativo, el Modelo vigente fue reemplazado por el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) en 2006. Para 2010, el Programa IMSS-Oportunidades inició labores en otras dos entidades federativas, Guerrero y Estado de México, ampliándose a 19 entidades federativas. En 2014, acorde con la política social de combate a la pobreza, se modificó el nombre del Programa por IMSS-Prospera, para finalmente en diciembre de 2018 modificarlo al nombre actual de IMSS-BIENESTAR, el cual desde su creación tomó como base general las directrices y principios de su Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), el cual vincula estrechamente la atención médico preventiva con la participación y acción comunitaria.

En agosto de 2015, se publicó el denominado Modelo de Atención Integral a la Salud(3) (MAI), haciendo explícito en su propósito la urgente necesidad de renovar la atención primaria en México. El MAI planteaba diferencias con los modelos precedentes en los siguientes puntos:

- el fortalecimiento de Sistemas Locales de Salud como facilitadores y responsables de la operación adecuada de los establecimientos médicos de un territorio geográfico; en el caso de los Servicios Estatales de Salud representados por las Jurisdicciones Sanitarias y, en el caso del IMSS, por sus Delegaciones;
- la reconfiguración de Redes de Servicios de Salud, identificando al primer nivel de atención como su base organizacional; así como la referencia oportuna y eficiente para la atención especializada, que podía ser ambulatoria u hospitalaria; y
- el impulso de la participación ciudadana como una estrategia que permitiera involucrar activamente a la sociedad civil, mejorando continuamente la operación de los servicios de salud.

Desde el enfoque de la calidad técnica y estructural asociada a la medicina de primer contacto, el MAI identificó la necesidad de disponer de recursos humanos calificados para la atención en el primer nivel, así como de establecimientos médicos con suficiencia de medicamentos, insumos y equipamiento. Se puso en marcha en 2016 en 4 entidades federativas, con resultados heterogéneos y limitados, debido a la poca claridad de su instrumentación en al menos las 3 estrategias que se planteó. Las debilidades en el diseño también se vieron reflejadas en los pocos instrumentos de monitoreo y evaluación que formuló para conocer los avances. Sus principales fortalezas fueron el rescate del papel fundamental de los sistemas locales de salud como verdaderas unidades de gestión y rendición de cuentas, la propuesta de configurar redes integradas de servicios de salud y la instrumentación de acciones de participación ciudadana.

En suma, los modelos de atención antecesores al MAS-BIENESTAR (MASPA, MIDAS y MAI, estos 2 últimos ligados al Seguro Popular) no lograron implementación territorial significativa, por lo que fallaron en su objetivo de mejorar la situación sanitaria del país, dejando que prevaleciera el abandono del primer nivel de atención, caracterizado en diferente magnitud en las entidades federativas del país por insuficiencias, inercias y vicios que impidieron el cambio organizacional que se necesitaba para garantizar la cobertura universal. Se magnificó la problemática ya existente de contratación y capacitación la fuerza laboral; de ampliación de la infraestructura física y de equipamiento; de suficiencia, optimización e integración de los recursos públicos de salud y la falta de inversión en acciones y programas de salud poblacional.¹⁻⁽⁴⁾

Las modificaciones a la Ley General de Salud (LGS) publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre del 2019,⁽⁵⁾ de facto cambiaron el modelo de atención que hasta ese momento se venía implementando en los servicios públicos de salud. Progresivamente, las Secretarías de Salud Estatales han ido superando los límites del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) ligado al Seguro Popular y avanzando en la implementación de la gratuidad y universalidad de la atención a la población sin seguridad social. A partir del 1º de diciembre de 2020, la gratuidad de la atención médica también se extendió a todas las atenciones de tercer nivel que brindan los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia Nacional y Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Cabe señalar que la gratuidad de la atención era practicada por el Programa IMSS-BIENESTAR desde su nacimiento hasta el presente.

En las modificaciones a la LGS de 2019, se estableció un nuevo marco de competencias entre la Federación y las entidades federativas para llevar a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a la población sin seguridad social, facultando a la Secretaría de Salud a elaborar el modelo y promover la formalización de acuerdos de coordinación entre prestadores públicos de salud. Se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y se crearon las condiciones para elaborar el presente Modelo de Atención, denominado MAS-BIENESTAR, que integre elementos y prácticas de atención a la salud de las personas y de salud colectiva. Institucionalmente, evolucionó el anterior Programa IMSS-BIENESTAR a un Órgano Público Descentralizado (OPD) *Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar*, con personalidad jurídica y patrimonio propio, donde se puedan federalizar los servicios de salud de las entidades federativas que se sumen a este proyecto de transformación.

Se plantea que los servicios integren las acciones poblacionales e individuales para promover la salud, prevenir y controlar las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios; así como los servicios de salud individual y colectiva que constituyen intervenciones de salud pública que buscan tener algún efecto sobre las condiciones sociales, económicas, comerciales, culturales y políticas que afectan la salud de las poblaciones, en su conjunto, representando los brazos operativos de la transformación en el Sistema de Salud, los cuales se soportan en la Atención Primaria de Salud, teniendo como meta principal alcanzar mejores niveles de salud y bienestar en la población, haciendo efectivo el derecho a la salud, y superando las limitantes de un sistema de salud limitado a la provisión de servicios de atención individual.⁽⁶⁾

El concepto *Primary Healthcare* traducido al español como Atención Primaria de Salud (APS) fue acuñado en la Reunión de la Organización Mundial de la Salud en 1978 en Alma Ata, con el objetivo de transitar hacia la universalización de la salud y alcanzar salud para todos en el año 2000. La APS se trata de una estrategia integral de "organización y operación del sistema de salud como un todo" basada en la atención integral e integrada de acciones sistémicas (de los tres niveles de atención y nivel comunitario), prioritarias y fundamentales, encaminadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población, la cual amplía los límites de la concepción de los sistemas de salud limitados a la provisión de servicios individuales;⁶ sin embargo, en ocasiones se ha limitado su concepción a acciones básicas o elementales exclusivas propias del primer nivel de atención.

El nuevo modelo de atención *MAS-Bienestar*, en el contexto de la transformación del sistema de salud mexicano, toma en cuenta el valor potencial de la Atención Primaria de Salud⁽⁷⁾ como "piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura⁽⁸⁾, considerando como pilares fundamentales los siguientes:

1. *Servicios de salud integrados con énfasis en la atención primaria y las funciones esenciales de la salud pública:* Con esta integración se satisfarán las necesidades de salud de las personas y comunidades, a través de cuidados integrales de promoción, protección, prevención, curación, rehabilitación y paliación lo largo del curso de la vida, priorizando estratégicamente los servicios de atención de salud clave dirigidos a las personas y las familias en todo el país, considerando la diversidad cultural mediante acciones interculturales que serán prestadas en las unidades de atención médica y coordinadas por los Distritos de Salud.
2. *Política y acción multisectorial:* En donde se abordarán de manera sistemática los determinantes más amplios de la salud, incluidos los factores sociales, comerciales, culturales, económicos y ambientales, así como las características y comportamientos individuales, a través de políticas, modelos interculturales y de interrelación y con acciones basadas en evidencia en todos los sectores: Salud en todas las políticas.
3. *Personas y comunidades empoderadas:* Estableciendo estrategias para lograr un empoderamiento real de las personas, familias y comunidades para optimizar su salud, como defensores de políticas que promuevan y protejan la salud y el bienestar, como co-desarrolladores de servicios sociales, de salud y como cuidadoras y cuidadores en los hogares.

Tomando en cuenta estos tres pilares de la APS, el Sistema de Salud Público y sus actores se convierten en los garantes de los tres componentes, considerando que la prestación de servicios de salud individual es una función básica y esencial de la salud pública incluyendo igualmente en el componente de salud colectiva, los mecanismos rectores, operativos y de evaluación que permitan satisfacer estos tres pilares. Así mismo, es importante comprender que la transformación del Sistema Nacional de Salud se basa en la función rectora de la Secretaría de Salud Federal desplegándola en los territorios locales, en estrecha colaboración con las autoridades de las entidades federativas. En esencia, se contempla que la Secretaría de Salud, además de ejercer su función reglamentaria y normativa de políticas públicas y la acción intersectorial para la modificación de políticas que pueda impactar negativamente la salud, funcione como autoridad sanitaria garante y vigilante de la atención integral ante cualquier institución prestadora de servicios o programa de atención en salud y coordinar que la protección y promoción de la salud, la

prevención, la curación y rehabilitación en salud funcionen adecuadamente en los servicios de atención médica, de salud pública y de asistencia social, y se impriman en un enfoque de salud en todas las políticas. Adicionalmente, la Secretaría de Salud deberá tener mayor control sobre los recursos financieros de origen federal, destinados a las acciones de salud pública y que son ministrados a las entidades federativas para la operación de los programas de salud estatales.

Para lo anterior, las Secretarías de Salud -federal y estatales-, al dejar de operar los servicios de atención médica, se fortalecerán en su estructura rectora y de coordinación sectorial, auxiliándose de cinco elementos centrales:

1. El **Distrito de Salud para el Bienestar** (DSB) será la unidad básica territorial de operación y funcionamiento de las Secretarías de Salud federal y las Secretarías Estatales de Salud para el ejercicio de su función rectora. En ese sentido, el DSB está diseñado orgánica y operativamente para tener una capacidad resolutoria de las distintas problemáticas relativas a la prestación de servicios de atención médica, salud pública y asistenciales.
2. El **Servicio Nacional de Salud Pública** será el brazo operativo de la Secretaría de Salud, integrado por personas funcionarias públicas desplegadas en el territorio nacional y organizadas para la implementación y ejecución de las funciones esenciales de la salud pública en el territorio, que incluyen la evaluación, el desarrollo de políticas, la asignación de recursos y la vigilancia del acceso a servicios de salud integrales y de calidad.
3. Los **Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar**, operados bajo la rectoría de la Secretaría de Salud Federal, permitirán asegurar la continuidad de la atención mediante la integración de los niveles de atención, desde el nivel comunitario hasta el más especializado de todo el sector, en resolver los problemas prioritarios de salud con una perspectiva de salud pública. A través de estas redes y centros estatales de coordinación de la atención, la Secretaría de Salud ejercerá las funciones de gobierno, coordinación y gestión de apoyo especializado para asegurar la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel de atención y la integración sectorial, fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia.
4. Los **Servicios Esenciales en Salud Colectiva**, inherentes al papel rector de la Secretaría de Salud, que le permiten tener observancia y alcance sobre todo el sistema de cuidados en salud y operar aquellos que son vitales para la prestación de servicios de salud personales o colectivos. Ejemplos del primero son la inteligencia en salud y la promoción de la salud operada desde los DSB, y del segundo son seis sistemas operativos que permitirán aumentar las capacidades operativas y rectoras de la salud pública:
 - **Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública:** Coordinado conjuntamente por la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura (CCAYAC) y el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE), para fortalecer las capacidades diagnósticas tanto en salud pública como de regulación sanitaria.
 - **Sistema Nacional de Emergencias en Salud**, coordinado por el futuro centro nacional de emergencias en salud, que integrará en su carácter funcional los centros reguladores de emergencias médicas.
 - **Sistema Nacional de Sangre Segura**, coordinado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea y que, en coordinación con los centros estatales, gestionarán la operación de todos los servicios de sangre y así asegurar sangre segura cercana a las personas y a las necesidades de los servicios de atención médica.

La **Inteligencia en Salud**, en la que el conjunto de procesos que incluyen el diseño de indicadores, la generación y registro de información en salud y de vigilancia epidemiológica (su procesamiento, análisis, interpretación y gestión) apoyen la toma de decisiones en distintos niveles gerenciales y operativos del Sistema Nacional de Salud.

- **Sistema Nacional de Regulación y Fomento Sanitario**, coordinado por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y sus contrapartes estatales, para fortalecer una de las herramientas de mayor capacidad de impacto de la salud pública en la modificación de entornos y determinantes estructurales de la salud.
- El **Sistema Integral de Promoción de la Salud**, que incide en la modificación de los comportamientos y entornos para mejorar la salud de la población desde la dimensión individual, familiar y comunitaria, la vinculación entre instituciones al interior del sector salud e impulsa la responsabilidad compartida de todos los sectores con la salud universal.

Recuperar el enfoque para la salud y el bienestar centrado en las necesidades y circunstancias de las personas, las familias y las comunidades, dirigido a transformar los servicios de salud y transitar hacia el acceso universal y efectivo con equidad, dignidad y calidad, incorporando la visión de atención integral de las personas a lo largo de sus vidas -no limitada a un grupo de enfermedades-, forma parte fundamental del modelo de atención que acompaña la ejecución del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, publicado el pasado 7 de septiembre 2022 en el Diario Oficial de la Federación, el cual toma como base la estrategia de APS(9). En este decreto se reconoce que para lograr mejores resultados en los indicadores básicos de salud es necesario:

- 1) el aseguramiento de la atención médica a cada una de las personas en nuestro país;
- 2) la generación de entornos que habiliten, faciliten y promuevan la salud individual y colectiva de las personas y;
- 3) la garantía de condiciones dignas de trabajo para la población que integra la base trabajadora del sector salud.

3. Marco normativo

El derecho a la salud constituye un derecho humano, irrevocable y esencial, cuyo fundamento reside en la dignidad humana; sienta sus bases en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en la cual se menciona a la salud como un elemento fundamental para acceder a un nivel de vida adecuado y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, que dispone el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

La importancia de la protección a la salud radica en su relación con otros derechos esenciales, como son el derecho a la vida o el derecho a vivir en condiciones de bienestar. Por ello, asegurar el acceso efectivo de la población a servicios de salud de calidad es un objetivo prioritario del Gobierno Federal, que contribuirá a la eliminación de las barreras, desigualdades y rezagos sanitarios que existen en nuestro país; cumpliendo, por tanto, el interés constitucional de procurar a la población, sin discriminación alguna, un adecuado estado de salud y bienestar.

3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce, en su párrafo cuarto, el Derecho Humano de todas personas a la protección de la salud, indicando que Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general de igual manera menciona que se definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social. Igualmente, en su artículo 73 fracción XVI, establece la facultad rectora de la Federación en materia de salubridad general, como facultad del Congreso de la Unión para legislar en materia de salud.

3.2 Jurisprudencia constitucional

Derivado del análisis constitucional, se considera oportuno destacar el criterio que ha tenido el máximo tribunal constitucional mexicano con base en lo establecido por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Tesis de Jurisprudencia 1a./J. 8/2019 (10a.) publicada el viernes 22 de febrero de 2019, en el Semanario Judicial de la Federación, de rubro "DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. DIMENSIONES INDIVIDUAL Y SOCIAL", se indica que: *"La protección de la salud es un objetivo que el Estado puede perseguir legítimamente, toda vez que se trata de un derecho fundamental reconocido en el artículo 4o. constitucional, en el cual se establece expresamente que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Al respecto, no hay que perder de vista que este derecho tiene una proyección tanto individual o personal, como una pública o social. Respecto a la protección a la salud de las personas en lo individual, el derecho a la salud se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva otro derecho fundamental, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica. De ahí que resulta evidente que el Estado tiene un interés constitucional en procurarles a las personas en lo individual un adecuado estado de salud y bienestar. Por otro lado, la faceta social o pública del derecho a la salud consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud. Lo anterior comprende el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin, tales como el desarrollo de políticas públicas, controles de calidad de los servicios de salud, identificación de los principales problemas que afecten la salud pública del conglomerado social, entre otras".*

Se considera necesario referir el criterio en cita, en virtud de que el presente modelo MAS-Bienestar cuenta con componentes de salud, tanto individual como colectivo, y en ciertos contextos, podría requerirse este elemento orientador por las autoridades administrativas y jurisdiccionales que requieran interpretar el presente modelo.

3.3 Ley General de Salud y sus Reglamentos

La Ley General de Salud, en su artículo 1o., establece y reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. Constitucional, fundamentando las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Asimismo, el artículo 2o. del mismo ordenamiento, señala como finalidades de este derecho, entre otras: el bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; el disfrute de condiciones de salud, servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; y la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas que carezcan de seguridad social, con el objetivo de contribuir al desarrollo social, el ejercicio pleno de las capacidades humanas, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

A su vez, en su artículo 7 fracciones I y II del citado ordenamiento, dispone que la Secretaría de Salud establece y conduce la política nacional en materia de salud, coordina el Sistema Nacional de Salud, los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines tratándose de la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social.

También señala, en su artículo 77 bis 5 apartado A, que le compete al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud, desarrollar, coordinar supervisar y establecer las bases conforme a las cuales se llevará a cabo la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social, para lo cual formulará el modelo de atención.

3.4 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

Por su parte, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, establece las bases de la Administración Pública Centralizada y menciona en su artículo 39 fracciones VI y VII la competencia rectora de la Secretaría de Salud para planear, normar, coordinar, controlar y evaluar al Sistema Nacional de Salud, con excepción a lo relativo al saneamiento del ambiente; incluyendo la conducción de la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.

Por lo que la Secretaría de Salud es la dependencia responsable de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, en coordinación con todas las dependencias del sector salud, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen.

3.5 Normas Oficiales Mexicanas

Por su parte, existen distintas Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que tienen como objetivo la regulación técnica de productos, procesos o servicios; establecen los límites permisibles, criterios y requisitos de las condiciones sanitarias que deben

3.6 Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

Aprobado por Decreto publicado el 12 de julio de 2019 en el Diario Oficial de la Federación (DOF), es el principal instrumento de planeación de esta administración, define las prioridades nacionales que busca alcanzar el gobierno, en materia de salud el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud.

En el PND-2019-2024 se establece como uno de sus principios rectores el acceso a la Salud para toda la población, de conformidad con el apartado 2, denominado "Política Social" -que garantiza los derechos de las y los mexicanos, empezando con el combate a la pobreza y a la marginación- en el rubro de salud, se establece que el Gobierno Federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024, todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos los medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos.

3.7 Programa Sectorial de Salud 2020-2024

El Programa Sectorial de Salud 2020-2024 (PSS), en consonancia con lo señalado en el PND 2019-2024, se estructura a partir de la articulación de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad: la promoción, la prevención, la detección y los tratamientos oportunos, la rehabilitación y el camino al bienestar. En ese sentido, se establecen objetivos, estrategias y acciones sobre los cuales las instituciones de la Administración Pública Federal deberán de dirigir su actuar para materializar y dar el cumplimiento respectivo al derecho de la protección de la salud, y con la finalidad de asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud se contemplan los siguientes objetivos prioritarios:

Objetivo 1	Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.
Objetivo 2	Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.
Objetivo 3	Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.
Objetivo 4	Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.
Objetivo 5	Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.

3.8 Programa Estratégico de Salud para el Bienestar

Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de septiembre de 2022, es un programa especial que atiende una de las prioridades del desarrollo integral en materia de salud pública del país y define la actuación de las entidades coordinadas del sector y de los organismos federales que participan en la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud, con lo cual se busca reivindicar el derecho de toda la población de acceder a una atención a la salud digna.

Con la finalidad de consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar, se plantea que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud colaboren de manera articulada -bajo un enfoque de derechos humanos-, a fin de garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de los planes y programas prioritarios impulsados por el Gobierno Federal.

Todo ello, en torno a la creación y sostenimiento de entornos saludables y seguros, y de otras políticas que inciden sobre los Determinantes Sociales de la Salud que propician desigualdades, para lo cual se requiere llevar a cabo un rediseño institucional a través de cuatro objetivos sobre los cuales se rige el Programa Estratégico, basado en la prestación y mejoramiento de servicios de salud para la población sin seguridad social, reduciendo de esta manera las brechas de desigualdad.

Objetivo 1	A través del cual se pretende establecer los mecanismos y procesos para el fortalecimiento de la capacidad rectora de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud con la finalidad de consolidar el Sistema de Salud para el Bienestar.
------------	---

Objetivo 2	La organización y ampliación de la operación del Sistema de Salud para el Bienestar para contribuir a garantizar la atención médica de las personas sin seguridad social.
Objetivo 3	Elaborar e implementar un Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, que permita mejorar e incrementar la calidad de los servicios de salud y del personal que proporciona atención a la población sin seguridad social.
Objetivo 4	Mejorar la infraestructura, equipamiento para la prestación de los servicios de salud, así como los sistemas de información que se encuentren operados por las entidades federativas.

3.9 Programas de Acción Específicos

Los Programas de Acción Específicos(10) (PAE) buscan fortalecer las acciones de salud pública en las entidades federativas al ser una guía para la instrumentación y evaluación de las estrategias, acciones e intervenciones propias de cada programa. Actualmente, se cuenta con un total de 22 PAE:

1. Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024.
2. Atención a la Salud de la Adolescencia 2020-2024.
3. Atención a la Salud de la Infancia 2020-2024.
4. Vacunación Universal 2020-2024.
5. Salud Mental y Adicciones.
6. Emergencias en Salud.
7. Vigilancia en Salud Pública por Laboratorio.
8. VIH y otras ITS.
9. Virus de la Hepatitis C.
10. Acceso Universal a Sangre, Hemo componentes y Células Troncales Hematopoyéticas Seguros.
11. Atención al Envejecimiento.
12. Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas Agudas.
13. Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonías, Influenza y COVID-19).
14. Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Crónicas.
15. Enfermedades Cardiometabólicas.
16. Prevención y Control del Cáncer.
17. Prevención y Control de las Enfermedades Bucales.
18. Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores e Intoxicación por Veneno de Artrópodos.
19. Políticas de Salud Pública y Promoción de la Salud.
20. Prevención y Control de las Micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra).
21. Programa de Prevención de Accidentes, Lesiones y Seguridad Vial.
22. Programa de Prevención y Control de Enfermedades Zoonóticas y Emergentes.

4. Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar

4.1 Objetivos

General

Desarrollar e implementar un modelo de atención a la salud, basado en la Atención Primaria de Salud y las funciones esenciales de la salud pública, centrado en las personas, familias y comunidades, a través de la protección y promoción de la salud, la prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, considerando la participación comunitaria y los determinantes sociales, para proteger el bienestar de la población del país, principalmente de las personas sin seguridad social.

Específicos

1. Establecer los ejes y elementos para la implementación del modelo de atención y sus mecanismos de operación en los diferentes niveles de atención y entornos de interacción social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad y calidad, a través de la atención primaria, que serán prestados en las unidades de atención médica con la coordinación de los Distritos de Salud para el Bienestar.
2. Definir los criterios para el desarrollo de los planes de acción que atiendan de manera integral las necesidades de la población, de acuerdo con los problemas de salud y determinantes sociales de la comunidad, mediante la coordinación y participación intersectorial.

3. Vincular los tres niveles de atención a través de redes integradas de servicios de salud, garantizando el acceso efectivo y oportuno, así como la continuidad de la atención a todas las personas con la concertación de los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar.
4. Integrar la gestión de salud poblacional y acciones comunitarias en la planeación, organización y operación de los servicios de salud, con la coordinación de los Distritos de Salud para el Bienestar.
5. Definir la regionalización de los establecimientos y equipos de salud para coadyuvar a la cobertura universal de los servicios de salud.

4.2 Definición del Modelo

El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (*MAS-Bienestar*) es el esquema de cuidados integrales que conjunta los recursos, herramientas, las estrategias, procesos y procedimientos que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad e incluye los servicios personales y los de la salud colectiva.

El *MAS-Bienestar* se basa en un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades, centrado en las personas, familias y comunidades, desde una perspectiva de derechos humanos y equidad de género, respetando la cultura y la cosmovisión de las diferentes comunidades y grupos poblacionales. Tiene una visión holística sobre los determinantes sociales de la salud presentes a nivel local para brindar a las personas una atención integral basada en sus necesidades de salud y demandas de atención.

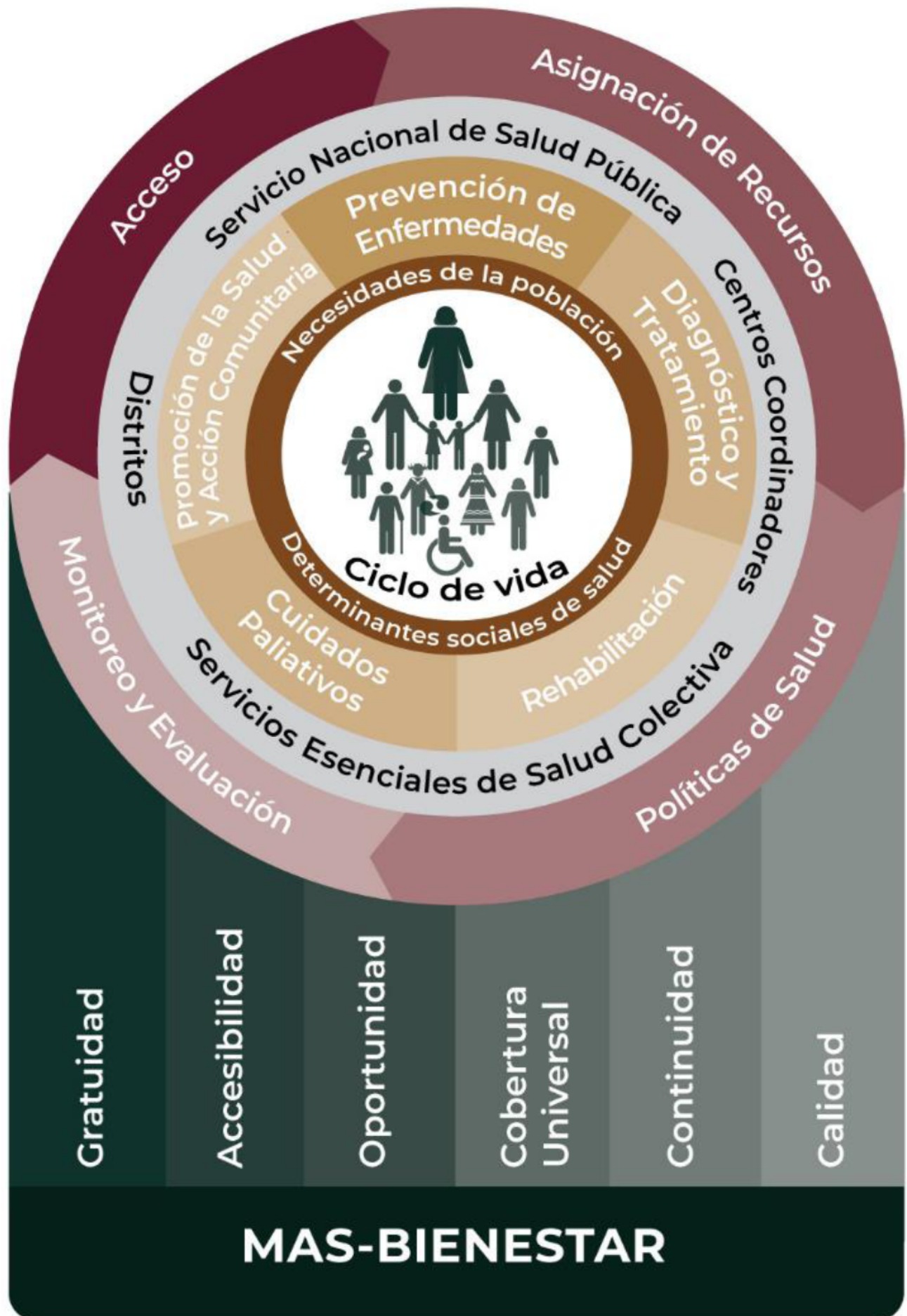
Es necesario enfatizar que una atención centrada en las personas, de modo inequívoco, debe ser equitativa, sin ningún tipo de distinción por edad, género, estado civil, religión, discapacidad, cultura, situación migratoria, orientación sexual, lengua, origen étnico, ubicación geográfica, condición socioeconómica o cualquier otro motivo.

El *MAS-Bienestar* se presenta de forma gráfica en la Figura 2. En el centro del modelo se encuentran las intervenciones necesarias para potenciar el bienestar individual, familiar y colectivo a lo largo del ciclo de vida, actuando sobre los procesos de determinación social y ambiental de la salud, con pertinencia cultural y perspectiva de género e interculturalidad y consideración al ciclo de vida de las personas en los diferentes niveles de atención. En la segunda capa se muestran la organización de los servicios y el proceder general para la atención médica de la población a través de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica, rehabilitación y cuidados paliativos. En la tercera capa se muestran la organización para las intervenciones en salud colectiva, todas ellas basadas en las funciones esenciales de la salud pública que se muestran en la cuarta capa.

Este Modelo integra también valores bajo los cuales, en el orden de garantizar el derecho a la salud, éste se soporta, y los cuales se muestran en la base de la figura:

1. *gratuidad y cobertura universal*, con el propósito de evitar el gasto de bolsillo de las familias y reducir el impacto financiero que ocasiona la búsqueda y atención de la salud;
2. *accesibilidad*, asegurando el propósito de buscar servicios médicos minimizando las barreras culturales, económicas, geográficas o sociales;
3. *oportunidad*, atendiendo en tiempos razonables la demanda de servicios de salud preventivos y curativos de las personas;
4. *continuidad*, articulando los tres niveles de atención, particularmente ante el reto de las enfermedades crónicas; y
5. *calidad*, fortaleciendo la capacidad estructural, técnica e interpersonal, para el desempeño de los servicios personales y colectivos.

Figura 2. Representación gráfica del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (*MAS-Bienestar*)



4.3 Ejes de intervención

En el *MAS-Bienestar* se consideran cinco ejes principales que sustentan las intervenciones para la atención integral a lo largo de la vida, basadas en los niveles de prevención⁽¹¹⁾ para posicionarlos en todos los rubros de intervención. A continuación, se describe la ruta de cada eje y cómo considerarlos para su desarrollo:

1. Promoción de la salud

La promoción de la salud procura crear entornos y condiciones en las que las personas pueden ser saludables, promoviendo y reforzando los comportamientos positivos, teniendo en cuenta las relaciones causales recíprocas que incluyen factores del comportamiento, sociales, comerciales, económicos y ambientales, es decir, va mucho más allá del tratamiento individual, la detección precoz y la prevención de enfermedades, destacando la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud sin que nadie se quede atrás.⁽¹²⁾ En la reciente publicación de la OPS "Estrategia y Plan de Acción sobre promoción de la salud en el contexto de los ODS 2019-2030 se proponen 4 líneas estratégicas de acción esenciales para promover la salud: 1) Fortalecer entornos saludables, 2) Facilitar la participación y empoderamiento de la comunidad, 3) Fortalecer la gobernanza y acción intersectorial para el abordaje óptimo de los determinantes sociales de la salud, y 4) Fortalecer los sistemas y servicios de salud.

La organización comunitaria establecida en el *MAS-Bienestar* es el catalizador primordial para dar cumplimiento a las funciones antes mencionadas en el ámbito de las unidades médicas, especialmente en el contexto de la 4ª línea estratégica. En el contexto más amplio, serán los DSB los encargados de coordinar las intervenciones en las áreas de responsabilidad, en las otras 3 líneas estratégicas.

2. Prevención de enfermedades

Dentro de la prevención de enfermedades en el *MAS-Bienestar* se contemplan dos ejes principales; la protección específica y la detección temprana, los cuales permiten tener intervenciones puntuales que previenen padecimientos particulares, así como la identificación de la enfermedad previa a sus manifestaciones clínicas, para un abordaje oportuno y limitación del daño al individuo.

Protección específica

Se define como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a proteger a las personas que presentan un riesgo específico, con el fin de mitigar la presencia de la enfermedad. Las acciones principales en este rubro son las dirigidas a cumplir con el Programa de Vacunación Universal, atención preventiva en salud bucal, promoción de la lactancia materna, rehidratación oral, gammaglobulinas antitetánica y antirrábica, micronutrientes, vitaminas, entre otros que se definan por los programas prioritarios de la Secretaría de Salud, incluyendo abordajes dirigidos a los individuos, pero con objetivos poblacionales como son la anticoncepción de emergencia o el tratamiento pre exposición y post exposición para la prevención de VIH.

Detección precoz

Su propósito es detectar las enfermedades en estadios o momentos tempranos, donde es posible ofrecer a las personas una alternativa para revertir el daño, controlar la enfermedad, evitar las complicaciones o la muerte. Las acciones que están encaminadas a este eje son principalmente los programas de tamizaje o cribado de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, donde necesariamente las personas puedan tener acceso oportuno a un tratamiento específico, como por ejemplo en el cáncer con programas de detección o tamizaje dirigidos a localizar el tumor en el órgano de origen antes de que invada tejidos cercanos y órganos distantes, o detectar una lesión precancerosa en algunas localizaciones tumorales, o síntomas de psicopatología como el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Las estrategias específicas de detección precoz y su forma de llevarlas a cabo desde las unidades de atención seguirán las especificaciones definidas en los programas de acciones específicas prioritarios de Salud Pública de la Secretaría de Salud federal.

3. Diagnóstico y tratamiento

Una vez que la enfermedad manifiesta signos y síntomas, las intervenciones médicas más relevantes son el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado.

Diagnóstico oportuno

Este rubro incorpora la detección temprana de enfermedades crónicas y la posibilidad de establecer un tratamiento temprano que permita disminuir o aplazar la ocurrencia de complicaciones secundarias, costos sociales y económicos innecesarios o previsibles. Como ejemplo en el caso de la Diabetes Mellitus, en donde los cambios positivos en el estilo de vida, las personas podrían prevenir esta condición cuando se detectan en un estado de prediabetes, o bien, evitar complicaciones graves como la insuficiencia renal al controlar adecuadamente sus niveles de glucosa en la sangre.

Se debe establecer que los diagnósticos se hagan de acuerdo con las normas o protocolos aplicables para las diferentes enfermedades y definidos estratégicamente por los programas prioritarios de Salud Pública de la Secretaría de Salud, y se gestione y administre adecuadamente el equipamiento, recursos e insumos para los diferentes procesos de las áreas auxiliares de diagnóstico.

Tratamiento

Consiste en indicar, ministrar y otorgar los procedimientos, alternativas terapéuticas, medicamentos y acciones de cuidado o preventivas para restablecer y/o mantener la salud física y mental de las personas. El Modelo en este eje tiene como propósito guiar las acciones hacia un tratamiento oportuno, efectivo, eficiente y continuo para la limitación del daño evitando complicaciones y deterioro en la calidad de vida, que tome en cuenta a las personas en la toma de decisiones.

4. Rehabilitación

La rehabilitación es el conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con estas condiciones de salud, en la interacción con su entorno. Estas condiciones pueden ser enfermedades agudas o crónicas, trastornos mentales o físicos, lesiones, síndromes geriátricos, anomalía congénita o traumatismo. Es por ello que parte de este eje está considerado para otorgar a las personas beneficiarias servicios que les brinden apoyo para limitar el daño por discapacidad. En la operatividad esto se aplica en las unidades de rehabilitación y terapia física, o bien en la orientación que pueda brindar el personal médico y de enfermería de primer contacto capacitado en el tema.

5. Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus familiares cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.(13) Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Este rubro es una gran área de oportunidad que se debe fortalecer en todos los niveles de atención, sobre todo en el Primer Nivel de Atención para otorgar los cuidados paliativos en las unidades médicas y en los domicilios de las personas.

4.4 Elementos del Modelo

El *MAS-Bienestar* se basa en los cinco elementos de la prestación de servicios de salud establecidos en el marco conceptual de la Atención Primaria de Salud:(14) 1. gestión de la salud poblacional, 2. organización y gestión de los servicios, 3. acceso, 4. servicios de atención primaria disponibles y efectivos, y 5. Atención centrada en las personas basada en los atributos principales de la APS (accesibilidad, continuidad, integralidad y coordinación,), los cuales se describen a continuación.

1. Gestión de la salud poblacional

El *MAS-Bienestar* considera la gestión de la salud poblacional participativa como un enfoque que integra el alcance proactivo y el compromiso con la comunidad en la prestación de los servicios de salud. Cambia de una atención reactiva a una atención proactiva de los grupos poblacionales que atiende.(15)

La gestión de la salud poblacional parte del conocimiento de la población bajo su responsabilidad a través de un censo elaborado de manera coordinada con el DSB, y un Análisis de la Situación de Salud (ASIS) participativo que permite identificar las necesidades de salud, priorizarlas de manera conjunta con la comunidad, para interactuar activamente con éstas y respaldar el acceso equitativo, de igual forma permite planificar e implementar de manera eficaz una amplia gama de estrategias; es decir se abordan los procesos de a) identificación de las necesidades de salud (desde factores de riesgo y estados de salud), b) estratificación (de acuerdo a los grados o niveles de salud de la población), c) focalización (se aplican estrategias de promoción de la salud, prevención o tratamiento de acuerdo a estratificación), d) seguimiento (para garantizar la continuidad de la atención). A continuación, se describen los componentes esenciales de este proceso de gestión:

1. Establecimiento de prioridades de la comunidad.
2. Participación comunitaria.
3. Asignación poblacional de responsabilidad al equipo de salud.
4. Búsqueda proactiva de la población.

Establecimiento de prioridades con la comunidad

Mediante este proceso se identifican las percepciones y prioridades de salud con la comunidad, lo que permite elaborar planes de acción que incluyen la atención a las necesidades locales e incorporar las prioridades nacionales y regionales, a través del Análisis de la Situación de Salud.

En el Análisis de la Situación de Salud se revisa la carga de enfermedades y las causas de mortalidad y morbilidad de la comunidad y se complementan con datos sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Se basa tanto en la información que se recaba en las unidades médicas, como en la información que recaban los promotores de salud y la comunidad por medio de la organización comunitaria, los comités de salud, voluntarios y el equipo de salud mismo. Es importante que, para contar con el establecimiento eficaz de prioridades, la información del diagnóstico se base en datos locales sólidos obtenidos por los participantes antes mencionados y que sea de conocimiento de manera agregada tanto de la comunidad como del equipo médico.

La identificación de prioridades permite que los servicios se adapten a la comunidad, a las necesidades clínicas y a la conciencia cultural, con lo que se logra: mayor eficiencia, mejor estado de salud, respeto y confianza entre los beneficiarios y el personal, atención centrada en las personas y mayor capacidad de respuesta, mayor equidad y aprovechamiento por parte de la comunidad.

Participación de la comunidad

El *MAS-Bienestar* incluye a la comunidad en todos los aspectos de diseño, planificación, gobernanza y prestación de los servicios de atención sanitaria. La participación comunitaria es un componente central de la administración eficaz de la salud poblacional y ayuda a garantizar que los servicios se adapten adecuadamente a las necesidades y valores de la población, ya que permite generar información sobre los factores de riesgo, necesidades de atención y focalización de los servicios a quien más lo necesita.

La participación comunitaria incluye capacidades para evaluar y analizar la situación, diseñar enfoques específicos al contexto, planificación, definición de roles y responsabilidades. El método para integrar formalmente la participación de la comunidad en el sistema de salud es la conformación de un comité de salud, el cual desempeña una variedad de funciones que se encuentran en la intersección entre la participación de la comunidad, la responsabilidad social y la organización de los servicios de salud.

Asignación poblacional a equipo de salud

Es un proceso de definición de población asignada a los Equipos de Salud (ES), quienes tienen la responsabilidad de identificarla y brindarle atención integral, de forma tal que las personas conocen no sólo la unidad de salud que los atiende, sino también al personal médico y de enfermería designado para velar por su salud.

Es la base organizativa para la administración de la salud poblacional y permite que el Sistema de Salud:

- Mejore el valor en salud a través de optimización de resultados centrados en las personas, lo que permitirá reducir los costos, mejorar la experiencia de las y los usuarios y los resultados de salud.
- Responsabilice a los equipos de salud y prestadores de servicios respecto a la administración de la salud y los indicadores de resultado de la misma, de un grupo específico de personas que les corresponda.
- Proporcione información poblacional que facilite interpretación de datos, de recetas y uso de medicamentos, de identificación de comportamientos y hábitos de riesgo, estratificación, focalización de la atención y seguimiento proactivo.
- Involucre a la población en la mejora de los resultados de salud al garantizar la responsabilidad de un grupo de personas al ES, lo que permite generar cambios de apoyo para el mejor control de las enfermedades crónicas a nivel familiar y dar una atención proactiva que permita vigilar el cuidado continuo que requieren las enfermedades crónicas.

En la implementación del *MAS-Bienestar* como en la APS(16), los recursos humanos son una pieza clave. El modelo integra EBS en el primer nivel de atención, compuesto por un profesional médico y dos de enfermería por hasta 3,000 personas, así como un promotor de salud por cada 3 consultorios en el área urbana y por cada 10 consultorios en el área rural, como un mínimo que permita la transición paulatina hasta lograr la cobertura necesaria.

Su implementación requiere cambios en la cultura y organización en la prestación de los servicios de salud, en los esquemas conjuntos de capacitación, así como cambios en la educación formal. También es necesario que el personal de salud comprenda sus funciones y responsabilidades, donde el papel de los entes regulatorios es crucial.(17) La atención de salud basada en equipos facilita la atención centrada en las personas, debido a que la atención conlleva la participación de más de un actor y se espera que sea más integral, accesible y permita satisfacer las necesidades de salud. Mientras que, por otro lado, también existe el riesgo potencial de que la comunicación con los beneficiarios sea fragmentada y sin coordinación entre el personal sanitario, debiendo la supervisión reducir estos riesgos.

Algunas de las acciones necesarias para lograr ese cometido serán identificar claramente la población objetivo y sus necesidades, fortalecer las estructuras de organización, definir los procesos establecidos para la atención y contar con otros mecanismos de apoyo como la capacitación, que permitan facilitar y mantener una comunicación efectiva entre los miembros del equipo y entre el equipo de salud y la población objetivo.(18)

El enfoque de equipos no es un esquema aislado, que se espera sea adoptado solo en contextos con recursos suficientes. Este enfoque se basa en las estrategias de distribución equitativa de funciones (ampliación de roles y redistribución de tareas) las cuales se utilizan en contextos de recursos limitados en cuestiones específicas.(19)

1. **Ampliación de roles:** se refiere al proceso en el que se trasladan tareas o procedimientos específicos entre el personal de salud de mayor grado de especialización hacia quienes tienen menor especialización, pero competencias suficientes para realizar ciertos procedimientos o tareas.
2. **Redistribución de tareas:** permite que los roles se redistribuyan al interior o entre los equipos de salud según las necesidades y la generación de evidencia científica para un mejor aprovechamiento de los recursos humanos en salud dentro de un sistema

Búsqueda proactiva de la población

Es una estrategia que permite llegar a los grupos vulnerables para vincularlos a procesos de prevención y promover el acceso oportuno a los servicios de salud e Incluye la provisión activa de servicios sanitarios más allá de las unidades de salud. El personal de salud, voluntarios y otros agentes de la comunidad participan en las siguientes actividades: búsqueda activa de las personas; actividades de promoción de la salud, autocuidado y educación; identificación de casos agudos, menores con esquemas incompletos de vacunación, adultos mayores con dependencia moderada y mujeres embarazadas que necesitan derivaciones a las unidades de salud; atención comunitaria integrada para enfermedades crónicas, incluyendo condiciones de salud mental, salud pediátrica, servicios de anticoncepción, seguimiento de la adherencia al tratamiento, administración de la atención con estratificación de riesgo e incluso, cuidados paliativos en comunidades y hogares.

Los promotores de salud realizan, integran y comunican al líder del EBS el censo nominal de personas de la comunidad con enfermedades crónicas, adultos mayores con dependencia y otras condiciones de riesgo, con el propósito de fomentar la utilización de los servicios de salud por parte de dichas personas y favorecer el seguimiento y mantenimiento de su salud en el hogar.

2. Organización y gestión de los servicios

Está compuesto por cuatro subelementos que abordan componentes de la fuerza laboral, herramientas de control y las competencias individuales. Las estrategias dirigidas a mejorar el servicio a la población a través de este elemento tienen un mayor alcance y son la mejor opción para cualquier contexto, debido a que la mejora en el servicio puede depender en gran medida de las estructuras, los sistemas y las capacidades preexistentes.(20)

Organización de la atención basada en equipos

El *MAS-Bienestar* contempla la atención eficaz en equipo con dos componentes centrales: una composición integral del EBS y una sólida cultura de equipo centrada en la comunicación, el respeto, la confianza y la práctica colaborativa entre sus miembros. Estos EBS se encuentran definidos en el capítulo 6.1 Primer nivel de atención.

Capacidad y liderazgo en la administración de las unidades de salud

El *MAS-Bienestar* requiere de capacidades de los directivos y líderes de los servicios de salud para establecer objetivos, coordinar operaciones, manejar recursos humanos y establecer relaciones externas a los servicios y hacia los pacientes. Así mismo, debe favorecer que los líderes tengan y desarrollen competencias y habilidades para involucrar a la fuerza laboral y administrar de manera efectiva los servicios de salud. El desarrollo de estas competencias se incluye en el capítulo 6.6 Capacitación.

Uso de sistemas de información

Es indispensable la utilización efectiva de los datos que se producen a nivel de la unidad de salud a través de los sistemas de información existentes, para coordinar la atención, monitorear el desempeño, impulsar la gestión y estimar los indicadores administrativos, y de vigilancia e impacto de la atención. El uso de sistemas de información incluye el registro, la recopilación y presentación de informes de salud pública, los datos de las unidades y el uso de estos. Lo anterior, con el fin de establecer prioridades, propósitos clínicos, estratificación de riesgos, medición y administración del desempeño en todos los niveles de atención. Requiere: 1) la identificación individual de las personas atendidas, registro, recopilación e interpretación de datos; 2) uso de los datos para el establecimiento de prioridades y el seguimiento del desempeño; 3) analizar e informar los datos a las partes interesadas; y 4) incrementar la capacidad del personal para utilizar los sistemas de información (véase subcapítulo 6.8 Sistemas de información).

Medición y administración del desempeño

El Modelo considera el proceso de monitorear el desempeño con base en los objetivos establecidos, así como implementar y adaptar los esfuerzos de mejora. Este componente se desarrolla ampliamente en el capítulo 6.7 Supervisión y asesoría.

3. Acceso

El acceso efectivo se refiere a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, administrativo, social, financiero, organizacional o identidad que limite el acceso de las personas a los servicios públicos de atención integral a la salud. Para ello, primero debe haber servicios de calidad disponibles con presencia de personal de salud competentes y motivados, evaluación de resultados e insumos completos,(21) segundo, los servicios deben estar disponibles en cantidad y distribución geográfica, con infraestructura y tecnología suficientes y programas pertinentes; tercero, deben ser accesibles, geográfica y económicamente, y con tiempos de espera razonables; y cuarto, deben ser aceptables para los diferentes grupos en términos de diversidad de género, culturas y etnias y contar con personal con formación intercultural. La APS efectiva también requiere que el personal de salud sea competente y las y los usuarios establezcan relaciones participativas con una base de confianza, respeto y empatía.

Para el acceso efectivo a los servicios de salud, es importante el acceso oportuno, que incluye el conjunto de circunstancias relativas a recibir atención en el tiempo requerido, vinculando con la ubicación geográfica de la población logrando que la red de servicios llegue a las y los usuarios, superando las barreras de acceso que puedan existir.

Se considera que la distancia a recorrer desde las viviendas de las personas a la unidad de salud más cercana no demore más de media hora en el medio de transporte habitual y que caminando la distancia no sea mayor de 7 kilómetros, salvo en las zonas rurales con alta dispersión de la población.(22)

Los servicios de salud deben ser accesibles también en horarios ampliados, con atención los fines de semana para quienes así lo requieren por condición de empleo, estudio u otras limitantes. Además, el Modelo avanzará hacia la implementación del uso de las tecnologías de la información y comunicación, así como la telemedicina para favorecer el acceso a distancia para procesos de consejería y atención en salud. De acuerdo con la factibilidad local, se desarrollarán estrategias para reducir las barreras de acceso como son sistemas de transporte basados en la comunidad, así como mecanismos de apoyo por parte de la red de traslado comunitario.

4. Servicios de atención primaria disponibles y efectivos

Formación y entrenamiento del personal de salud

El acceso a la atención de calidad se mejorará ajustando y adecuando tareas y responsabilidades con las competencias del personal, por lo que las competencias deben ser desarrolladas de forma continua. Se busca expandir roles y responsabilidades para ofrecer atención integral e integrada, donde el EBS participe de las funciones de sus compañeros de acuerdo con sus capacidades y competencias, sin limitar las acciones a un personaje en específico.

Implementar iniciativas motivacionales para reducir el ausentismo

El *MAS-Bienestar* contempla los factores motivacionales para reducir el ausentismo y la rotación frecuente del personal cuando sea posible, tales como la supervisión de apoyo, autonomía adecuada, reconocimiento sistemático, mayor escalafón y desarrollo profesional para los trabajadores.

Competencia del personal

Las competencias profesionales del personal de salud de atención primaria deben estar enfocadas a la resolución efectiva de los problemas vinculados al proceso de salud y enfermedad de las personas, de las familias y la comunidad donde prestan sus servicios. Las competencias deben abordar una perspectiva a lo largo de todo el ciclo vital, con gestión de los recursos territoriales y con la red de servicios de apoyo para referencia y contra referencia o facilitar el uso de exámenes de laboratorio y gabinete. Además, deben lograr competencias actitudinales y habilidades blandas de comunicación efectiva, buen trato y amabilidad, que le permitan construir relaciones profesionales empáticas, respetuosas y asertivas con usuarios y con otros miembros del equipo de salud. Debe incluir capacitación continua y actualización normativa y médica. El *MAS-Bienestar* busca contar con una fuerza de trabajo competente ya que es esencial para lograr la visión de una APS de alta calidad para todos, por lo que se brindará capacitación continua (véase capítulo 6.6 Capacitación).

Respeto y confianza entre las personas y el personal de salud

El respeto, empatía y la confianza en un entorno de salud deben ser recíprocos entre las personas y el personal de salud; es una parte fundamental de la calidad de la experiencia de la atención y, a menudo, está influenciado por las percepciones del paciente sobre las actitudes, la competencia y los comportamientos afectivos del prestador de servicios. Se debe generar confianza con la población atendida, cumpliendo sus expectativas en relación con la atención de sus necesidades percibidas. Se deben implementar estrategias de trato digno y humano con el personal de salud, así como promover el respeto por la identidad profesional y práctica colaborativa interprofesional.

Seguridad de la atención

Además del Modelo de Seguridad del paciente y los paquetes de acciones para la prevención de riesgos en la prestación de servicios, la seguridad de la atención comprende ocho acciones esenciales para la seguridad del paciente: Identificación del paciente, Comunicación Efectiva, Seguridad en el proceso de medicación, Seguridad en los procedimientos, Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas, Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas y cultura de seguridad del paciente.

5. Atención de calidad centrada en las personas (atributos principales de la APS)

Para la transformación de los servicios de salud a la atención primaria de calidad se requiere, según Barbara Starfield(23), que las unidades médicas en el primer nivel de atención garanticen el acceso de primer contacto, ofrezcan servicios integrales, exista coordinación al interior y entre los servicios y se garantice la continuidad de la atención.

Accesibilidad o primer contacto

Los principios que se espera guíen al garante de los derechos (personal de salud) cuando facilita y proporciona los servicios incluyen la idoneidad, disponibilidad, adaptabilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad(24). La accesibilidad de primer contacto no solo se refiere al acceso físico, sino a la asequibilidad y la no discriminación, ya que los servicios requieren adaptarse a la visión de interculturalidad de las personas a quienes se prestan los servicios. Todas las personas deben tener acceso a los servicios en el primer nivel de atención de la manera y en el momento que lo necesiten. Para ello el acceso a los servicios en el primer nivel crecerá con la apertura de los servicios en el turno vespertino y los fines de semana, así como mejorará en la confianza de la población en el EBS.

Continuidad de la atención

La atención ininterrumpida de las personas incluyendo a los grupos vulnerables de la población, embarazadas y personas con enfermedades crónicas considerada en un expediente clínico organizado, con registro de las referencias y contrarreferencias se mejorará con la gestión de salud personalizada, que permitirá dar seguimiento a consideraciones particulares como son: los cambios de afiliación a la seguridad social y el tránsito de los pacientes entre los sistemas; la búsqueda activa de la población por el personal de enfermería y promotores de salud como gestores de la atención, labor que será apoyada por los DSB para garantizar la continuidad de la atención que necesita cada persona según sus padecimientos y necesidades.

Atención integral

La focalización de acciones de acuerdo con estrato de salud, así como una visión integral de las personas, permitirá que no solo sean atendidas por un padecimiento al acudir a la atención, se aprovechará su presencia para la realización de las acciones preventivas correspondientes. Además, la atención en los tres niveles de los servicios de salud ayudará a mejorar la atención preventiva, curativa y rehabilitadora que se plantea en los ejes de intervención durante el ciclo de vida.

Coordinación

La participación de todo el personal de salud en la coordinación de la atención durante la prestación del servicio, incluyendo las referencias a otros establecimientos de salud, será fundamental. Las RISS que se presentan en el capítulo 8 ayudarán a mejorar la coordinación entre los establecimientos de salud disponibles en las entidades federativas.

4.5 Entornos de aplicación operativa

Una vez definido el plan de acción con base en los ejes previos, y a fin de operar el *MAS-Bienestar*, se requiere hacer efectiva la atención sanitaria fuera de las unidades de salud, por lo que las intervenciones deberán aplicarse en los diferentes entornos que impactan en la salud de la población.(25)·(26) Los principales entornos son el hogar, el comunitario, el escolar y el laboral. La responsabilidad de la coordinación de las intervenciones dirigidas a mejorar los entornos es de la Secretaría de Salud y los DSB, contarán con el apoyo de los EBS para fortalecer las acciones a nivel local en las áreas de cobertura de cada unidad de primer nivel de atención, especialmente enfocado en el entorno familiar.

Familiar

En este escenario se debe estudiar el comportamiento familiar y su relación con el entorno, ciclo de vida, diagnóstico sanitario, interpretación y procesos de desarrollo de intervención educativa y preventiva, atención médica y/o psicológica, familiar, según el diagnóstico de salud y el análisis de riesgo. Para fomentar la participación de la familia en la promoción de la salud, prevención de riesgos, rehabilitación y recuperación, así como el control de riesgos sanitarios y prevención del entorno; así como los cuidados continuos de las personas en el hogar (importante en la atención de los adultos mayores, las personas con padecimientos crónicos y de salud mental y adicciones, etc.), evitando la práctica tradicional de los cuidados en el hogar de los enfermos que recae en los integrantes del sexo femenino. Dada la necesidad de trabajar directamente con las personas involucradas en este entorno (familiar) las acciones e intervenciones deberán ser coordinadas y ejecutadas desde las unidades de servicios de atención médica.

Comunitario

En el ámbito comunitario es fundamental promover la organización, el fortalecimiento de líderes comunitarios, la participación de las familias y otros factores sociales para el desarrollo de la comunidad a través de la formación de redes de apoyo y grupos

educativos según el ciclo de vida y vulnerabilidad (mujeres embarazadas, adolescentes, enfermos crónicos, personas mayores, entre otros) para la promoción de la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación y recuperación, así como el control de riesgos sanitarios como son la falta de agua potable y el manejo de aguas residuales o la falta de control de vectores, la promoción de entornos saludables y mitigación de daños ante desastres naturales. En este caso, la coordinación y planeación estratégica y operativa se deberá realizar desde los DSB, con el apoyo en caso necesario del personal de salud adscrito a las unidades de primer nivel responsables de la atención médica de la zona o comunidad que se deba intervenir.

Escolar

En este apartado es fundamental establecer coordinación con el personal docente para fomentar la participación de la comunidad educativa en la promoción de la salud, prevención de riesgos, rehabilitación y recuperación, así como la organización de comités para prevenir riesgos sanitarios y protección del entorno. Deben desarrollarse actividades específicas de prevención para conservar y proteger la salud de la población escolar y sus familias, como son: vacunación, prevención de accidentes, evaluación y vigilancia nutricional, suplementación de micronutrientes, atención odontológica preventiva, referencia oportuna, promoción de la salud mental educación integral en sexualidad, prevención de embarazo adolescente, prevención de la violencia de género y sexual, prevención de adicciones, educación sobre prevención de daños y mitigación de desastres, lo que potenciará a los estudiantes de todos los niveles como agentes de cambio en su familia. Al igual que para los entornos comunitarios, estas acciones se coordinarán y operarán desde los DSB.

Centros laborales

Las Unidades Médicas colaborarán con los DSB, basados en las actuales Jurisdicciones Sanitarias, generando las condiciones para que todos los ambientes laborales, sobre todo los de origen informal como los mercados informales o microempresas de comida callejera sean factor de promoción de la salud integral, tanto de los trabajadores como de la comunidad en la que están inmersos. El énfasis debe estar en la promoción de acciones que disminuyan la informalidad de los negocios y la ocurrencia de enfermedades y/o accidentes laborales, y evitar que influyan en el agravamiento de otras enfermedades comunes, tales como enfermedades crónicas degenerativas, estrés o adicciones. Estas acciones también serán coordinadas desde los DSB y deberán coordinarse también con estrategias que las diferentes instituciones de seguridad social que promueven la formalidad y las ventajas de la seguridad social.

Unidades de salud

Las unidades de salud de los tres niveles de atención deben realizar intervenciones intra y extramuros, según la tipología de la unidad y las normas establecidas para las intervenciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención asistencial de acuerdo con la morbilidad por grupos de edad, rehabilitación, recuperación, referencia, paliación y reinserción social según los procesos establecidos en este Modelo y en la normativa vigente aplicable. Al estar dirigidas principalmente a los usuarios y trabajadores de las unidades de salud, las acciones e intervenciones deberán ser coordinadas y operadas en las unidades de salud bajo la normatividad que defina la Secretaría de Salud.

4.6 Acciones conforme al ciclo de vida

Para otorgar una atención integral se deben estratificar los grupos de edad, ya que cada uno de ellos tiene características y necesidades en salud específicas. Las acciones de promoción, educación para la salud, prevención y protección de enfermedades, así como las detecciones oportunas, apoyo nutricional, actividad física y salud mental, se realizarán de acuerdo con la línea de vida de las personas y a la definición de prioridades programáticas emitidas por la Secretaría de Salud en sus programas prioritarios, lo cual aplica tanto para la acción comunitaria como para la atención en las unidades de los tres niveles basados en las jornadas, estrategias y programas sectoriales de salud pública. En el caso de las unidades médicas, se deberán otorgar las acciones de acuerdo con el tipo personas que atiendan y las especialidades que brinden según la capacidad instalada.

Las acciones esenciales para en los diferentes programas preventivos sectoriales y atender los principales problemas de salud de las personas, basados en la edad, son las siguientes (Ver Anexo 2. Acciones esenciales por grupos de edad):

1. Promoción y educación de la salud.
2. Nutrición y actividad física.
3. Prevención, vacunación y protección específica de enfermedades, incluyendo salud mental.
4. Detección de enfermedades.
5. Salud sexual y reproductiva.
6. Atención médica y cuidados de enfermería.

Es importante resaltar que las acciones específicas por grupo de edad deben actualizarse de acuerdo con el cambio de prioridades en salud pública que se fijen por parte de la Secretaría de Salud, como instancia rectora del Sector.

5. Atención colectiva

Conforme al panorama internacional y nacional de la Salud Pública, es necesario plantear una modernización estratégica, técnica y operativa de la práctica de la Salud Pública en México. Bajo una conducción fortalecida por parte de la Secretaría de Salud y con un esquema que permita brindar servicios de salud pública integrales, con equidad, efectividad y responsabilidad social frente a los retos poblacionales, epidemiológicos y de salud pública que experimenta la población. La modernización estratégica se conforma de varias estrategias y líneas de acción para la creación de un Servicio Nacional de Salud Pública, los Distritos de Salud para el Bienestar, los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar y las Redes Integrales de Servicios de Salud. De esta manera se garantiza que las FESP sean ejercidas sectorialmente y conlleven una visión y práctica de la salud pública integral y de las prioridades nacionales, sin perder la oportunidad de focalizar acciones en distintas áreas temáticas, según lo requieran las condiciones sociodemográficas, económicas, culturales, ecológicas y ambientales en los territorios.

5.1 Servicio Nacional de Salud Pública

Se plantea la creación del Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP), un cuerpo de protección en materia de salud colectiva, integrado por personas entrenadas para el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública, con el objeto de mejorar la salvaguarda y protección de la salud poblacional. Con la misión de salvaguardar y promover la salud individual y colectiva, y el bienestar de las personas y las comunidades y llevar a cabo acciones de colaboración y coordinación entre los componentes del sector salud.

Organización y funcionamiento

A través de su operación, el SNSP busca dejar atrás la concepción compartimentada y verticalizada de la operación en salud pública, que hoy se refleja en la existencia de múltiples programas verticales específicos para determinadas enfermedades o temas, y da paso a una práctica de salud pública de naturaleza integral, incluyendo desde su diseño, los factores sociales, económicos, comerciales, políticos y del entorno que determinan la salud poblacional.

En ese sentido, el SNSP será un cuerpo dedicado totalmente a la implementación y acción ejecutora en salud pública, encargado de llevar a cabo las intervenciones necesarias para la atención de la salud colectiva con dos objetivos: que las acciones en salud colectiva se centren en las personas y en su bienestar integral, y comprender por qué y cómo las intervenciones producen dichos resultados. El SNSP será el brazo operativo de la Secretaría de Salud en materia de salud pública mediante estrategias de despliegue territorial y del más cercano contacto poblacional que permitan, en coordinación con los prestadores de servicios de atención médica, traducir la retórica de la APS en una realidad e implementación funcional puesta al servicio de las personas.

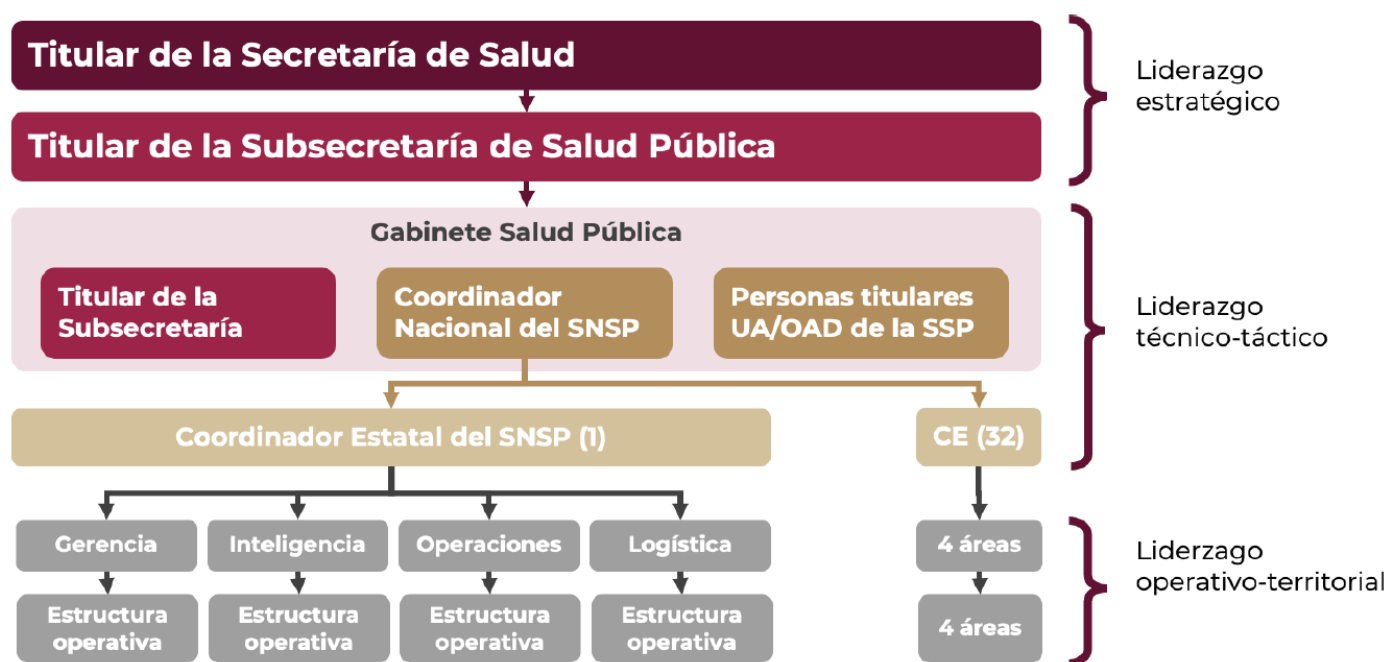
Para su conformación, el SNSP integrará en un solo cuerpo de trabajo a todas las personas servidores públicas que actualmente realizan funciones operativas en salud pública y se encuentran dispersas entre las diversas unidades administrativas y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, así como todas aquellas adscritas a los Servicios Estatales de Salud y que son financiadas mediante recursos federales, indistintamente de su rama de clasificación actual, médica o administrativa. Institucionalmente, el SNSP estará adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Actualmente, en esta unidad administrativa y sus áreas adscritas es donde se encuentran inmersas gran parte de las funciones operativas antes descritas.

Organización estratégica y operativa

El SNSP conforma una organización que operará en todo el territorio nacional que realiza sus operaciones mediante una estructura jerárquica que comprende tres niveles (Figura 3). Dicha estructura permitirá que las decisiones en salud pública se operen de manera transversal y que la priorización sea ejercida de manera coordinada y directa desde la Federación hasta el territorio de aplicación o de impacto.

1. Liderazgo estratégico
2. Liderazgo técnico-táctico
3. Liderazgo operativo-territorial

Figura 3. Organización estratégica del SNSP



Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, el SNSP está organizado en cuatro secciones de trabajo tituladas: Gerencia, Operaciones, Inteligencia, y Logística, cada una con una funcionalidad específica. Toda persona integrante del SNSP pertenece a alguna sección de acuerdo con sus funciones. Estas secciones se observan en vinculación con la organización estratégica en la Figura 3 y se detallan operativamente en la Figura 4.

Figura 4. Secciones de trabajo del Servicio Nacional de Salud Pública

Fuente: Elaboración propia.

Descripción de las 4 secciones de trabajo: gerencia, operaciones, inteligencia y logística**De la Sección Gerencia**

Corresponde a las personas servidoras públicas integrantes de la sección Gerencia realizar las funciones de coordinación y rectoría al interior del SNSP. A través de ellas se llevará a cabo la evaluación del desempeño operativo, la identificación de necesidades tácticas o de formación y capacitación, la proveeduría de insumos generales de trabajo, la gestión de los recursos financieros, así como la coordinación interinstitucional y multisectorial. Su función es transversal a todas las actividades del SNSP. Durante desastres o emergencias sanitarias nacionales o locales, tendrán un rol transversal predefinido y ensayado para facilitar su acción.

De la Sección Operaciones

Corresponde a las personas integrantes de la sección Operaciones realizar las actividades que requieran un despliegue territorial. Participan, ejecutan e implementan todos los planes de acción tanto de contacto poblacional (componentes comunitarios y colectivos sobre los determinantes sociales de la salud) o de carácter regulatorio. La sección de operaciones es donde radican los elementos temáticos según la necesidad sanitaria identificada. Durante desastres o emergencias sanitarias nacionales o locales, tendrán un rol transversal predefinido y ensayado para facilitar su acción.

De la Sección Inteligencia

Corresponde a las personas servidoras públicas de la sección Inteligencia administrar y gestionar la información y conocimiento en salud pública con el objetivo de brindar soporte a la actividad de despliegue en campo. Garantizan que el SNSP cuente con la información requerida para la toma de decisiones estratégicas, así como la planeación y ejecución de sus actividades operativas. Acompañan transversalmente a todas las actividades del SNSP. Durante desastres o emergencias sanitarias nacionales o locales, tendrán un rol transversal predefinido y ensayado para facilitar su acción.

De la Sección Logística

Corresponde a las personas servidoras públicas pertenecientes a la sección Logística proporcionar los recursos físicos y materiales, así como prestar los servicios necesarios al interior del SNSP, con el objetivo de que las demás secciones puedan llevar a cabo sus actividades específicas. Su acompañamiento es transversal a todas las actividades del SNSP. Para la rectoría y las actividades estratégicas, técnicas-tácticas y operativo-territoriales se han establecido 15 perfiles genéricos que realizarán las actividades integrales de la Salud Pública en todo el territorio nacional mediante la rectoría nacional del Líder del SNSP a través de cuatro ejes fundamentales que se encuentran alineados a lo establecido en las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). Durante emergencias en salud nacionales o locales, tendrán un rol transversal predefinido y ensayado para facilitar su acción.

Perfiles del Servicio Nacional de Salud Pública

De manera inicial, y como se bosqueja someramente en la Figura 3, se establece que el SNSP se componga de una total de 15 perfiles para su operación, incluido el equipo de liderazgo (1-3) y el equipo de las secciones previamente descritas (4-15).

1. Dirección General del Servicio Nacional de Salud Pública
2. Coordinador Estatal del Servicio Nacional de Salud Pública
3. Supervisor Estatal del Servicio Nacional de Salud Pública
4. Representante Estatal
5. Líder de Gerencia y Rectoría en Salud
6. Enlace de gestión del acceso y uso de los servicios en salud
7. Enlace académico, de capacitación y tele mentoría

8. Líder de brigadas y territorio
9. Enlace de promoción comunitaria de salud
10. Enlace de soporte comunitario
11. Enlace de laboratorio
12. Líder de inteligencia e información
13. Enlace de monitoreo y alertamiento
14. Enlace de análisis y estadísticas
15. Líder de logística e infraestructura
16. Enlace de cadena de suministros e infraestructura

Ejes de trabajo

El SNSP permitirá instituir los lineamientos en materia de recursos humanos capacitados en Salud Pública para la organización, desarrollo e integración de las actividades en el territorio nacional con apego al ejercicio pleno del derecho humano a la salud. El SNSP es el cuerpo de personas servidoras públicas responsables de realizar las FESP en el territorio mexicano en su carácter rector y operativo. Para ejercer su función rectora y territorializada, el SNSP operará en el marco de las once FESP, (27) divididas en cuatro ejes.

Evaluación

1. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud.
2. La vigilancia en salud pública, el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias.
3. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud.

Desarrollo de políticas

4. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población. El SNSP permitirá instituir los lineamientos en materia de recursos humanos capacitados en Salud Pública para la organización, desarrollo e integración de las actividades en el territorio nacional con apego al ejercicio pleno del derecho humano a la salud.
5. Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia.

Asignación de recursos

6. Desarrollo de recursos humanos para salud.
7. Asegurar el acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces.
8. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo.

Acceso

9. Acceso equitativo y efectivo a servicios de salud integrales y de calidad.
10. Acceso equitativo y efectivo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables y el control de las enfermedades crónicas.
11. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales y comerciales de la salud.

Coordinación operativa y rectora entre el SNSP y las Entidades Federativas

En el marco de la transformación en salud y la transición hacia una federalización, el SNSP opera de manera conjunta con las autoridades sanitarias locales, bajo un esquema de cooperación permanente con la estructura operativa de las entidades federativas dedicadas a la operación salubrista. Esta cooperación está enmarcada en una operación donde, bajo una rectoría federal y una orientación funcional de carácter estatal, el ejercicio de las FESP se hará de manera conjunta entre las personas servidoras públicas de la entidad federativa dedicados a la salud pública y las personas integrantes del SNSP. Esta coordinación se realiza en tres niveles al interior de cada entidad federativa:

- El primer nivel es la **coordinación estratégica** con la persona titular de la Secretaría de Salud estatal y las personas representantes de las distintas instituciones prestadoras de servicios de atención médica en la entidad federativa. En este nivel es donde la estrategia y priorización federal se discute con base en el contexto local, se toman decisiones para su implementación efectiva y se analiza la pertinencia de evaluaciones de desempeño.
- En un segundo nivel está la **coordinación táctica**. En este nivel se esquematizan los mecanismos, las prioridades operativas y territoriales, y se toman las decisiones operativas necesarias para el trabajo conjunto entre los equipos estatales y federales para el cumplimiento de las estrategias definidas por el nivel de coordinación estatal. Esta coordinación se lleva a cabo a nivel del DSB y considera a todos los actores involucrados en este nivel funcional.
- El tercer nivel es la **operación territorial**. En este nivel es donde las acciones se implementan y se despliegan en las comunidades según las estrategias y tácticas definidas. Los equipos de trabajo del SNSP junto con los equipos en salud

pública de las entidades federativas forman un solo equipo en territorio, realizan las acciones de manera conjunta y se guían por una misma meta compartida.

La coordinación operativa del SNSP con la entidad federativa parte del funcionamiento diario de los programas y estrategias prioritarios en salud pública. Asimismo, la coordinación entre operativa es vital para llevar a cabo las siguientes actividades estratégicas:

- Servicios de la atención colectiva (transversales)
 - Inteligencia en salud
 - Servicio integrado de promoción a la salud
 - Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones "Juntos por la paz"
- Servicios esenciales
- Supervisión de los servicios de salud colectiva

No obstante, ante urgencias epidemiológicas, desastres o riesgos a la salud poblacional, será labor del SNSP ejecutar las directrices que en su momento dicten las autoridades correspondientes y en colaboración y apoyo a las autoridades estatales según sea el caso

5.2 Distritos de Salud para el Bienestar

El Distrito de Salud para el Bienestar (DSB) será la unidad básica funcional y de regionalización y escalamiento territorial a través de la cual se implementarán los mecanismos de coordinación de las acciones sectoriales necesarias para la atención integral de la salud de las personas y la salud poblacional, según lo establecido en la fracción II del Art. 7 de la Ley General de Salud. Asimismo, constituye la zona de captación poblacional a través de la cual se organice y coordine la prestación efectiva de servicios básicos de salud según lo establecido en el Título Tercero, Artículos 26 y 27 de la misma ley. En su diseño territorial, estos parten y toman como base las actuales Jurisdicciones Sanitarias y son adaptados en el marco de las necesidades del presente modelo y la transformación en salud.

De las funciones de los Distritos de Salud para el Bienestar

Los DSB tienen por objetivo ser la unidad básica operativa y territorial, a través de la cual la Secretaría de Salud federal ejerce su función rectora en el sector salud, de coordinación intersectorial y de implementación territorial, según corresponda, en materia de prestación de servicios de atención médica, servicios de salud colectiva y asistencia social.

Rectoría sobre el funcionamiento del sistema de salud

- Dictar, difundir y vigilar la aplicación de las políticas, normas oficiales mexicanas, estrategias, disposiciones y lineamientos en materia de salud colectiva y atención médica de los ámbitos públicos y privados en el territorio de su responsabilidad y según corresponda.
- Supervisar los procesos y procedimientos de la atención médica de los prestadores de servicio al interior de su territorio de responsabilidad, con base en la normativa vigente y aplicable.
- Coordinar y vigilar la operación de los sistemas de información e inteligencia en salud, con base en la normatividad vigente, áreas de competencia y adscripción, y entre los niveles federal y estatal.
- Monitorear y evaluar que los servicios de atención médica y salud colectiva que atienden a la población habitante del territorio de responsabilidad disminuyan progresivamente las inequidades en salud y los efectos de los determinantes sociales, económicos y comerciales presentes.
- Conformar y mantener actualizado el padrón de establecimientos y productos de bienes y servicios, insumos para la salud, salud ambiental y transfusión sanguínea, con base en lo establecido por las autoridades y la normatividad federal y estatal vigente.
- Coordinar la elaboración anual del Análisis Situacional de Salud y el Diagnóstico de Redes en el territorio de responsabilidad, en vinculación con las instituciones prestadoras de servicios de salud presentes.
- Supervisar y evaluar implementación de los programas estratégicos de salud pública en las unidades prestadoras de servicios de salud al interior del territorio de responsabilidad.
- Identificar los recursos institucionales, sectoriales e intersectoriales para el desarrollo de acciones específicas relacionadas con los planes maestros de infraestructura, recursos humanos, programas estratégicos de salud pública y las emergencias en salud y epidemiológicas.
- Evaluar el abasto y suministro de medicamentos, material de curación y otros insumos asociados a la atención en salud acorde a las necesidades de las personas en el territorio de responsabilidad.
- Evaluar el acceso y calidad de los servicios de laboratorio, de imagenología y otros procedimientos diagnósticos asociados a la atención de salud acorde a las necesidades de las personas en el territorio de responsabilidad.
- Supervisar y evaluar la red de frío requeridas para el abasto y suministro de los insumos, medicamentos y biológicos necesarios para la prestación de servicios de atención en salud en el territorio de responsabilidad.
- Dirigir los programas de acción comunitaria y movilización ciudadana con perspectiva intercultural orientada a la salud colectiva, a llevarse a cabo por las instituciones prestadoras de servicios de atención médica al interior del territorio de

responsabilidad.

- Promover y coordinar la participación interinstitucional e intersectorial para fortalecer la atención a la salud en el territorio de responsabilidad.
- Gestionar la participación de actores estratégicos con base en el contexto local, que permita la generación de entornos saludables en las comunidades.
- Dirigir y operar los mecanismos de aval ciudadano, contraloría social y atención ciudadana en materia de la prestación de servicios de salud colectiva y atención médica en el territorio de su responsabilidad.
- Identificar las necesidades de recursos para la salud (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, medicamentos, laboratorio, imagenología e insumos) que garanticen la resolutiveidad en coordinación con las instituciones del sector al interior de su territorio de responsabilidad, y gestionar su atención.
- Supervisar y evaluar la cobertura, acceso efectivo y progresividad de los servicios de atención médica que brindan las unidades de los distintos prestadores, a fin de orientar las acciones para garantizar la cobertura universal de la población en el territorio de responsabilidad.
- Coordinar y vigilar el intercambio, la complementariedad y eficiencia en las redes integradas de los servicios de atención clínica, comunitarios, para y entre todos los prestadores de servicios públicos de salud.
- Coordinar la integración del censo de las personas al interior de su territorio de responsabilidad, usuarias de las distintas instituciones prestadoras de servicios de atención médica.
- Coordinar la integración y consolidación de las estrategias de información, educación para la salud y comunicación de riesgos en salud, que lleven a cabo las instituciones prestadoras de servicios de atención médica en el marco la salud colectiva.
- Dirigir y evaluar las actividades de creación y promoción de los entornos favorables para la salud.
- Dirigir el registro y coordinar la participación de prestadores de la medicina tradicional y otros modelos y/o prácticas terapéuticas y de fortalecimiento a la salud en interrelación con los servicios de salud.

La operación sanitaria-salubrista

- Coordinar las acciones de atención médica, salud pública y asistencia social del sector salud ante situaciones de desastres o emergencias sanitarias al interior de su delimitación territorial, en colaboración con otros DSB y demás autoridades que correspondan y de acuerdo con las resoluciones tomadas por las autoridades de protección civil de los distintos niveles de gobierno.
- Dirigir y operar los mecanismos y procesos para la vigilancia, control y gestión de los riesgos para la salud y las emergencias sanitarias al interior de su territorio de responsabilidad con base en la normatividad vigente.
- Implementar los programas y acciones de regulación, control y fomento sanitario al interior de la demarcación territorial asignada.
- Supervisar las acciones de farmacovigilancia, resistencia antimicrobiana, y tecnovigilancia, implementadas por los prestadores de servicios de atención en salud al interior del territorio de responsabilidad.
- Supervisar el mantenimiento y conservación de las unidades prestadoras de los servicios de salud de las distintas instituciones prestadoras de servicios;
- Elaborar anualmente el diagnóstico situacional y sectorial de necesidades del personal técnico y profesional en salud al interior del territorio de responsabilidad y en colaboración con las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Coordinar la capacitación a partir de la identificación de necesidades de enseñanza, profesionalización e investigación requeridas en materia de rectoría y prestación de servicios de atención en salud colectiva y aquellos prioritarios de atención médica en el territorio de su responsabilidad.
- Dirigir, operar y evaluar la prestación de servicios de salud colectiva en el territorio de responsabilidad con base en los criterios de equidad, oportunidad, efectividad y calidad de la atención y con base en los determinantes sociales de la salud de población habitante y el territorio de responsabilidad.
- Coordinar con las autoridades a nivel municipal o demarcación territorial la planeación y desarrollo de las actividades en salud colectiva según su territorio de responsabilidad.
- Dirigir la implementación de procesos participativos e interculturales entre los prestadores de servicios con la población usuaria, en la implementación de las acciones y programas de salud.
- Estimar y reportar regularmente las coberturas efectivas de los programas prioritarios y sus efectos poblacionales.
- Definir indicadores clave de desigualdad en salud, proponer metas de reducción y generar un tablero de información para dar seguimiento y monitorear el progreso en la reducción de las desigualdades en salud a nivel nacional y local.

Donde **Análisis Situacional de Salud (ASIS)** es:

El método e instrumento que permite desarrollar una agenda de salud, en la periodicidad y delimitación geográfica de interés, desde el desarrollo sostenible, la equidad en salud, la universalidad en salud y los determinantes sociales de la salud para la

promoción de la salud, la evaluación del impacto de las intervenciones poblacionales y la gestión de la salud.(28)

Donde los **programas y servicios de salud colectiva** comprenden:

- Regulación y fomento sanitario
- Atención de emergencias en salud
- Acceso universal a sangre
- Vigilancia por laboratorio
- Vacunación universal
- Infecciones de transmisión sexual
- Zoonosis
- Enfermedades transmitidas por vector
- Resistencia bacteriana
- Salud mental y adicciones
- Lesiones intencionales y no intencionales
- Salud sexual y reproductiva
- Micobacteriosis
- Diarreas agudas
- Cardiometabólicas
- Oncológicas
- Programas de detección precoz
- Promoción de conductas saludables
- Comunicación de riesgos en salud
- Medición de las desigualdades en salud

Donde **sistemas de información e inteligencia en salud** incluye:

- Clave Única de Establecimientos en Salud (CLUES)
- Subsistema de información de equipamiento, recursos humanos e infraestructura para la atención en salud (SINERHIAS)
- Subsistema de información sobre nacimientos (SINAC)
- Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED)
- Sistema Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE)
- Registro Electrónico de Defunciones en Vigilancia Epidemiológica (REDVE)
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER)
- Red Hospitalaria para Vigilancia Epidemiológica (RHOVE)
- Ambiente de Administración y Manejo de Atenciones en Salud (AAMATES)
- Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA)

De la coordinación entre los Distritos de Salud para el Bienestar

La coordinación y complementariedad entre los DSB se hará a nivel estatal mediante una unidad de coordinación y rectoría a cargo de la persona representante de la Secretaría de Salud Federal en las entidades federativas, a cargo de la persona Coordinadora para la Federalización en Salud. Dichas funciones serán ejercidas por integrantes del SNSP.

- Vigilar el intercambio de servicios de atención médica, de salud pública y asistencial entre los DSB circundantes al interior de su demarcación territorial.
- Coordinar y supervisar la operación del intercambio, la complementariedad y eficiencia en las redes integradas de los servicios de atención médica entre los DSB.
- Consolidar la planeación estatal de los recursos humanos en las unidades prestadoras de servicios de salud para todos los DSB.
- Coordinar la planeación de desarrollo de infraestructura en salud acorde a las necesidades del territorio de responsabilidad.
- Coordinar el monitoreo y la evaluación del desempeño de la atención médica y la prestación de servicios en salud pública a nivel estatal, y segmentado por DSB.

- Consolidar las necesidades de equipamiento, mantenimiento y conservación de las unidades prestadoras de los servicios de salud de toda la entidad federativa y planificar su atención.
- Recopilar, analizar y difundir la información generada en las unidades prestadoras de servicios médicos, para sustentar la planeación, administración y operación de los DSB.
- Coordinar la operación, gestión e intercambio de insumos para la implementación de los programas prioritarios de salud pública entre los DSB.
- Evaluar a las unidades y los servicios que se ofrecen para implementar estrategias de mejora de calidad al interior del estado y entre DSB.
- Evaluar los programas de salud, servicios de salud y de las unidades prestadoras de servicios de salud a nivel estatal.
- Coordinar la generación de inteligencia para tomar de decisiones de acuerdo con la información provista desde los DSB en la entidad federativa.
- Coordinar el abastecimiento e intercambio de insumos y recursos para la salud según los requerimientos operativos entre los DSB en la entidad federativa.

Del ordenamiento territorial de los Distritos de Salud para el Bienestar

La conformación territorial de los DSB partirá de un análisis de las capacidades funcionales de las actuales Jurisdicciones Sanitarias y propondrá un nuevo ordenamiento territorial. Dicho reordenamiento tendrá como eje central de diseño la capacidad resolutoria y eficiente de las RISS, desde de los servicios comunitarios hasta el tercer nivel, incluyendo el intercambio de servicios de salud entre las distintas instituciones prestadoras del sector público.

En este sentido, se propone una reestructuración de las actualmente denominadas Jurisdicciones Sanitarias con el fin de que su concepción esté centrada en las personas, en las características sociodemográficas y epidemiológicas del entorno, y no con fundamento en la existencia y ubicación de los servicios de salud. De manera general, este rediseño de la delimitación de los DSB utilizará tres elementos: densidad poblacional, tasa de mortalidad y extensión territorial.

Este enfoque dará pie al desarrollo de las RISS e impulsará la gestión de la APS en una población más homogénea. Asimismo, este rediseño funcional partirá de las Jurisdicciones Sanitarias actuales y, mediante decisiones conjuntas con las autoridades estatales, se valorará la posible subdivisión de las Jurisdicciones actuales en territorios menores debido al acceso geográfico y poblacional.

En ese sentido, se visualizan las siguientes ventajas de organizar los DSB con un diseño centrado en las personas:

- Indicadores de desenlaces en salud propios del DSB, más apegados a la realidad de un territorio específico.
- Mayor enfoque por parte del responsable del DSB en la gestión y comunicación continua con la autoridad en salud estatal, federal y autoridades municipales para la modificación de los determinantes sociales de la salud de un grupo poblacional y territorio más homogéneo.
- Enfoque del responsable del DSB en la dinámica epidemiológica, de un grupo más homogéneo, priorizando en acción comunitaria mediante una RISS bien cimentada, evitando la saturación hospitalaria innecesaria.
- Gestión de intercambio de servicios, a partir del conocimiento local de la demanda y las redes de especialidades en otros DSB y entidades federativas, puede tenerse una mejor planeación y logística.
- Innovación territorializada en la distribución de insumos de apoyo que suplementa la infraestructura, como telesalud, ambulancias terrestres y aéreas, unidades médicas móviles, vehículos aéreos no tripulados, etc.

5.3 Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar

Como ha sido ampliamente reconocido, la creciente epidemia de condiciones crónicas, que incluye enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad, cáncer, EPOC), de enfermedades infecciosas que también requieren un seguimiento prolongado y continuo para su adecuado control y curación (VIH-SIDA, Hepatitis C, Tuberculosis, entre otras), y el aumento de lesiones intencionales y no o intencionales, se han convertido en los principales retos para los sistemas de salud a nivel global. La situación es aún de mayor gravedad en países de bajos y medianos ingresos como México, con sistemas de salud fragmentados y debilitados, que además de la epidemia de enfermedades crónicas y de causa externa rápidamente progresiva, las enfermedades asociadas a la pobreza siguen representado una carga de enfermedad considerable, especialmente en poblaciones más vulnerables.

Este incremento en condiciones crónicas y la demanda de servicios de salud que implica, no ha sido acompañado de una transformación en los sistemas de salud que asegure la continuidad de la atención en los diferentes puntos de atención y servicios complementarios. Los sistemas de atención de salud siguen estructurados prioritariamente para responder a las condiciones agudas y a los momentos de agudización de las condiciones crónicas de forma fragmentada, episódica y reactiva, y muchas veces dependiente del mismo paciente.

Como parte central del MAS-Bienestar, es fundamental crear los mecanismos institucionales para asegurar la continuidad resolutoria de los servicios de salud mediante la integración de los diferentes niveles de atención, desde el comunitario hasta el de mayor especialización, no solo dentro de cada institución proveedora de servicios de atención médica, sino desde una visión sectorial, centrado en las personas y con servicios resolutorios

La perspectiva sistémica de la salud pública, en un modelo de gestión de redes integradas de servicios de salud, permitirá enfocarse, por un lado, en agilizar el flujo de pacientes a lo largo de la red para asegurar que las personas con condiciones crónicas reciban de manera oportuna y resolutoria lo que necesitan, independientemente de su estatus, muchas veces temporal,

de los beneficios de la seguridad social que dependen del empleo formal, y por otro, actuar sobre los determinantes sociales y estructurales que inciden sobre las enfermedades que ocasionen la demanda de atención médica.

En términos de la gobernanza sectorial requerida para lograr lo anterior, se crearán los **Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar (CCSB)** con capacidad de gestión, operación y representación territorial de los programas prioritarios en salud pública. Además, estos centros tendrán como objetivo la operación de las RISS, operados por el personal del SNSP, y en coordinación con los DSB. Asimismo, servirán como puntos de apoyo especializado que mediante capacitación y mentoría brinden capacidad resolutoria al primer nivel de atención y permita la integración eficiente de dichos programas prioritarios en los niveles de mayor complejidad de atención.

Redes integradas de Servicios de Salud

Los CCSB tendrán como objeto central de operación las RISS, la cual define la Organización Panamericana de la Salud como "una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve". (29)

La *coordinación de la atención* como atributo principal de la APS se ve operada por las RISS a través de los CCSB. Esto permitirá planear los acuerdos que se deban construir entre las instituciones que ofrezcan servicios a una población definida para impulsar una adecuada articulación de los servicios ofrecidos en los diferentes niveles de atención y favorece que se mejore la accesibilidad tránsito y experiencia de la persona para todo el sistema en su conjunto. Las personas se benefician al reducirse las diferencias en la atención de la salud, al acercarle los servicios (o bien acercar la persona a los servicios) y al evitar la duplicidad de infraestructura al optimizar de la capacidad instalada para brindar los Servicios de Salud a las personas.

Adicionalmente, estos centros contribuyen a las acciones de prevención a la salud, así como a vencer la brecha de atención en temas de recuperación de la salud de la población, a la reducción de costos y en la mejora de la eficiencia en su conjunto. Asimismo, se incide en la disminución del gasto de bolsillo, tiempos de traslados, riesgos de salud y se atienden de mejor manera las necesidades y expectativas de las personas.

Además de la operación de las RISS, los CCSB, bajo la tutela de la Secretaría de Salud estatales definirán las Rutas de Atención Médica Continua (RAMC) que corresponda a cada condición de salud que la Red ofrece atender de manera prioritaria, siendo la RAMC el trayecto que recorre una persona a fin de obtener alguna o varias acciones de la atención médica, de acuerdo a su condición de salud, ya sean preventivas, curativas, de rehabilitación o paliativas a través de los diferentes niveles y sitios de atención del Sistema de Salud desde el ingreso a la red a través, de la consulta externa de primer nivel, hasta atención hospitalaria de especialidad. Grupos de expertos asociados a los CCSB definirán los protocolos de cada una las RAMC, las características de resolutoria (infraestructura, recursos humanos, equipamiento, insumos, etc.) para cada fase de atención que deben tener las unidades de servicios y los tiempos de espera óptimos en cada fase de atención para incorporarlos como indicadores claves del desempeño (ver Figura 5).

Los atributos esenciales de las RISS coordinadas por los CCSB

Los atributos esenciales que los CCSB deben garantizar en las RISS para su adecuado funcionamiento e integración en el modelo de atención incluye:

1. Cada establecimiento de salud del PNA debe establecer con claridad la población bajo su responsabilidad en la mejora o conservación de su salud, generando un trabajo integral tanto intra como extramuros. La asignación de la población y el territorio donde vive la población beneficiada, con todas sus características señaladas en el apartado de este Modelo en el PNA, permite el conocimiento amplio de necesidades y preferencias en cuestión de salud. Sobre este principio de necesidades se debe determinar la oferta de servicios que se requiere y hacer un comparativo con la oferta disponible para observar las brechas (desiertos de atención) y plantear acciones que permitan mejorar el acceso.
2. La definición de las redes comienza con identificar con qué unidades se cuenta y sus servicios correspondientes, para definir las estrategias de articulación óptima e integrar la mayor cantidad de establecimientos de salud, incluyendo instituciones públicas, sociales y privadas, que puedan reducir los desiertos de cobertura de los servicios, a través de herramientas de gestión, los convenios y acuerdos interinstitucionales. Para cada RAMC, los servicios deben comprender el ciclo de vida desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y no meramente asistencial, en absoluta concordancia con el Modelo. La Red debe incluir la atención a los programas de salud pública priorizados, focalizando en las condiciones de salud, los factores de riesgo, factores de protección y las poblaciones específicas, los servicios de salud personales y de coordinación sectorial, con visión de salud pública.
3. El Modelo promueve con gran fortaleza la transformación hacia la promoción y conservación de la salud, determinando una vinculación inseparable entre los servicios de salud colectiva, la acción comunitaria, la colaboración intersectorial y la prestación de servicios en los tres niveles de atención médica. La Red inicia su construcción en la comunidad y se entrelaza invariablemente con lo que sucede en las unidades médicas. La capacidad resolutoria del PNA debe ser tal, que satisfaga la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
4. El flujo de los pacientes en la RISS mediante los mecanismos de referencia y contra referencia debe ser eficaz desde todos los puntos de vista, no solo en la actualización de los criterios, sino en la gestión eficaz con simplificación en los mecanismos de coordinación asistencial y la necesidad de comunicación transparente a la población sobre los tiempos óptimos para cada fase del proceso de atención. Bajo el entendido de que una RISS es la integración de todos los elementos involucrados en la prevención y atención, cualquier integrante con la capacitación y las competencias suficientes, estará autorizado a utilizar la referencia a las unidades que comprenden las RISS, para solventar la necesidad de atención identificada.

5. La RISS debe considerar que en el centro de la atención se encuentran las personas y, consecuentemente, las familias y las comunidades. La diversidad presente en los diferentes territorios y comunidades hace indispensable tener en consideración los aspectos de género, cultura, usos y costumbres, entre otros elementos. La continuidad de la atención no debe encontrar barreras de ningún tipo y el CCSB debe asumir la responsabilidad institucional de identificar esas barreras y buscar disminuirlas desde las competencias del Sistema de Salud o con apoyo de otros sectores en todo lo posible, como pueden ser los problemas de comunicación por lenguas diferentes o bien los arreglos institucionales que favorezcan el intercambio de servicios.

Gobernanza y estrategia operativa de los CCSB

La coordinación y regulación de las RISS desde los CCSB debe basarse en un sistema único de gobernanza, bajo una administración (planeación, dirección, organización y control) que permita ver reflejados los resultados y alcances satisfactorios, favoreciendo una comunicación eficaz y la evaluación de sus resultados y alcances.

La conformación y organización de las RISS debe potenciar la colaboración interinstitucional donde se sumen todas las instituciones de salud posibles, con la finalidad de compartir carteras de servicios en los diferentes niveles de atención y promover una participación social amplia donde la gestoría en la propia comunidad favorezca el uso de estas Redes más allá de barreras geográficas, culturales, organizacionales y administrativas. Dada la gran influencia de los determinantes sociales de la salud que no corresponden exclusivamente al Sector Salud, los CCSB deben vincular las RISS a otros sectores, de manera interinstitucional e intersectorial.

Los CCSB tienen su responsabilidad de gestión y gobernanza a nivel estatal. Sin embargo, estos CCSB deberán coordinarse con la Secretaría de Salud Federal como instancia normativa y de seguimiento y con unidades operativas a nivel de los DSB:

1. La gestión federal a cargo de una unidad directiva de las áreas centrales de la Secretaría de Salud federal, que regule la operación a través de la definición de políticas y lineamientos operativos, y que favorecerá los mecanismos de financiamiento, entre otros requerimientos.
2. La gestión estatal a cargo de los CCSB que se apoyará de un Comité interinstitucional, presidida por el responsable de los servicios de salud en los estados, debe dirigir y organizar los recursos obtenidos para obtener la máxima eficiencia, técnica y administrativa, favorecer la comunicación entre los distintos sectores y entre las instituciones de salud de otras entidades federativas, y operar y coordinar la regulación de pacientes en las RAMC que defina la entidad como prioritarias, considerando su capacidad resolutoria y las brechas de necesidades de la población.
3. La micro gestión y operación deberá estar a cargo de los DSB, como primera instancia obligada a conformar la red entre la comunidad y las unidades de todos los niveles de atención ubicadas en la región geográfica de la cual es responsable.

Las UNEMES de los programas de Salud Pública son, actualmente, parte integral de los programas prioritarios: UNEMES-EC, para la atención de pacientes con riesgo cardio-metabólico desde CENAPRECE, UNEME-CAPASITS de CENSIDA para la atención de personas que viven con VIH y recientemente han sido claves para la implementación inicial de la estrategia de eliminación de Hepatitis C, UNEME-CAPA y CISAME de adicción y salud mental, recientemente fusionadas e integradas al nuevo modelo de salud mental del STCONSAME, CONADIC y SAP, y las UNEMES DEDICAM del CNEGySR para la detección oportuna de cáncer en la mujer.

Aunque las UNEMES actuales han sido fundamentales para la invocación de modelos efectivos de atención a la persona en estos programas estratégicos, por lo general se han quedado aislados de las redes de atención y por su alcance territorial y muy limitado impacto en el primer nivel de atención, representan una muy limitada cobertura de la necesidad actual.

En este sentido se propone que, en coordinación con las secretarías de salud de los estados, la Secretaría de Salud federal y el OPD IMSS-Bienestar, se defina una ruta de transición para que, a la par de mantener los aspectos innovadores, se pueda incorporar a las redes de servicios de atención médica, y mantener por parte de la Secretaría de Salud, los componentes de gestión que funcionen como parte de la microgestión y operación de los CCSB.

La generación de las RISS incluye: ubicación geográfica de las unidades médicas, conocimiento de la cartera de servicios y su disponibilidad, población sin seguridad social potencialmente beneficiada, población de responsabilidad, área geográfica de cobertura o de influencia, panorama epidemiológico de la región, resolutoria y capacidad instalada de las unidades de los tres niveles de atención, distancias y tiempos de traslado calculados (accesibilidad y conectividad) que permitan definir rutas dinámicas de atención a las personas. Esto permitirá conocer las fortalezas de la gestión integrada de apoyo clínico, administrativo y la logística que se empleará en la operación de la RISS. La Red será tan amplia como la atención oportuna de la condición de salud necesite de acuerdo con los recursos en salud existentes, por lo que puede incluir varios municipios o incluso más de una entidad federativa.

En condiciones óptimas, se necesita contar con un sistema de información integrado que favorezca la administración de la red, el seguimiento de los pacientes y de los recursos que garantizan la resolutoria (infraestructura, equipos, recursos humanos, medicamentos e insumos), para el seguimiento de los usuarios el sistema debe hacer posible la portabilidad para que las diferentes unidades prestadoras de servicios puedan acceder a la información que integre a todos los miembros de la Red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables. Además del acceso a los usuarios, este sistema de integrado y la incorporación de otras fuentes de información de condiciones y determinantes de la salud, serán la base para que, desde el sistema de inteligencia en salud y utilizando métricas que permitan una evaluación de diversos niveles, etapas y elementos de la Red, los CCSB puedan gestionar y modificar la articulación de las RISS para asegurar la efectividad, equidad y eficiencia del modelo.

Asignación e incentivos

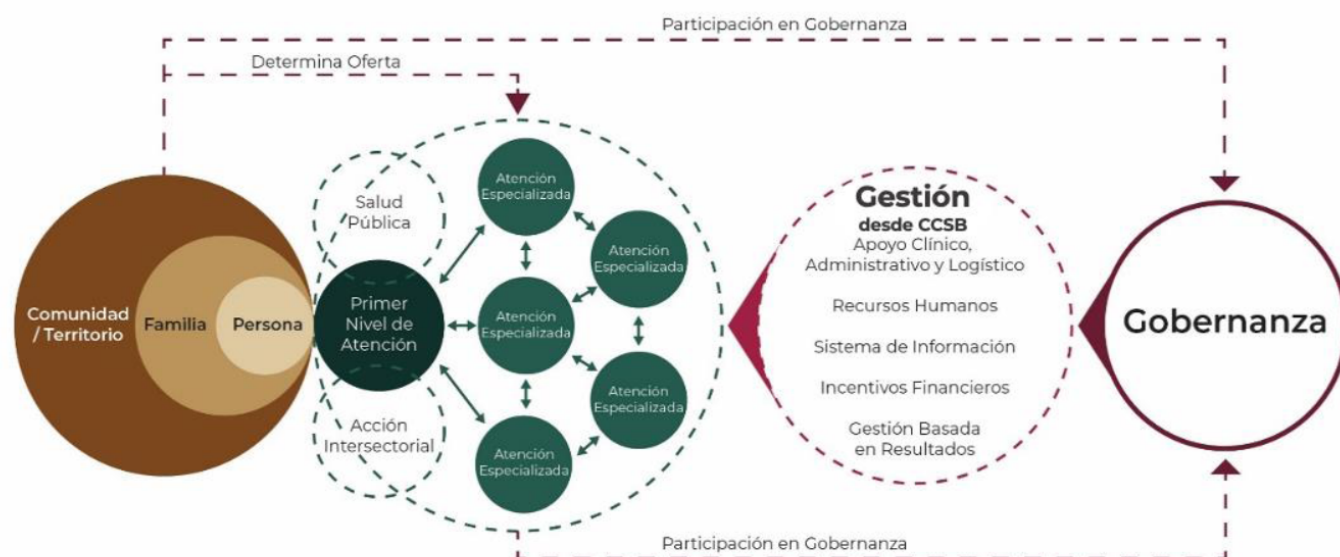
La gestión de la RISS deberá alinear los recursos financieros disponibles a las metas de la Red y de cada una de las RAMC, esto con el fin de reducir la brecha entre las necesidades de salud pública de la población con la prestación de servicios, y

adaptar la cartera de servicios a las necesidades de la población dentro del territorio mediante estrategias activas para negociar y obtener los recursos necesarios.

Esto implica que en la CCSB convergen dos estrategias paralelas, la primera se orienta a las personas y articula la atención médica para garantizar el continuo de la atención a lo largo de todos los niveles del Sistema de Salud; y la segunda, orientada al trabajo en equipo al interior de cada Red, a fin de que los profesionales de la salud, las instituciones, las redes y sus planes de desarrollo consideren, entre otras cosas:

1. La existencia de un plan de acción para disminuir las brechas entre oferta y demanda de servicios de salud con responsabilidades intersectoriales, garantizando la participación social y/o comunitaria.
2. Que la RISS cuente con mecanismos de verificación para el cumplimiento de los planes de acción, inversión y financiación asociados al cumplimiento de las condiciones esenciales mínimas, y existan mecanismos de participación de los beneficiarios con la evaluación sistemática de resultados.
3. Que la RISS cuente con servicios de internación de media y alta complejidad con especialidades, subespecialidades, cuidados críticos y servicios quirúrgicos.
4. Disponibilidad de servicios de laboratorio, imágenes diagnósticas, atenciones terapéuticas y servicios de rehabilitación.
5. Gestión desde los CCSB y DSB de listas de espera, la solicitud de atención especializada, y procesos de referencia y retorno.
6. Garantía de la RISS de contar con los recursos humanos y técnicos necesarios para soportar la oferta de servicios que cubra las necesidades en atención especializada.
7. Vinculación estrecha de los CCSB y la Red Nacional y local de Inteligencia en Salud, para evaluar los resultados de los planes de cuidado de los pacientes, identificar oportunidades de mejora y construir planes de mejora continua, donde los indicadores de listas de espera y demanda insatisfecha sean parte fundamental de la valoración de su desempeño.
8. Estandarización de todos los procesos y acciones vitales tanto operativas como administrativas. Las principales causas de atención por especialidad y por programas prioritarios de salud pública deben contar con guías de manejo.
9. Asesoría farmacológica sistemática en toda la RISS de acuerdo con las necesidades de los pacientes (incluida la farmacovigilancia).
10. Auditoría, evaluación y gestión en los procesos vitales de la RISS por parte de los grupos de trabajo, comisiones y equipos asesores. Sus informes, resultados y análisis son parte integral de la gestión de la RISS y parte fundamental de los procesos de rendición de cuentas.
11. Que la RISS cuente con mecanismos de capacitación orientados al fortalecimiento de las capacidades y habilidades para la toma de decisiones y la gestión por resultados.
12. Garantía de los CCSB como órgano de gobernanza de la RISS para una gestión integral: planeación, financiamiento, operación, control, evaluación de resultados y rendición de cuentas.

Figura 5. Conceptualización de las redes integradas de servicios de salud



Contexto: tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos. etc.

Fuente: OPS, 2010.

Mecanismos de operación para lograr los atributos de las RISS

La complejidad, dinanismos del sistema de salud, aunado al momento histórico de transformación administrativa de la prestación de los servicios de salud precisa de un sólido objetivo con metas flexibles para cada estadio del cambio administrativo

y según el prestador de servicios, pero en términos de las RISS los atributos y mecanismos de operación deben ser principios semejantes en los diversos escenarios que se presenten.

La cooperación y comunicación de los recursos de la red desde las unidades hasta los recursos humanos serán las mismas en todos los escenarios. Los CCSB deberán coordinar a los diferentes prestadores de servicios médicos y asegurar las acciones intersectoriales y abordaje de los determinantes y equidad en salud. Todos los sistemas de apoyo y de información deben ser utilizados por todos los involucrados de las redes con permisos, accesos y responsabilidades acordes al escenario administrativo.

En todo caso debe existir un diagnóstico básico de las redes, el cual requiere de métodos cuantitativos para identificar los recursos con los que cuenta la red, desde las unidades de salud (infraestructura, equipos, medicamentos e insumos) hasta los recursos humanos ambos con las capacidades requeridas según los ejes de intervención a la que corresponden.

El diagnóstico de salud de la región, estructurado por las condicionantes geográficas, ambientales, poblacionales, sociales, culturales y económicas que afectan a la región, así como las condiciones generales de salud y morbilidad de la población se analizará en forma conjunta con el diagnóstico de redes

Red de unidades de salud basados en ejes de intervención

1. La estructuración de la RISS busca que los recursos de salud existentes obedezcan a una integración lógica para la provisión de servicios hacia la persona, favoreciendo la protección y recuperación de su salud y en caso necesario, el acceso efectivo, continuo y ordenado acorde con la capacidad resolutive y nivel de atención de las unidades prestadoras de servicios.
2. La complementariedad de los servicios, para que las Redes ofrezcan servicios eficaces para reducir el impacto de los daños por la condición de salud, se podrá llevar a cabo entre redes con diferentes niveles de resolutive y complejidades pertenecientes al mismo eje de intervención, es decir, aquellas regiones geográficas que carezcan de algunos servicios podrán complementarse con la administración de regiones cercanas para ampliar la oferta de servicios de la Red.
3. Los acuerdos y convenios (incluyendo tarifarios únicos) que se requieran para la integración de redes, mediante la complementariedad entre instituciones, y regiones geográficas deben promover la autoidentificación como integrantes de la Red y comprometer a todas las partes con la formalización mediante actas administrativas que se notifiquen en todos los niveles de gobernanza.
4. Se deberá conformar de manera conjunta el diagnóstico de salud de la región, estructurando las condicionantes geográficas, ambientales, poblacionales, sociales, culturales y económicas que afectan a la región, así como las condiciones generales de salud y morbilidad de la población.
5. Con base en la condición de salud de las personas y la RAMC en cada estado, se definen los recursos de resolutive, es decir, aquellos que se requieren para conservar, recuperar o mejorar esta condición, y una vez identificados estos recursos (diagnóstico situacional de la infraestructura, recursos humanos, físicos, financieros y carteras de servicio), será posible establecer qué unidades prestadoras de servicios de salud existentes tiene la oferta resolutive para atender a la persona para garantizar el tránsito efectivo y oportuno en el Sistema Nacional de Salud.

CCSB para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención desde los DSB

En la coordinación de las RISS, el PNA tiene un papel clave en el funcionamiento adecuado de la Red como un todo, funciona como puerta de entrada al sistema y garantiza el acceso equitativo a servicios esenciales para toda la población. Este nivel provee cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital. Es el componente de la Red que desarrolla los vínculos más profundos con los individuos, las familias y la comunidad y con el resto de los sectores sociales, facilitando así la participación social y la acción intersectorial.(30)

Además, el PNA es el nivel más crítico para lograr la integración operativa de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones. Participa de manera importante en la identificación, captación y distribución de las personas en el continuo de servicios y genera la mayor parte del flujo de información a través de toda la RISS, sin importar donde se ubica el sitio de atención. El personal de salud puede moverse a través de la Red de su responsabilidad y proveer cuidados en diferentes sitios tales como: hogares, escuelas, lugares de trabajo y la comunidad en general. Del mismo modo, especialistas de distintas disciplinas pueden proveer servicios de salud en este nivel de atención de manera programada ya sea presencial o por medio de servicios de tele-mentoría y telesalud. Gestiona apoyo multidisciplinario de los especialistas que pueden acercar servicios de salud especializada en este nivel de atención de manera programada.

A partir de la consideración de que en el país existen en funcionamiento distintos tipos de unidades médicas del PNA, se deben establecer los criterios básicos de infraestructura, cartera de servicios, organización, asignación y distribución de la población, con los cuales deberán operar de manera multidisciplinaria y organizada para garantizar la cobertura a toda la población.

No debe perderse de vista que, aunque el PNA integra y coordina el cuidado asistencial al resolver la mayoría de las necesidades de salud de la población, se requiere su estrecha vinculación con las unidades médicas del resto de los niveles de atención que ofertan atención especializada. A partir de lo anterior deben definirse los mecanismos de coordinación asistencial en todo el continuo del cuidado de la salud para beneficio del paciente y con la mayor efectividad al menor costo.

Es decir, el tránsito por la RAMC no debe concebirse de manera jerárquica por los niveles de atención sino de manera colaborativa entre ellos (Figura 6). La red de traslado comunitario como elemento inicial de la RISS, tiene la facultad de integrar a una persona que requiere atención médica al nivel de atención necesario.

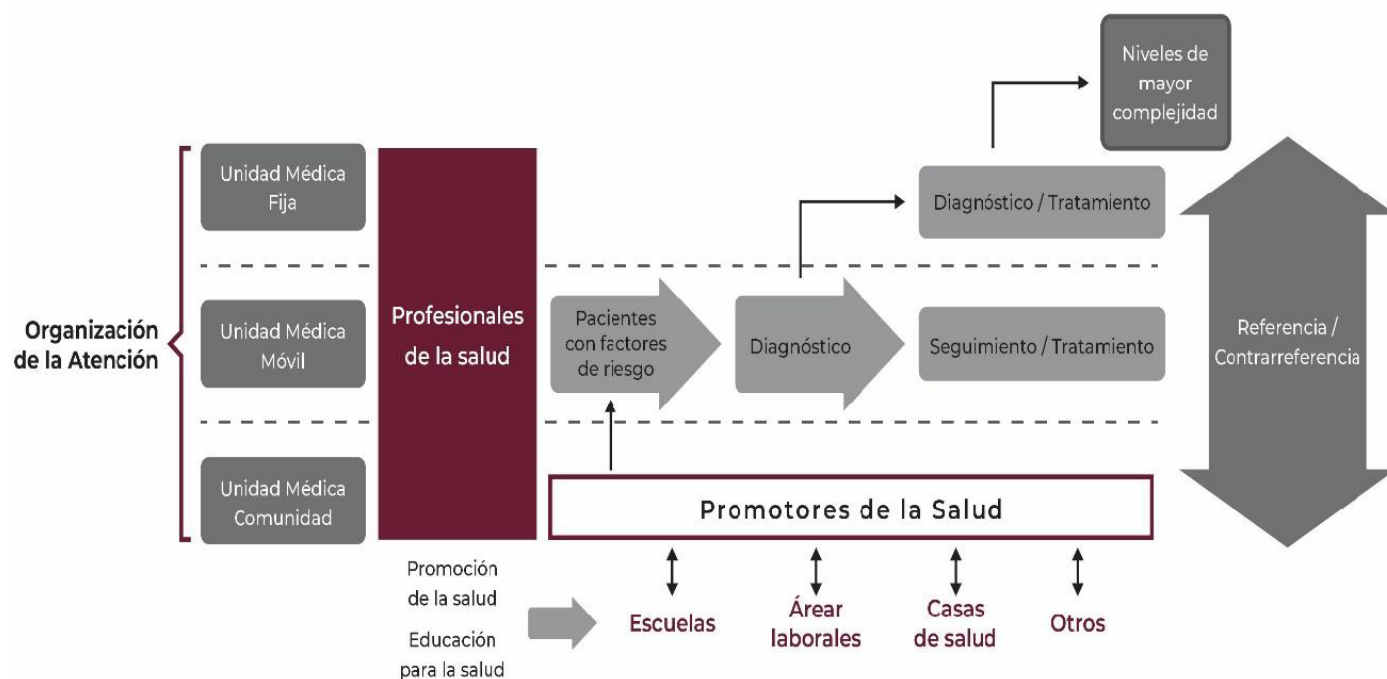
La Figura 7 muestra de manera gráfica la vinculación de la infraestructura en salud partiendo de la realidad de que hoy en día, la dinámica centrada en el hospital como la gran instancia de resolución de los problemas de salud se hace insuficiente para

enfrentar los desafíos encaminados a mejorar la salud principalmente de los grupos vulnerables: indígenas, afrodescendientes población urbana pobre y adultos mayores. De esta forma, este Modelo busca a través de las RISS, consolidar el tránsito de un modelo centrado en la atención intrahospitalaria a un modelo que promueva y potencie la resolución ambulatoria de los problemas de salud, sin descuidar la atención hospitalaria y sin generar hospitalizaciones innecesarias de padecimientos que se pudieron haber tratado oportunamente en el PNA, fortaleciendo la atención de primer nivel, aumentando su capacidad resolutive y poniendo énfasis en las acciones de control de enfermedades crónicas y de promoción y prevención primaria y secundaria.

En este sentido, se observa la necesidad de crear estrategias de atención que articulen el flujo del individuo a lo largo del Sistema de Salud, donde se realice el trabajo individual, familiar y comunitario para el cuidado de la salud y conductas saludables dentro de un marco de autorresponsabilidad, se soporta con la infraestructura, recursos y servicios brindados mediante una óptima organización del sistema nacional de salud.

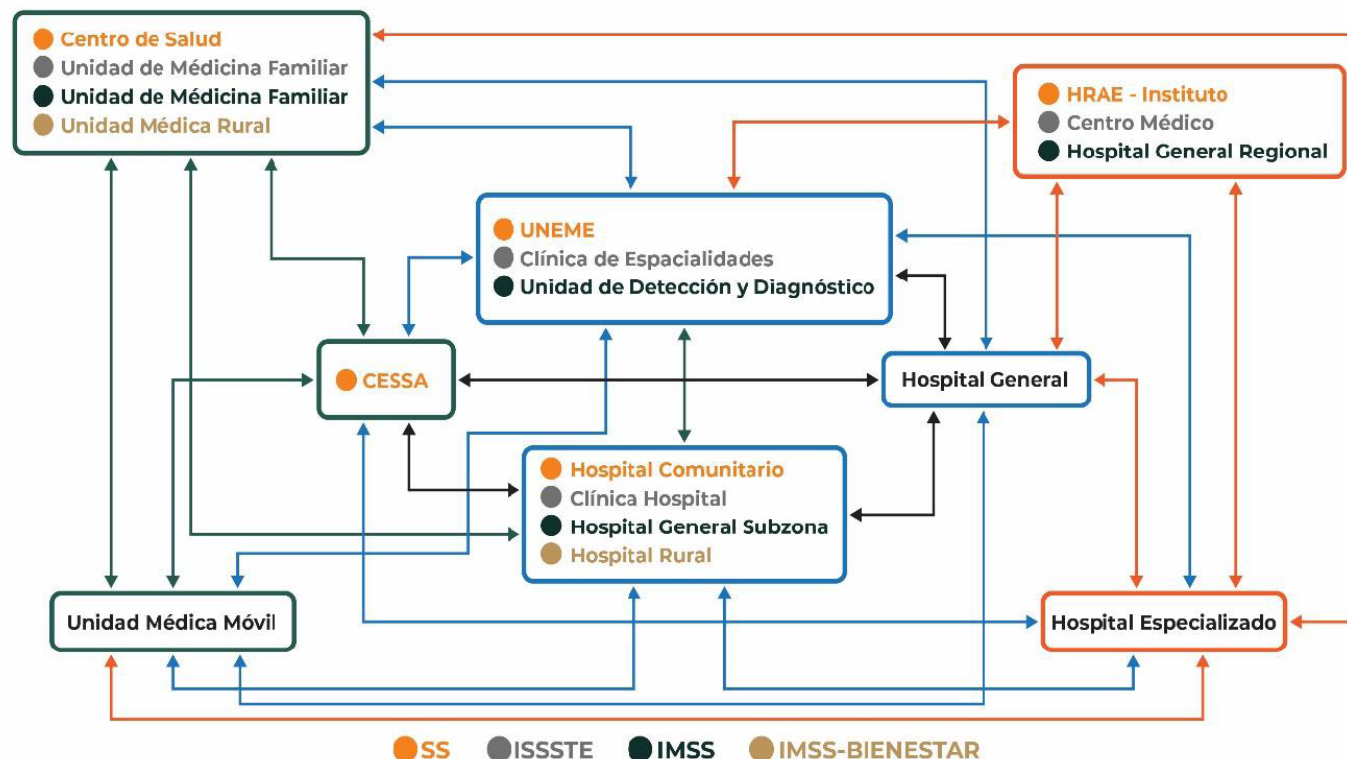
Ante toda esta conceptualización se debe garantizar convenios de colaboración o de intercambio de servicios entre instituciones el cuál, de conformidad con el Acuerdo General de Coordinación para el Intercambio y/o Prestación Unilateral de Servicios de Atención Médica "ACUERDO GENERAL", suscrito el 03 de abril de 2020, tiene el objetivo de *Contribuir a proporcionar a la población, independientemente de su condición laboral, atención médica oportuna, eficiente y de calidad, a partir del óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada en cualquiera de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, respecto a un paquete específico de servicios.*

Figura 6. Articulación de la atención médica



Fuente: SIDSS-DGPLADES-SAODIR, 2019.

Figura 7. Vinculación de la infraestructura en salud



Fuente: SIDSS-DGPLADES-SEGR, 2014.

Flujo de pacientes el RISS: Referencia y contrarreferencia

Los CCSB mediante el mecanismo de referencia y contrarreferencia tiene la finalidad de facilitar la continuidad y seguimiento de atención de los pacientes, respetando los principios de derecho, equidad y salud. La referencia y la contrarreferencia como mecanismo de interacción entre las unidades de diversos tipos y niveles para la atención efectiva de las personas (Figura 8) se realizará en el marco de los lineamientos establecidos en el Plan Sectorial de Salud y las normas aplicables a esta actividad. La operación se dividirá en cuatro categorías: interconsultas, referencias de pacientes ambulatorios, traslado hospitalario programado y traslados de urgencias y en la medida de lo posible, deberá estar plasmada en el expediente médico electrónico interconectado en los diferentes niveles de atención.

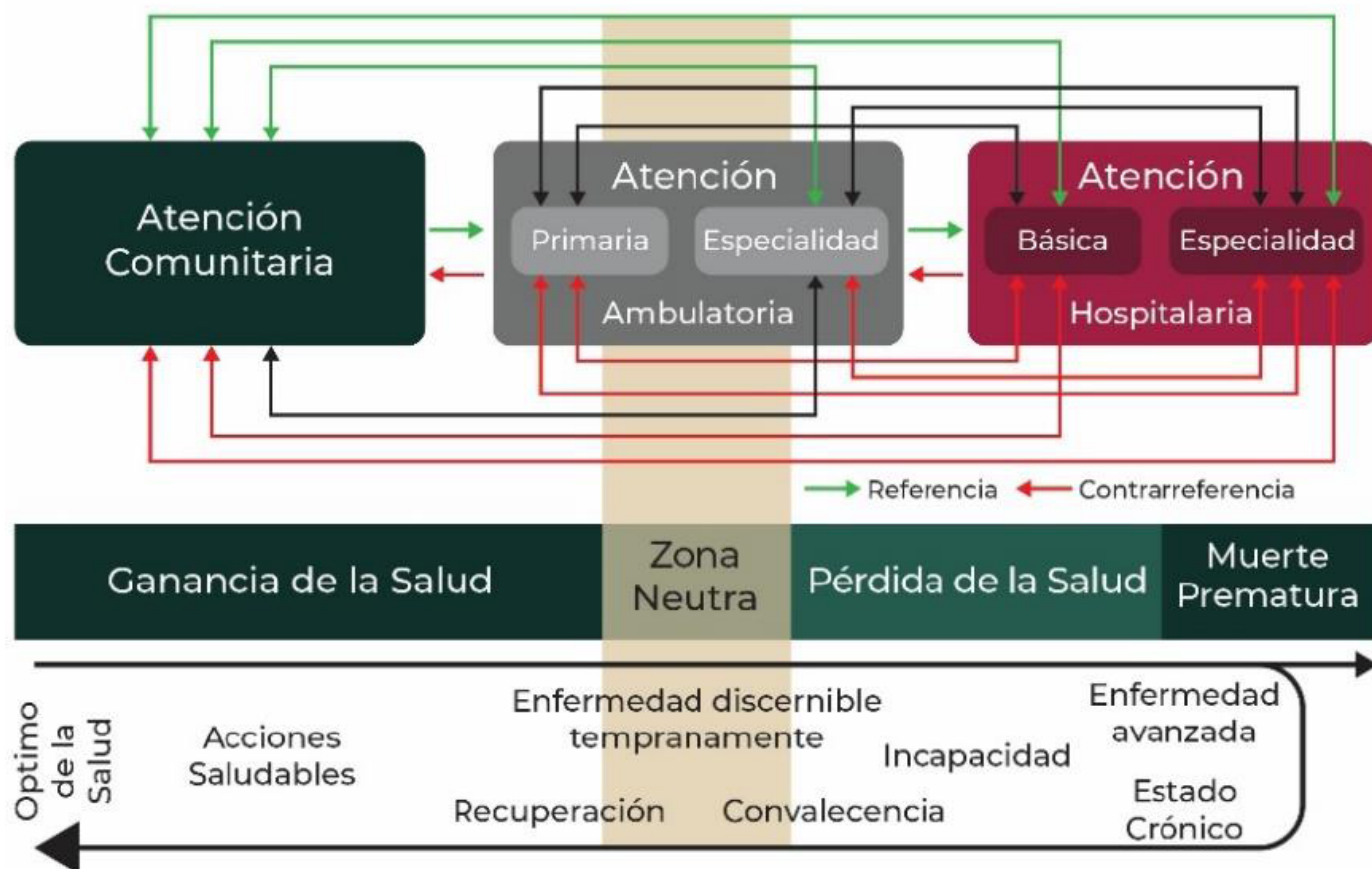
En un nivel estratégico, cada institución proveedora de servicios de salud tendrá sus lineamientos internos de referencia y contrarreferencia. Sin embargo, para el caso de las RAMC, cada institución deberá proveer información básica y estratégica a los CCSB para que mediante los grupos de trabajo operativos a nivel estatal y distrital y la confirmación de Grupo técnico interinstitucional de referencia y contrarreferencia (GTIRC), de carácter interdisciplinario y colegiado, se responsabilicen de coordinar y supervisar los procesos de interacción de los establecimientos de salud de las redes. El GTIRC estará conformado por representantes de los tres niveles de atención que conforman la RISS, y será liderado por el CCSB.

El objetivo general del GTIRC será el de definir los lineamientos, criterios y dar seguimiento a convenios y acuerdos que permitan la gestión de las RISS, con la articulación entre los niveles de atención ambulatoria, la atención hospitalaria básica y la atención hospitalaria de alta especialidad como RAMC. Como prioridad de este GTIRC esta:

1. Identificar los recursos para la salud que reducen la resolutivez de la Red, para generar las acciones que resuelvan ese déficit y en consecuencia evitar retraso, deficiencia o mayor gasto de bolsillo para la atención
2. Vigilar y promover la actualización de la información para la operación de las RISS, desde el estado de los recursos, la cartera de servicios y la regionalización.
3. Analizar la conformación de las RAMC para propiciar acciones de mejora continua en el desempeño del proceso de referencia y contrarreferencia y su impacto en la calidad de la atención médica.
4. Establecer la regionalización bajo la cual se regirán las RISS: La propuesta de conformación de RISS presenta una distribución por regiones como división funcional del territorio sobre la base acceso efectivo a todos los niveles de atención de los servicios de salud.
5. Plan de desarrollo de la RISS tomando como capa básica el trabajo comunitario que incluya la interrelación con medicina y partería tradicional, la vinculación con las medicinas complementarias y los agentes comunitarios de salud, escalando hasta los niveles de mayor complejidad.
6. La organización y administración de las redes están conformadas por múltiples territorios que se encargan de dar servicios de consulta ambulatoria y hospitalaria a la población residente dentro de una región geográfica delimitada. Los criterios para regionalizar tomarán en cuenta la ubicación geográfica de las unidades médicas, la demanda de los servicios (fija y flotante), así como la tendencia y flujo natural de desplazamiento (red carretera y flujo comercial).
7. Acordar los criterios clínicos de referencia y contrarreferencia de las enfermedades de mayor incidencia, prevalencia y de aquellas pertenecientes a los programas prioritarios de salud.

8. Determinar el mecanismo de comunicación (incluyendo telemedicina) entre las unidades de la RISS para el envío y recepción de solicitudes de interconsulta o referencia: vía telefónica, correo electrónico, tecnologías de información y comunicación (TIC), entre otras.
9. Definir y gestionar la aplicación de los criterios sobre las rutas de atención para asegurar la continuidad, referencia y contrarreferencia de la atención desde el primer nivel.
10. Especificar los datos estandarizados que servirán como vía de comunicación entre los niveles de atención y las instituciones que conforman la RISS para: solicitud de interconsulta, solicitud de referencia y formato de contrarreferencia. Estos serán dados a conocer a las unidades médicas que conforman la RISS en los tres niveles de atención a fin de que se tomen como válidos. Con respecto a los formatos, estos deben apegarse a la normativa oficial vigente del expediente clínico (NOM-004-SSA3-2012).
11. En tanto se desarrolla la portabilidad del expediente clínico entre las diversas instituciones del Sector Salud, definir los mecanismos por los cuales las notas médicas resultantes de la atención en otro nivel de atención o en otra institución serán integradas a los expedientes clínicos o electrónicos.
12. Difundir a la comunidad a través de sus redes sociales y grupos de liderazgo, la cartera de servicios ofertada, dónde se oferta y los mecanismos para acceder a ellos, además de los tiempos óptimos de atención y resolutivez.

Figura 8. Referencia y contra referencia



Fuente: SS- SIDSS, 2019

Mecanismos de coordinación asistencial continua

La RAMC es el instrumento de control y monitoreo de los recursos de salud que deben existir y funcionar a lo largo de las unidades prestadoras de servicios de salud, dentro de una unidad geográfica de atención a la salud, que recorren las personas para recibir atención. Mediante la RAMC, en combinación con la información derivada de las RISS, se podrá conocer la capacidad resolutivez real de las unidades prestadoras de servicios y, con base en esta capacidad, planear las acciones para mejorar las condiciones de la RISS y coordinar la referencia, contrarreferencia e intercambio de servicios para ofrecer atención oportuna a las necesidades de la persona a nivel sectorial.

Con el fin de garantizar la coordinación asistencial en todo el continuo de los servicios de salud que se ofertan a una persona con determinada condición de salud, se proponen las actividades siguientes:

1. Definir los medios de comunicación, interacción y coordinación (físicos o digitales según sea posible) entre unidades complementarias del mismo nivel de atención o servicios de la misma especialidad con diferentes niveles de complejidad que requieren trabajar de forma coordinada.
2. Construir estos medios con una visión panorámica de los servicios de salud, es decir, capacitar a los responsables de estas acciones de interacción, establecer las reglas de gestión, y programar los sistemas auxiliares de las tareas con las

proyecciones en todas las acciones, desde las comunitarias hasta las de mayor complejidad.

3. Crear una cultura de mejora continua en los entes administradores de los servicios de salud para proveer a las unidades prestadoras de servicios de salud de los elementos de resolución, en tiempo y forma.
4. Generar mecanismos para contar con información en tiempo real de los elementos de resolutiveidad (equipo, RH, medicamentos, infraestructura, insumos) de los servicios de las unidades prestadoras de servicios de salud, para que sea aprovechada por los mismos generadores de esta información, y por sus homólogos o responsables de los nodos de interacción, a fin de tener un sistema de referencia y contrarreferencia ágil, dinámico, certero y oportuno.

Acción intersectorial y abordaje de los determinantes y equidad en salud

El trabajo conjunto de diferentes sectores para atender, mitigar o reducir las causas que dañan la salud, así como promover factores protectores, se debe llevar a cabo de forma paralela para definir las intervenciones de cada uno de los niveles de actuación (federal, estatal, distrital o local), ya que en el abordaje de los determinantes sociales habrán acciones o gestiones en las que el personal comentado tendrá la comunicación y forma de llevar a cabo la vinculación entre los sectores, pero no la capacidad de darle formalidad y contundencia. En ese sentido, mesas como la formada en 2019 para la estrategia nacional para la prevención de adicciones (ENPA) a nivel federal y las 32 mesas estatales que son presididas por cada secretario de salud estatal y que cuenta con 2 secretarios técnicos, promueven la participación de los enlaces federales que vinculan y canalizan las acciones e iniciativas que estén en el ámbito de competencia de los diferentes sectores, para que sean articulados con el actor, consejo, comité de la red o agente rector, a fin de coordinar las acciones, agendas y programas, de tal manera que se logre lo ampliamente citado en la literatura de salud pública, sobre los desenlaces en salud y el impacto en los DSS.

Estos determinantes deberán identificarse y medirse en el diagnóstico de salud y una vez conocidas:

1. El área coordinadora de la RISS en los DSB podrá convocar a los representantes del sector involucrado de la región de su responsabilidad a reuniones de trabajo, que permitan exponer la problemática e iniciar la gestión para resolverlas (ejemplo, cruces viales con accidentes recurrentes, reunión con el sector minero en caso de contaminación ambiental por desechos tóxicos o relacionados con bienestar, por ejemplo, venta de alcohol adulterado o a menores de edad para promover los factores protectores). De ser necesario, podrá hacerse acompañar de los representantes de la comunidad o de las unidades médicas para apoyo técnico.
2. Asimismo, desde el territorio será la encargada de buscar activamente sumarse a las agendas que favorezcan la salud en todas las políticas en los diferentes niveles de gobierno y en colaboración con el poder legislativo.

Gestión integrada de los sistemas de apoyo

Una vez elaborado el diagnóstico de la capacidad física instalada y las carteras de servicios de la RISS, se determinarán las necesidades de infraestructura, equipo médico, recursos humanos, catálogos de medicamentos, entre otros, que no son solventadas entre las unidades médicas de todos los niveles de atención, a fin de realizar una gestión integrada y conciliada para la adquisición del recurso faltante a través del área coordinadora de la región geográfica.

Esta gestión alinea los equipos de salud, infraestructura y servicios de salud existentes en la red para cerrar las brechas de accesos entre oferta y demanda de servicios, mediante políticas de inversiones, planes de desarrollo y de distribución equitativa de recursos de atención a la salud para lograr las condiciones mínimas de operación que permitan prestar servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos.

Estos requerimientos de gestión serán soportados por diferentes sistemas de información que permitan sostener las operaciones de la atención de médica en cada unidad a lo largo del continuo de la atención, con acuerdos para prestar servicios entre instituciones, los arreglos financieros desde y hacia las estructuras programáticas y presupuestales de programas públicos y, sobre todo, que habiliten el monitoreo continuo de los resultados en salud de las personas y de las comunidades en las diferentes etapas de la vida.

La priorización de las acciones de los recursos, se definirán en las RISS de acuerdo a la resolutiveidad de las unidades, la población beneficiada por dichas acciones, el tiempo de inicio de operación, entre otros aspectos que permitirán definir la mejor ubicación del recurso humano necesario y del equipamiento médico a adquirir, favoreciendo el uso eficiente y buscando los medios de financiamiento más adecuados para su gestión integral desde la planeación de la adquisición hasta su desincorporación por obsolescencia.

Los requerimientos de equipo médico, medicamentos y demás consumibles no podrán realizarse de manera aislada, sino en conjunto, logrando economías de escala y evitando así el dispendio en bienes que pueden ser compartidos entre las instituciones en los procesos de diagnóstico de las condiciones de salud y el uso de los servicios de apoyo y especializados localizados en puntos específicos de la red con lo cual se optimizará el uso de infraestructura, equipos y capacidades clínicas existentes haciendo los arreglos para prestar servicios hacia toda la red.

Pueden también gestionarse de forma conjunta algunos apoyos logísticos, como el movimiento del personal de salud a las comunidades y el transporte de medicamentos a una misma región geográfica, entre otros.

Análisis de recursos humanos para la RISS

Los CCSB deberán contar con plantillas completas de cada institución proveedora de servicio de atención médica de las RISS, que permita optimizar la coordinación, la cooperación y la comunicación para la articulación óptima de cada RAMC. Del mismo modo, se realizarán propuestas de políticas en la conducción de estas plantillas para asegurar que estas permanezcan completas a lo largo del tiempo, previniendo la concentración de personal redundante en ubicaciones urbanas mientras se descuida la atención en las regiones marginadas y vulnerables. Los planes maestros de desarrollo de recursos humanos en red permitirán identificar las capacidades faltantes en cada territorio para orientar los recursos de capacitación hacia crecer la resolutiveidad de cada RISS. La capacitación continua entre todos los integrantes de la RISS será imperativa, lo que permitirá fortalecer

competencias y habilidades. Igualmente, se tendrá que operar un programa de sustituciones emergentes a fin de cubrir vacancias por ausentismo del personal sanitario programado y no programado.

Sistema de información integrado de la RISS

La reorganización de las RISS debe considerar que el sistema de información para la inteligencia en salud en el territorio a cargo de un DSB y del CCSB facilite y apoye prioritariamente las siguientes actividades:

1. Mantener el enfoque hacia las personas y las comunidades al monitorear el continuo de la atención en la red, registrando los acuerdos para prestar servicios de salud, y el monitoreo de la evolución del perfil de salud de la población de responsabilidad, la regionalización, la referencia y contrarreferencia, las barreras de acceso (geográfico, social, financiero, organizacional, de género o identidad) para garantizar la calidad en la oferta de servicios de salud, atención médica y organización comunitaria.
2. Mantener un monitoreo de la calidad del servicio mediante indicadores tales como disponibilidad del servicio, negación del servicio, reprogramaciones, tiempo de gestión, índice de resolución de condiciones de salud, contrarreferencia entre otros que en el mediano plazo vuelvan amable el tránsito de las personas por el Sistema de Salud.
3. Impulsar la participación comunitaria en los aspectos referentes a la salud de la población.
4. Monitoreo de resolutividad y capacidad de las unidades para definir las rutas dinámicas de atención a las personas.
5. Coordinar la prestación de los servicios de salud de todas las instituciones públicas.
6. Identificar y atender los riesgos a la salud en el entorno de las personas, las familias y la comunidad, propiciando la colaboración de otros sectores.
7. Vigilar el cumplimiento de la normatividad respecto a la información en las instituciones públicas, privadas y sociales prestadoras de los servicios de salud.
8. Evaluar los avances en la implantación del Modelo sustentado en APS.
9. En la medida de lo posible, implantar un expediente médico electrónico que favorezca el intercambio entre proveedores de redes o instituciones de salud y que pueda ser consultado por las personas, en términos de sus resultados de laboratorio y estudios de gabinete, entre otras variables médicas.

El sistema de información debe ser un instrumento para la gestión integral de pacientes, recursos humanos (formación, capacitación suficiencia, competencia, evaluación de resultados), medicamentos, suministros, entre otros, con la transparencia necesaria para permitirle a los beneficiarios obtener información asociada a su autocuidado

De esta forma, los CCSB y DSB deberán ser un integrador de la información de las comunidades y de las unidades de salud en su territorio. Se apoyará en los lineamientos normativos establecidos a nivel nacional, pero a la vez tendrá autonomía para generar información que permita apoyar sus procesos operativos y de planeación, de tal manera que se cuente con información casi de manera inmediata, siempre que exista la suficiente infraestructura informática y de conectividad.

Gestión basada en resultados

Una de las metas principales de la gestión basada en resultados es inculcar la cultura del beneficio y mejora continua, que precisa de la retroalimentación, conocido como sistemas de lazo cerrado, porque permiten conocer la situación real de los recursos para la atención de la salud y con ello mejorar la disponibilidad y calidad de información en la que se fundamenta el desarrollo de estrategias y acciones para el fortalecimiento de las redes. De esta forma, se consigue una gestión basada en resultados que implique decisiones correctas y acciones reales para cumplir los objetivos y metas que aseguren la atención continua de las personas.

Para cada RACM, se deberán identificar los diferentes procesos vinculados con la atención del paciente, no solo desde la atención clínica sino desde las barreras de acceso, a fin de identificar para cada proceso cuales son los insumos requeridos, (entradas), los procesos de atención (procesos) y los resultados (salidas). De esta manera se deberán identificar en cada eje de intervención, en cada elemento del modelo, en cada entorno de aplicación operativa y en cada nivel de atención las entradas, los procesos y las salidas que impactan negativamente en el resultado de la red y que necesitan ser medidos y registrados. Esto bajo el enfoque de atención primaria centrada en la persona que entienda que la búsqueda de las soluciones a las barreras de acceso corresponde a los gestores de la red y no a las personas y pacientes.

La búsqueda de soluciones a los resultados deficientes de las RISS deberá ser cuantitativa, cualitativa, precisa y profunda, desde la identificación de las RAMC que no están cumpliendo con los objetivos y metas y la forma en que cada elemento de resolutividad afecta el resultado, hasta las causas que han llevado a que ese recurso disminuya el desempeño de la red. Por ejemplo, el tratamiento tardío de un paciente debido al paro de un equipo médico o el daño de la infraestructura esencial por falta de mantenimiento, impidiendo el diagnóstico oportuno de una determinada condición de salud.

Para lograr las estrategias anteriores, se requiere:

1. Actualización de los territorios de responsabilidad de los diferentes elementos de la RISS a nivel sectorial.
2. Establecer poblaciones específicas y cuantificables de cada establecimiento, red de hospitalización y red de alta especialidad.
3. Contar con una regionalización funcional del territorio que favorezca el aprovechamiento de la infraestructura del país, en sintonía con los recursos y retos existentes en cada una de sus regiones.
4. Contar indicadores precisos de productividad, de calidad de la atención, de satisfacción de los usuarios y de reducción de desigualdades, que se reporten periódicamente.

5.4 Servicios esenciales en salud colectiva

Inteligencia en Salud

La inteligencia en salud es el conjunto de procesos que incluyen el diseño de información e indicadores, la generación y registro de información en salud y de vigilancia epidemiológica, y su procesamiento, análisis, interpretación y gestión para apoyar la toma de decisiones en distintos niveles gerenciales y operativos del Sistema Nacional de Salud.

Las funciones principales de la inteligencia en salud son identificar las vulnerabilidades y amenazas a la salud, evaluar los riesgos a la salud en el entorno de las personas y las comunidades, analizar los componentes del riesgo y proponer estrategias para tolerarlos, mitigarlos o transferirlos y, mediante la construcción de escenarios, apoyar la toma de decisiones en el contexto de las políticas públicas de salud para asegurar el bienestar de la población. Esto incluye no solo los riesgos ambientales y estructurales para el desarrollo de enfermedades y preservación de la salud, sino también la necesidad de incorporar la inteligencia en los servicios de salud. A través de ello, se podrá tener criterios de desempeño de los diferentes niveles de atención y su integración en las redes de servicios y de apoyo diagnóstico, para detectar las barreras en la continuidad de la atención oportuna y de calidad y tomar decisiones al respecto en los CCSB.

La unidad rectora sectorial de la inteligencia en salud será coordinada por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, que emitirá la normatividad para regular el ciclo y gestión de inteligencia y vigilará su cumplimiento. Bajo la rectoría y liderazgo de la DGIS, el Sistema Nacional de Inteligencia en Salud (SNIS) incluirá a las áreas de inteligencia de los servicios estatales de salud pública y de las instituciones del Sistema Nacional de Salud. El SNIS se apoyará en el ecosistema de colaboración con la academia y la sociedad civil, para suplementar las capacidades analíticas del personal de inteligencia y para capacitarlo en diversas disciplinas relativas a la generación y gestión de inteligencia.

Métricas e indicadores

El punto de partida de cualquier esfuerzo analítico de inteligencia es establecer métricas claras y homogéneas, para poder construir indicadores sustantivos y de supervisión válidos y pertinentes. Este proceso implica una discusión continua con las áreas gerenciales de los programas de salud pública y de atención médica, para conocer el flujo de información en las atenciones y definir para las métricas e indicadores su contenido, metodología de registro y limitantes conceptuales. En cada uno de los programas o estrategias en salud colectiva prioritarios se incluyen los indicadores de proceso, resultados e impacto para cada una de las prioridades.

Vulnerabilidades y amenazas

El análisis de riesgos comienza por identificar dos rubros. El primero es las capacidades institucionales y operativas para brindar atenciones en salud y sus brechas, en otras palabras, las vulnerabilidades del sistema de salud. El segundo es la incidencia y distribución temporal y geográfica de las amenazas a la salud, sea por agentes infecciosos o por condiciones de salud que derivan en enfermedades crónicas. Al cruzar las incidencias de las amenazas con las capacidades de respuesta del sistema de salud se pueden evaluar los riesgos a la persona y la comunidad.

Las vulnerabilidades se registran mediante los sistemas de información en salud, mientras que las amenazas mediante los sistemas de vigilancia epidemiológica. Para poder evaluar los riesgos con menor grado de incertidumbre es indispensable que la información de vulnerabilidades y amenazas se registre con prontitud en la operación diaria.

Análisis de determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son un conjunto de condiciones ligadas a procesos demográficos y socioeconómicos que elevan o disminuyen la probabilidad de enfrentar riesgos específicos. Estos determinantes sociales se expresan, por lo general, en espacios geográficos específicos, durante periodos largos. La desagregación espaciotemporal de los determinantes sociales de la salud ayuda a identificar conjuntos poblacionales que requieren atenciones en salud puntuales y diferenciadas. El énfasis de este tipo de análisis es incrementar la efectividad de las intervenciones sociales y en salud, para alcanzar desenlaces más equitativos.

Análisis de riesgos

El análisis de riesgos permite establecer bases comparativas sobre la probabilidad de resultados adversos para procesos homogéneos ex ante, en poblaciones y espacios heterogéneos. Mediante la comparación de estos riesgos es posible identificar elementos en las amenazas y/o vulnerabilidades del sistema de salud que sean susceptibles de modificación, para afinar la implementación de políticas públicas en salud. Estas intervenciones pueden resultar en estrategias para evitar, mitigar, tolerar o transferir riesgos entre participantes del sistema de salud. La puesta en práctica de estrategias de manejo de riesgos debe permitir alcanzar mayor eficiencia, efectividad y equidad en los desenlaces en salud. No obstante, el análisis de riesgos también advierte sobre conjuntos de condiciones en los que las estrategias de manejo de riesgos no serán útiles o efectivas. Las alternativas entre estrategias de intervención suelen presentarse mediante escenarios, que permiten guiar la toma de decisiones.

Gestión de inteligencia

Las decisiones que deben tomar los participantes en el sistema de salud dependen de si son gerentes, proveedores de atenciones o usuarios. Cada uno de estos grupos de actores requieren información y análisis de diferente naturaleza y con distinta frecuencia. La gestión de inteligencia debe alimentar a cada grupo con productos que sean relevantes para las decisiones que le atañen.

Para la alta gerencia del Sistema Nacional de Salud, los productos de inteligencia deben atender las necesidades estratégicas de la política pública. Para los proveedores de atenciones, los productos de inteligencia deben asegurarles acceso a indicadores de supervisión y monitoreo de las atenciones en salud, según su ámbito de acción. Para los usuarios del sistema de salud, las áreas de inteligencia deben proveer información de acceso abierto lo más amplia posible, respetando el marco de la transparencia y protección de datos personales, que les permita orientar sus decisiones sobre cuándo y dónde buscar atención médica y contar con su historial de atenciones en salud en todo momento.

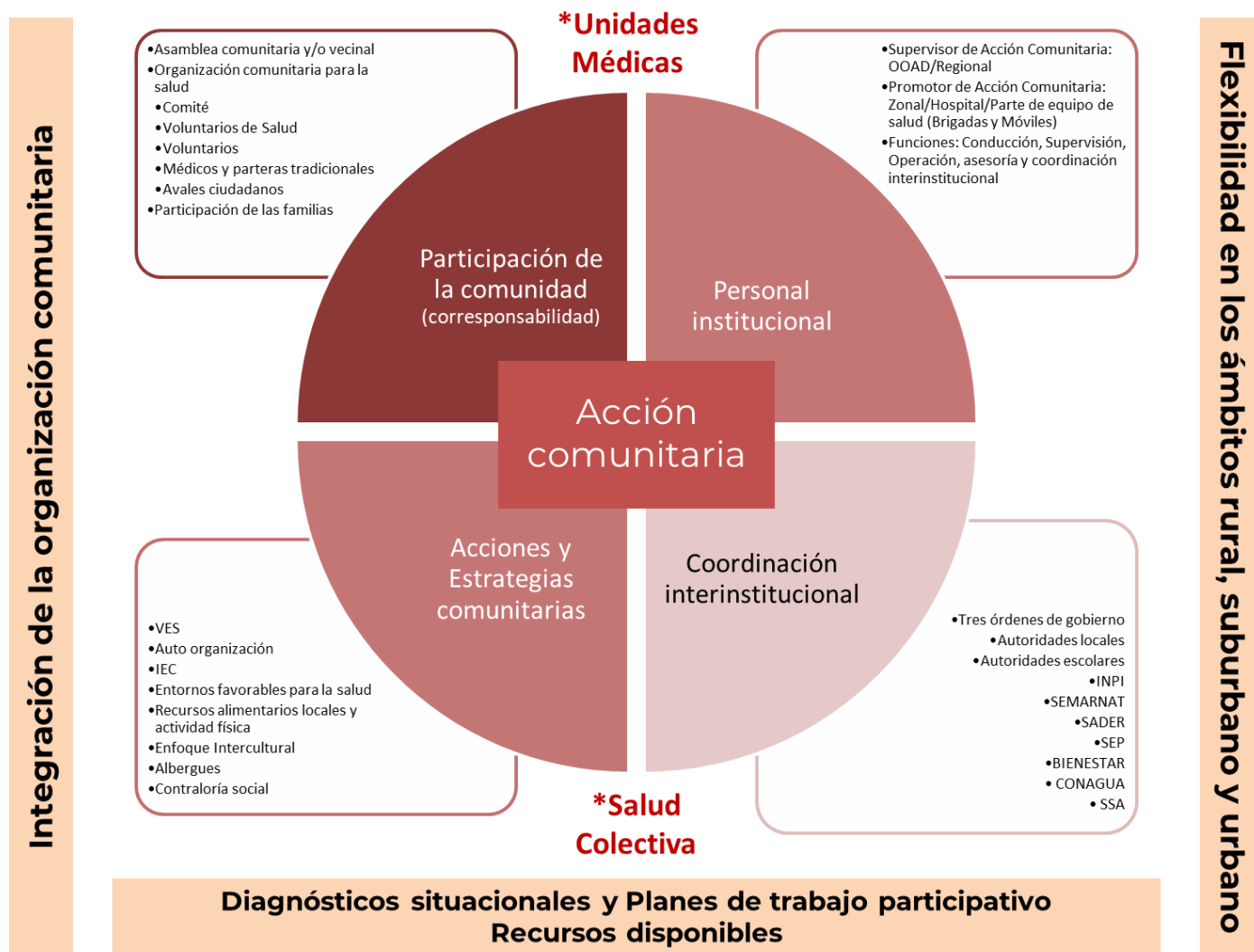
Por último, las áreas de inteligencia en salud pueden cumplir un papel central en proveer información oportuna a las áreas de evaluación de desempeño, otras áreas de la administración pública y organismos internacionales.

Servicio integrado de promoción de la salud

Este apartado presenta el modelo organizacional y operativo para la promoción de la salud desde una visión de sanitarista integral. A lo largo de su desarrollo se presenta el Servicio Integrado de Promoción de la Salud (SIPS), el cual, de manera general, presenta los componentes de acción directa que son ejercidos desde los instrumentos de acción colectiva, como los DSB y el SNSP, y establece la coordinación y concordancia con aquellas acciones comunitarias propuestas desde las unidades médicas y enfocada a las personas y a sus familias. Esto lo hace a través de funciones e intervenciones que van desde lo individual, pasando por la familia, hasta lo colectivo e intersectorial para lograr salud para todos con equidad y atención igualitaria, sin discriminación alguna en la prestación de los servicios y accesible (ver Figura 9).

A lo largo de este capítulo se desarrollará el enfoque colectivo y estratégico del SIPS, se especificarán los componentes operativos que de este resulten y se hará referencia y vinculación a las acciones comunitarias enfocadas a las personas y sus familias desde las unidades médicas, según corresponda. No obstante, este segundo componente será desarrollado en la sección de este documento focalizada a la atención médica, específicamente en capítulo denominado: Acción comunitaria.

Figura 9. Modelo del servicio integrado de promoción de la salud



Fuente: Elaboración propia.

Siglas: OOAD es Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada; VES es Vigilancia Epidemiológica Simplificada; IEC es Estrategia de Información, Educación y Comunicación.

El SIPS es una plataforma que se adapta a los programas de salud pública existentes y a la atención primaria de la salud. Está integrado por cuatro componentes sustantivos (áreas de incidencia) y tres componentes transversales (herramientas), así como por cuatro niveles de acción (dimensiones) y por dos momentos en que se realizan las acciones (ver Figura 10).

Figura 10. Servicio Integrado de Promoción de la Salud



Los componentes sustantivos del SIPS son las áreas en donde se ejerce la promoción de la salud y se incide en la modificación de los comportamientos y entornos para mejorar la salud de la población desde la dimensión individual, familiar y comunitaria, impulsando la responsabilidad compartida de todos los sectores.

1. Identificación y manejo de riesgos personales,
2. Participación social para la acción comunitaria,
3. Vinculación,
4. Trabajo con otros sectores.

Además, se integran 3 componentes transversales: comunicación de riesgos con soporte en la mercadotecnia social en salud, desarrollo de competencias en salud, y efectividad para la salud.

El servicio de promoción de la salud se entrega de manera integral y con todos sus componentes, desde el nivel federal hasta el nivel local. La efectividad es mayor si los componentes del SIPS están integrados. Asimismo, las acciones para que las personas adquieran conocimientos y herramientas para tomar decisiones más informadas sobre su salud y la de su comunidad. El SIPS permite que los individuos adopten estilos de vida saludables y que aboguen y gestionen por entornos saludables, lo que corresponde a la finalidad del servicio integrado.

Descripción de niveles de organización

El SIPS se aplica en las intervenciones que se llevan a cabo en el nivel personal/ individual, familiar, comunitario e institucional con énfasis en las brechas de desigualdad que implican las determinantes sociales como la edad, sexo, ocupación, actividad, tipo de discapacidad, tipo de riesgo o enfermedad durante todo el ciclo de vida. Ellos reciben de forma directa o indirecta el servicio de promoción de la salud, independientemente si lo otorgan los prestadores de servicios de salud en todos los niveles o lo reciben de acciones intersectoriales que coadyuvan para tal fin (ver Figura 11).

Figura 11. Beneficiarios del Servicio Integrado de Promoción de la Salud

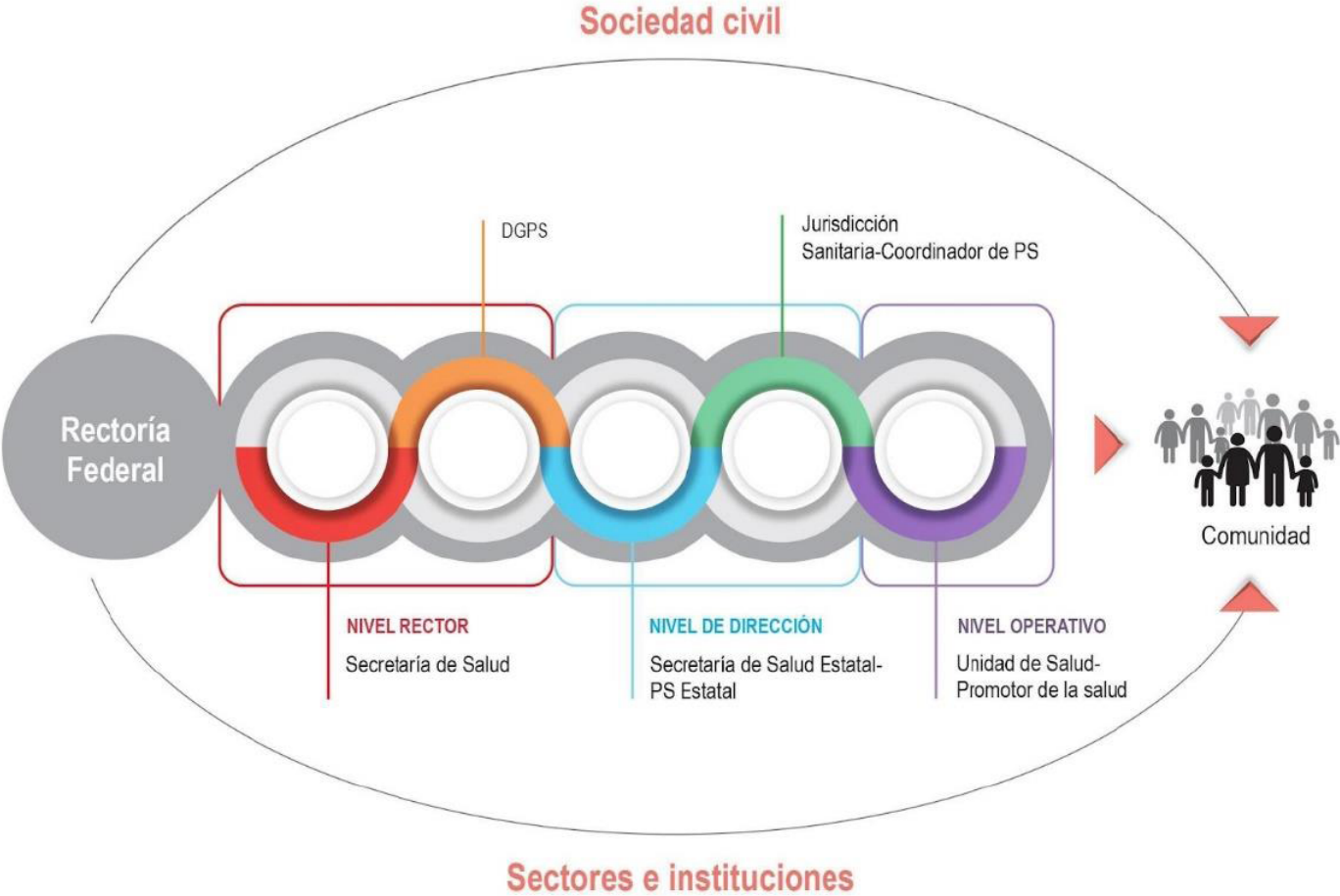


El SIPS necesita una plataforma organizada que dé soporte a su aplicación mediante programas, estrategias y acciones sustantivas que han de desarrollarse para el cumplimiento de los objetivos y fines de la promoción de la salud, y que permitan registrar los resultados cualitativos y cuantitativos de las estrategias. Dada la esencia intrínseca y multifacética de la promoción de la salud, se requiere alinear las interacciones que se dan al interior de la institución. Es por ello, que en ese *sentido institucional* se parte en tres niveles de acción y organización:

1. **Rectoría:** es lo referente a emitir las políticas, prioridades, principios, reglas, líneas que deben aplicarse técnicamente.
2. **Dirección:** es guiar la operación, coordinar, capacitar, estimular al personal que opera los programas.
3. **Operación:** es otorgar el servicio integral de promoción de la salud a la población, es la acción en campo con los diferentes universos con los que se trabaja.

Para hacer efectivo el servicio se debe de construir una cadena de valor de los actores, desde las instancias federales hasta los promotores de la salud que cuentan con las competencias técnicas y las capacidades sociales-gerenciales adecuadas (ver Figura 12).

Figura 12. Cadena de valor del Servicio Integrado de Promoción de la Salud



El valor final de una cadena admite diferentes enfoques. Así, para el ciudadano común el valor último que obtiene de las intervenciones de promoción es el aumento de su bienestar, calidad de vida y/o de su capacidad funcional. Para los promotores, mientras tanto, el valor final es el impulso que dan las intervenciones que fortalecen a los determinantes sociales de la salud y el grado en que se contienen los riesgos.

Propósito del Servicio Integrado de Promoción de la salud

- Abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos, equidad, inclusión y salud para todos, empezando por esas pequeñas acciones que toman en cuenta a los grupos de población minoritarios, como lo son los grupos vulnerables y las personas con discapacidad, lo cual garantiza que con estas consideraciones de hecho y de derecho, si estamos atendiendo a todas y cada una de las personas.
- Invertir en las medidas y/o estrategias de accesibilidad e infraestructura que libren todas y cada una de las barreras de las personas, permitirá que las acciones de prevención y promoción de la salud sean sostenibles, y aborden de manera efectiva los determinantes sociales de la salud.
- Trabajar con los sectores público, social y privado para sumar recursos materiales y humanos en beneficio de la salud de la población.
- Crear capacidad para el desarrollo de políticas, liderazgo, las prácticas e intervenciones de promoción de la salud, sensibilización, capacitación, la transferencia de conocimientos y generación de competencias.
- Vincular y constituir alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y con la sociedad civil para impulsar medidas sostenibles.
- Establecer políticas, normas y leyes que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños a los derechos humanos y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas.
- Empoderar a las personas y sus comunidades para ejercer la gobernanza efectiva en salud, y empoderamiento ciudadano.
- Aplicar acciones de promoción de la salud basadas en equidad de género e interculturalidad.

Primer nivel	Rectoría
Orden:	
Objetivo de nivel:	Desarrollar la política de transformación
Responsables:	Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Promoción de la Salud, DG y CN que integran la Subsecretaría.

Coordina:	Dirección General de Promoción de la Salud
Función:	Gestiona, organiza y dirige las políticas de salud pública y promoción de la salud
Documentos:	– Ley General de Salud – Programa de acción específico políticas de salud pública y promoción de la salud 2020-2024 – Norma Oficial Mexicana/ Criterios de operatividad

Principales aspectos:	– Actualización de la Ley General de salud – Elaboración de Normas Oficiales Mexicanas y lineamientos para la operatividad de promoción de la salud – Desarrollo del documento rector del Servicio Integral de Promoción de la Salud. – Capacita a los responsables estatales de promoción de la salud y de la operatividad del SIPSS, así como a los responsables de los programas preventivos a nivel federal, actores claves del Sistema Nacional de Salud y de otros sectores. – Trabajo intersectorial para incorporar los componentes del SIPS en planes de trabajo y en la definición de políticas públicas saludables (salud en todas las políticas). – Definición de perfiles y competencias de los prestadores del SIPS: gestión del recurso federal para la implementación del SIPS a nivel estatal. – Gestión del recurso federal para la implementación del SIPS a nivel estatal. – Definición de indicadores de evaluación y seguimiento – Acuerdos de vinculación con otros programas de salud pública e instituciones del Sistema Nacional de Salud para aplicación del SIPS – Operacionalización coordinada con el Servicio Nacional de Salud Pública – Trabajo en coordinación y acompañamiento a los elementos de los modelos de promoción de la salud y acción comunitaria desarrollados y propuestos desde la atención médica.
-----------------------	---

Segundo nivel	Dirección
Orden:	Estatad e institucional
Objetivo de nivel:	Homologar el servicio integral de promoción de la salud con todos los programas de acción específica.
Responsables:	
Coordina:	Dirección General de Promoción de la Salud/ Servicios Estatales de Salud, área de promoción de la salud. Servicios de Salud del IMSS para el Bienestar.
Función:	guiar la operación, coordinar, capacitar, estimular al personal que opera los programas.
Documentos:	Criterios operativos del programa de acción específico de políticas de salud pública y promoción de la salud
Principales aspectos:	– Operación del SIPS en los programas de acción específico, lineamientos, procedimientos y recursos. – Elaboración del SIPS estatal y establecer la estructura operativa. – Organización del servicio: – Infraestructura – Recursos humanos – Suministros

- Gestión del sistema procesos:
 - Presupuesto basado en resultados
 - Matriz de indicador de resultados
- Alineación a proceso de territorialización y regionalización, oportunidad de acceso y determinantes sociales.
- Capacitación de los responsables de los programas preventivos nivel estatal, los actores claves al interior y fuera de la Secretaría de Salud Estatal y responsables de distritos de salud
- Gestión de recursos financieros para la implementación del SIPS en la entidad
- Se ejerce intersectorialidad en el estado

Este conjunto de actividades y aspectos deberán realizarse siempre en coordinación con el Servicio Nacional de Salud Pública, y, según corresponda, con los componentes de acción comunitaria a las personas y familias desde los equipos de salud de las unidades médicas.

Tercer nivel	Operación
Orden:	Distrital
Objetivo de nivel:	Operar el servicio integrado de promoción de la salud
Responsables:	Servicio Nacional de Salud Pública, Servicios estatales de Salud, área de promoción de la salud
Coordina:	Dirección General de Promoción de la Salud, Servicios estatales de salud área de promoción de la salud, Distritos de Salud
Función:	otorgar el servicio integral de promoción de la salud a la población, es la acción en campo con los diferentes universos con los que se trabaja.
Documentos:	– Herramientas de trabajo para la ejecución de los servicios en campo del SIPS.
Principales aspectos:	– Capacitar a nivel distrital local sobre el SIPS. Capacitar a promotores, voluntarios y agentes de salud. – Coordinar la aplicación del SIPS en los municipios de su Distrito de Salud. – Gestionar apoyos logísticos y recursos. – Evaluar e integrar resultados. Este conjunto de actividades y aspectos deberán realizarse siempre en coordinación con el Servicio Nacional de Salud Pública, los Distritos de Salud y, según corresponda, con los componentes de acción comunitaria a las personas y familias desde los equipos de salud de las unidades médicas.

Brigadas territoriales para promoción

Mediante brigadas locales de personas promotoras de la salud se ejecutan acciones de campo directamente en el territorio. Estas brigadas deberán realizarse de manera coordinada, en términos estratégicos y operativos, con el Servicio Nacional de Salud Pública, y con los componentes de acción comunitaria a las personas y familias desde los equipos de salud de las unidades médicas. Dichas brigadas tendrán diferentes actividades:

Visita casa a casa

- Entrega de información
- Acción coordinada para el tamizaje de enfermedades prioritarias en salud pública
- Entrega de insumos en materia de salud sexual y reproductiva
- Detección de violencia intrafamiliar

Modificación de entornos

- Estrategia de entornos laborales saludables y seguros (Enlase)

Escuelas saludables y activas

- Alimentación saludable

- Actividad física
- Salud mental y prevención en adicciones
- Salud sexual y reproductiva
- Supervisión de Cooperas
- Asesoría de la lactancia materna
- Visibilización, sensibilización y capacitación para la atención de las personas con discapacidad y grupos vulnerables
- Jornada Nacional de Salud Pública
- Ferias de la salud
- Mercados saludables
- Comunidades promotoras de la salud

Abogacía en salud

- Trabajo con autoridades municipales en sus planes de trabajo para establecer políticas saludables en el municipio
- Capacitaciones a cabildo

Activación comunitaria

Las actividades de activación deberán realizarse de manera coordinada, en términos estratégicos y operativos, con el Servicio Nacional de Salud Pública, los Distritos de Salud, con los componentes de acción comunitaria a las personas y familias desde los equipos de salud de las unidades médicas, así como con las acciones en esta materia que las autoridades estatales en salud decidan implementar.

- **Planeación:** Realizar la planeación con enfoque de determinantes sociales para definir las localidades en las que se va a trabajar dando prioridad a aquellas de mayor grado de marginación,
- **Diagnóstico local participativo de necesidades en salud:** La capacitación, planificación, implementación, y evaluación de las intervenciones que se desarrollan con la participación de la población, para facilitar una relación más estrecha con el personal de salud y municipal, para el desarrollo de respuestas integrales
- **Priorización de problemas de salud a atender:** Identificar las necesidades de salud a través de Foros de Discusión, Asambleas o Reuniones Comunitarias
- **Capacitación de actores claves en la comunidad:** Capacitación de comités locales de salud, líderes comunitarios y voluntarios para trabajar en salud
- **Gobernanza y gestión:** Impulsar mecanismos de gobernanza, a través de espacios e instrumentos de acuerdo con la unidad de salud local, el municipio y la comunidad. Orientar a la población para la gestión y solución de las necesidades a atender
- **Organización de redes de participación comunitaria:** Organización de las redes de participación comunitaria desde lo local hasta lo estatal.
- **Colaboración intersectorial y seguimiento a las gestiones:** Colaborar en el establecimiento de acuerdos entre el Comité Municipal de Salud, Comité local de Salud y los representantes comunitarios, para el desarrollo de acciones de mejora con base en el Plan de Acción y Gestión para la solución de necesidades en Salud y dar seguimiento a las gestiones
- **Laboratorios locales de comunicación de riesgo:** Personal especializado en comunicación, diseño y mercadotecnia donde se desarrollan estrategias locales de cambio de comportamiento y de información mediante diferentes canales de comunicación, acorde al análisis del panorama epidemiológico y de determinantes sociales de la salud:
 - Radio comunitario
 - Televisión local
 - Redes sociales y plataformas de internet
 - Mensajería instantánea
 - Perifoneo
 - Medios impresos

Para el 2024, se espera que las 32 entidades federativas elaboren, adapten y pongan en operación en sus entidades el servicio integrado de promoción de la salud, el cual tiene como propósito generar estilos de vida y entornos saludables a través de los 4 componentes sustantivos y los 3 componentes transversales.

Coordinación intersectorial

La garantía del Derecho a la Salud no es un tema de competencia exclusiva del Sector o de la Secretaría de Salud, está en íntima relación con la garantía, proveeduría y respeto del resto de los Derechos Humanos, aunque tradicionalmente se ha asociado con la atención médica de los procesos de enfermedad, es decir, desde una visión clínica o medicalizada con una visión limitada.

Sin embargo, esta visión ha cambiado a lo largo de los años y hemos entendido que la garantía de este derecho depende de la vinculación con otros sectores importantes para el pleno desarrollo de las personas como la educación, vivienda, empleo y la cultura. Por estas razones, uno de los ejes centrales es la coordinación intersectorial como mecanismo estratégico de la salud colectiva para la modificación de entornos y los determinantes sociales de la salud.

Ejemplo de esta coordinación es la Estrategia Nacional para la Prevención de las Adicciones (ENPA) bajo el lema de "Juntos por la Paz" bajo el liderazgo de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Esta estrategia está diseñada como una convocatoria social para construir una cultura para la paz y propiciar la regeneración de la comunidad, a través de actividades culturales, deportivas, artísticas, y con organización comunitaria como clubes por la paz. Bajo este esquema, la capacidad de agencia de personas les da herramientas para reconstruir el tejido social, así como dar información y orientación en temas de salud mental, prevención de adicciones y cultura de paz.

Todos los procesos de salud-enfermedad, son fenómenos multifactoriales y complejos. Al entender las posibles causas que las generan, el Estado también se ve obligado a desarrollar un trabajo interdisciplinario con el objetivo de incidir sobre los mismos. En el caso de la ENPA, se abordan los consumos problemáticos de sustancias y las adicciones a sustancias psicoactivas desde la perspectiva de salud mental y salud pública.

En esta estrategia se ha mantenido una visión centrada en las personas y las familias, que invita no solamente a ser partícipe del bienestar y de la salud, también a colaborar para multiplicar ese bienestar hacia las comunidades y los territorios.

El eje central de esta estrategia es reforzar en las comunidades los factores de protección que evitan el inicio y la habituación al consumo de sustancias y disminuir los factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, especialmente la detección y atención de los problemas de salud mental y la carencia de accesos a los servicios de salud mental en el primer nivel y bajo un modelo de APS.

Esta estrategia incluye un grupo interinstitucional de trabajo en todos los niveles, transversal entre organismos de gobierno. Su mecanismo de operación es una mesa federal, 32 mesas estatales y municipales y su necesaria vinculación con todos los actores sociales bajo una amplia convocatoria social. Se trabaja coordinadamente entre las Secretarías de Salud, Educación, Cultura, Trabajo, Seguridad, Deporte y Juventud, en los tres órdenes de gobierno para lograr los objetivos. Asimismo, la estrategia trabaja en unidades territoriales de organización social, con jóvenes que retoman los espacios públicos y con campañas novedosas de comunicación social que atiendan, escuchen, apoyen y cuiden a los jóvenes y niños de las distintas comunidades. En este sentido, y con base en lo establecido en el Programa Estratégico, esta estrategia también entrará en coordinación con los elementos establecidos en los componentes intramuros y extramuros de la atención médica desarrollado en este documento.

La ENPA aborda los determinantes sociales de la salud y la incidencia de estos sobre el estado de salud de las personas. En ese sentido, se coloca como única en su tipo y es por ello que se retoma este esfuerzo coordinado como un ejemplo de mecanismo estratégico y operativa para abordar las diferentes prioridades en Salud Pública.

La salud pública compete a todos los sectores del Estado Mexicano y no es asunto de consultorios médicos u hospitales solamente, sino de las comunidades y sus territorios.

Sangre segura

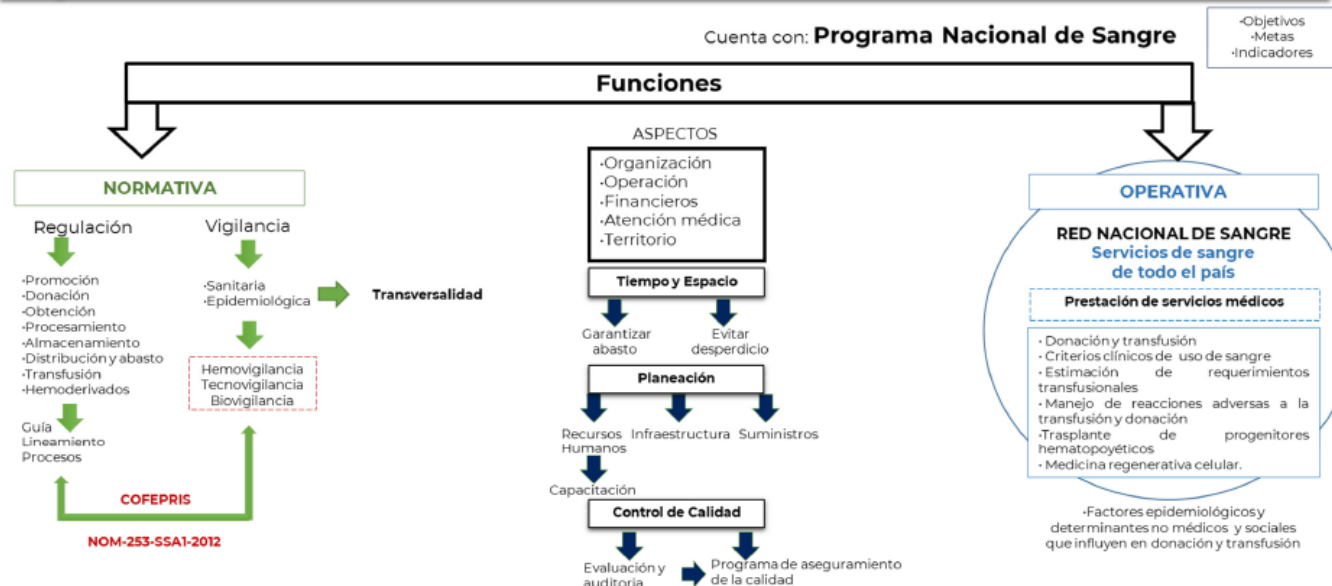
La transfusión de sangre es un componente esencial del cuidado de la salud. Un suministro de sangre insuficiente o inseguro para transfusiones tiene un impacto negativo en la eficacia de los servicios y programas de salud y es clave para brindar a los pacientes atención en numerosas enfermedades agudas y crónicas, por lo anterior resulta esencial definir un Modelo de atención en Salud que garantice los mecanismos de accesibilidad a la sangre y sus componentes, para que ninguna persona en el territorio mexicano carezca de componentes sanguíneos cuando sea requerido por su condición de salud.

La reorganización de los servicios de sangre es una acción planeada que contempla recursos humanos, infraestructura, suministros y capacitación, con el fin de garantizar un acceso seguro, efectivo, universal y gratuito a la transfusión, a través de una eficiencia operativa de los servicios de sangre en el que impere una mejora continua, con adecuada capacidad y calidad orientada a la atención prioritaria de la salud y bienestar de la población, por lo que, esta reorganización es elemento fundamental de un programa de suministro de sangre sostenible en el marco de un Sistema Nacional de Sangre en el que se especifique la rectoría normativa- operativa, gobernanza y operación de un sistema interinstitucional que contemple los aspectos financieros, de operación, de organización, de atención médica y con un enfoque de territorialización y; que contemple los factores epidemiológicos y determinantes no médicos y sociales que influyen en la donación y la transfusión sanguínea.

Un sistema de sangre bien gestionado, regido y coordinado a nivel nacional, es necesario para garantizar la seguridad, eficacia y calidad de los productos sanguíneos por lo que resulta imprescindible evaluar las funciones de los servicios de sangre desde la educación, la promoción de la donación, el reclutamiento de donantes, la selección, la retención y el registro de donantes de sangre; la colecta de sangre, su procesamiento, los análisis serológicos e inmunohematológicos, el almacenamiento, su transfusión y los efectos adversos que genera a los pacientes que la necesitan, así como el posible impacto en la salud de los donadores; lo que tiene como consecuencia una necesaria reestructuración y movilización de recursos para implementar el modelo de salud colectiva que contemple la *rectoría, gobernanza y operación* de los servicios de sangre (ver Figura 13).

Figura 13. Esquema simplificado del Sistema Nacional de Sangre. Incluye espectro funciones normativas y operativas.

SISTEMA NACIONAL DE SANGRE: política pública, con fundamento jurídico desde la LGS, que establece la rectoría y gobernanza del mismo desde la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.



Niveles de organización para Sistema Nacional de Sangre y Gestión

Primer nivel: Rectoría

Orden: Federal

Orden: Federal

Objetivo de nivel: desarrollar la política de transformación

Responsables: Secretaría de Salud/ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud/ Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea/ Comisión Federal Para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

Coordina: Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Función: Formula, organiza y dirige la Política Nacional de Sangre

Documentos: Ley General de Salud/ Programa de acción específico/ Norma Oficial Mexicana/ Reglamento de autorización y operación sanitaria de los servicios de sangre (COFEPRIS)

Principales Aspectos

a) Normativos

b) Sanitarios: regulación y vigilancia

Segundo nivel: Gobernanza

- a) Organización del sistema de sangre: descrito en matriz de operación ideal por tipo de servicios de sangre basado en procesos estandarizados para cada servicio de sangre y regionalización de servicios de sangre, contempla necesidades de:

- I. Infraestructura
- II. Recursos humanos
- III. Suministros

- b) Gestión del sistema: procesos de TODA la cadena transfusional, alineados a funciones específicas de cada servicio de sangre y estandarizado a gestión de calidad, soporta las necesidades plasmadas en organización del sistema (inciso a de este nivel), contempla

- I. Presupuesto basado en resultados
- II. Matriz de indicador de resultados

- c) Atención del sistema: Estándares de calidad y alineación a proceso de regionalización, oportunidad de acceso y determinantes sociales, contempla

- I. Necesidades transfusionales (matriz estandarizada de proyecciones)
- II. Red de abasto de territorio (territorialización, isócronas, emergencias, desastres y desiertos de atención). Optimización del número de bancos de sangre, servicios de transfusión, centros de colecta, centros de distribución y centros de procesamiento de sangre.

Tercer nivel: red de servicio

Orden: Institucional y servicio de sangre

Objetivo: operar en sistema nacional de sangre (red de servicios de sangre)

Responsables: Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea/ Servicios de sangre institucionales

Coordina: Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea e instituciones de salud.

Función: operación de los servicios de atención en la red de servicios de sangre

Documento: Matriz de procedimientos estandarizados por servicio de sangre/ Informe mensual de uso y disposición de sangre y componentes sanguíneos,

Principales aspectos: atención médica y no médica de los servicios de sangre, contempla:

- I. Aspectos médicos
- II. Aspectos epidemiológicos
- III. Aspectos sociales
- IV. Aspectos demográficos
- V. Aspectos culturales

Servicios de sangre contemplados para operación.

1. Banco de sangre
2. Servicio de transfusión
3. Centro de colecta
4. Centro de procesamiento
5. Centro de distribución

Propósito de la reorganización de los servicios de sangre

1. Garantizar el acceso a donación y transfusión segura de sangre para toda la población.
2. Incrementar la eficiencia, eficacia, efectividad y calidad en los procesos del Sistema Nacional de Sangre para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano mediante el fortalecimiento del Sistema Nacional de Sangre a través de la Comisión Nacional de Sangre y la regionalización de los servicios conforme a los nuevos modelos de atención y asistencia social que consideren un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.
3. Respecto a la transversalidad con otros programas prioritarios, incide directamente en los indicadores de embarazo, parto y puerperio, ya que en los casos de mortalidad materna asociada a hemorragia obstétrica, una distribución equitativa, en áreas de alta marginación e independiente del sector involucrado, la sangre segura coadyuvará a abatir mortalidad por falta de acceso a sangre suficiente, programas de respuesta a situaciones desastres y contingencias epidemiológicas, registro nacional de HLA y cáncer hematológico así como erradicación de infecciones de virus de Hepatitis C a través de su detección oportuna en bancos de sangre del país estableciendo una estrecha participación intersectorial que permita generar sinergia de acciones para la resolución de problemas específicos, mejorar la integración sectorial y territorial, con una mayor consistencia y coherencia de los objetivos, estrategias y líneas de acción de los diferentes programas de acción.
4. Se espera que para el año 2024 al menos el 10% de la sangre provenga de donantes voluntarios y altruistas, como parte de los esfuerzos del fomento de la promoción de la cultura de la donación de sangre fundamentada en pertinencia cultural con perspectiva de género, investigación científica y no discriminación, a partir de un Sistema Nacional de Sangre autosuficiente y regionalizado con bancos de sangre que procesan más de 5 mil unidades de sangre por año, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Sangre actualizado a la realidad nacional e internacional, con cero tolerancia a la corrupción, para alcanzar altos estándares de calidad en la obtención de sangre, componentes sanguíneos y células troncales y lograr que la disposición de las mismas sea segura, eficiente, siendo rectore del Sistema el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea con la extensión de la misma a través de los Centros Estatales de la Transfusión Sanguínea.
5. Así mismo, una integración y armonización de los criterios de selección del donante, procesamiento y uso de la sangre y componentes sanguíneos en todos los servicios de sangre de todos los sectores, lo cual permite una operación armónica en términos de seguridad sanguínea. Se espera una evolución normativa basada en la acelerada evolución científica de la medicina transfusional, de modo que la aplicación de técnicas y procedimientos sea con criterios de vanguardia que deriven en la seguridad de los pacientes.

Urgencias médicas

Bajo los preceptos de no dejar a nadie atrás y no dejar a nadie fuera, que las personas van primero y al centro en la prestación de servicios de atención en salud, y que las emergencias y urgencias en salud son momentos torales y representan un estado de

vulnerabilidad para las personas y sus entornos, el presente modelo de atención en salud colectiva propone la gestión y operación directa por la Federación de los servicios de regulación de urgencias y emergencias en salud de las entidades federativas.

La federalización de la regulación de las urgencias médicas parte de una capacidad de respuesta instalada bajo un solo mando y directriz de nivel estatal a cargo de la Federación. En ese sentido, y con el objetivo de lograr una coordinación y articulación efectiva y expedita, esenciales en la gestión de las emergencias en salud y las urgencias médicas incluidas aquellas debidas a problemas de salud mental, conducta suicida y adicciones, se propone la creación de centros estatales de emergencias en salud en cada entidad federativa operados con personal del SNSP.

Estos centros son los espacios técnicos y especializados para el seguimiento operativo de las acciones en salud y de la progresión de los eventos ocurridos, para las funciones de rectoría y liderazgo para la toma de decisiones, planificación, coordinación y vinculación con los demás actores claves de la entidad federativa (autoridades sanitarias, titulares de los ejecutivos locales, protección civil, prestadores de servicios hospitalarios, etc.), según corresponda.

Para su operación, los centros estatales cumplirán con cuatro funciones primordiales en el marco de las Funciones Esenciales de la Salud Pública: monitoreo y alertamiento de eventos en salud, coordinación de servicios de urgencias médicas, gestión y manejo de emergencias en salud, y logística, planeación y vinculación.

En este contexto, esta operación federal de la regulación y coordinación operativa de las urgencias médicas permitirá al interior de las entidades federativas:

- Facilitar una preparación, respuesta y recuperación ante contingencias de forma eficaz y oportuna, con enfoque de protección a la salud de la población afectada, y la limitación de daños.
- Implementar el Sistema de Comando de Incidentes dentro de los Comités de Seguridad en Salud, de los Equipos Especiales de Emergencias, y del Modelo del Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU). Esto permitirá la organización efectiva y coordinada en los tres niveles de los equipos de respuesta: estratégico, operacional y táctico.
- Generar un sistema de articulación y coordinación interinstitucional e intersectorial para prevenir y controlar los efectos causados por las urgencias y desastres naturales, y provocados por la humanidad.
- Generar una estructura para la gestión integral de riesgos y desastres de preparación y respuesta a emergencias en salud.
- Desarrollar sistemas integrales basados en ciclos de gestión de riesgos y su respuesta.

El despliegue efectivo de la capacidad de respuesta se regirá bajo un marco de actuación o modelo organizativo para la ejecución y operación de sus actividades y capacidades. Dicho marco, denominado Sistema de Gestión de Incidentes, permitirá la gestión de los eventos en salud desde los DSB, donde confluirá la coordinación de los elementos estratégicos del gobierno nacional hasta los servicios de respuesta de primera línea.

Así como la coordinación del SNSP se lleva a cabo desde el nivel estatal bajo la rectoría de la Federación, los centros estatales para la regulación de urgencias y emergencias en salud tomarán decisiones estratégicas con las autoridades locales bajo un esquema de coordinación, la operación táctica tendrá como punto de partida la organización desde los DSB para la coordinación efectiva de las actividades a nivel territorial, según corresponda.

Red Nacional de los Laboratorios en Salud Pública

Ante el impacto que las enfermedades infecciosas tienen sobre la salud y la economía, el laboratorio es un pilar para la vigilancia, detección oportuna, prevención y control de enfermedades, componentes esenciales para la estabilidad y seguridad nacional.

En la actualidad, la transformación de la salud pública busca adoptar una visión estratégica que permita anticiparse a los problemas; para ello, uno de los elementos fundamentales es la operación de los laboratorios de diagnóstico, referencia e investigación en materia de salud pública.

Los laboratorios que conforman la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLS) en México muestran una diversidad notable en cuanto a su infraestructura tanto física como de recursos humanos, así como en la generación y manejo de información en todo el territorio nacional, lo que afecta la calidad de esta e impacta en la toma de decisiones en todos los niveles de gerencia del sistema nacional de salud.

Ante este reto y como elemento central del proceso de transformación, el Sistema de Salud Pública federalizará los laboratorios que conforman la RNLS para optimizar su funcionamiento y cumplir con las siguientes metas:

1. Responder a las necesidades de la población mexicana;
2. Cumplir su función de proveer la información sobre los principales problemas de salud pública;
3. Mantener el desarrollo e innovación de técnicas de laboratorio, y;
4. Profesionalizar al personal de la Red ante los retos que las enfermedades emergentes y reemergentes representan.

Así pues, que desde la Federación se establecen puntualmente los elementos rectores centrales y que desde la red de operación federalizada se lleven a cabo los procesos correspondientes.

En materia de rectoría se busca que la federalización robustezca la definición del marco analítico de los agentes biológicos prioritarios, sus respectivos lineamientos técnicos y la evaluación de los procesos diagnósticos relacionados; la supervisión de la operación de la RNLS; la contribución activa a la formación del recurso humano de la RNLS; el apoyo a la evaluación técnica de los productos comerciales de la materia competente, y; el desarrollo de nuevas metodologías diagnósticas.

Por su parte, en materia operativa se busca que la federalización facilite que la RNLS cumpla los lineamientos técnicos de diagnóstico vigentes, genere información confiable y oportuna, informe a los programas de prevención y control de enfermedades

sobre los hallazgos y áreas de oportunidad identificadas, y participe en la evaluación del desempeño correspondiente a fin de procurar la competencia técnica necesaria.

Regulación sanitaria

La Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) ejerce las atribuciones de regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios con el propósito de proteger la salud pública y el bienestar de toda la población, lo anterior, a través de crear y supervisar las normas aplicables a productos de consumo humano, desde sus materias primas, hasta la información comercial de éstos y sus puntos de distribución.

Para lograr lo anterior, es necesario contar con un marco regulatorio de aplicación nacional con perspectiva regional el cual, entre otras cosas, asegure la calidad en los servicios de salud y garantice el acceso oportuno y seguro a insumos de salud. El despliegue y distribución responsable de estas atribuciones a nivel territorial es posible gracias a la consolidación de autoridades sanitarias estatales que trabajen bajo principios rectores y una lógica operativa alineada a la agenda de trabajo del gobierno central.

Para el sector salud, el proceso de federalización de la regulación sanitaria pasa por la consolidación del Sistema Federal Sanitario, responsable de coordinar y supervisar las unidades administrativas estatales, mediante los siguientes cuatro ejes estratégicos:

1) Rectoría federal:

- Implementación de programas y políticas alineadas a la agenda de la autoridad central.
- Homologación de estructuras orgánicas para garantizar la correcta implementación, vigilancia, control analítico y fomento de la regulación sanitaria.
- Designación del cuerpo directivo con perfil alineado al puesto y sin conflicto de intereses.

2) Uso de recursos:

- Asignación presupuestal con base en un programa operativo anual coherente con la agenda de trabajo de la autoridad federal.
- Optimización los recursos materiales, financieros y humanos, en apego a al principio de austeridad republicana.

3) Operación por procesos:

- Fortaleza jurídica en actos de autoridad para evitar el debilitamiento del interés público frente al interés privado.
- Análisis de la información generada para la optimización de la toma de decisiones.

4) Buen Gobierno:

- Homologación de procedimientos internos.
- Transparencia, rendición de cuentas y construcción de confianza ciudadana.
- Supervisión en el comportamiento de las y los funcionarios públicos.

El proceso de federalización de la regulación sanitaria debe de contar con un componente central de certidumbre regulatoria que considere los siguientes elementos: I) El cumplimiento en su totalidad del marco normativo para la protección contra riesgos sanitarios; II) La claridad y estandarización en los requisitos, los procesos y los tiempos de evaluación y III) Una visión homologada, de largo plazo y apegada a las Buenas Prácticas Regulatorias para crear una regulación sanitaria estable y sostenible en el tiempo, alineada al Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

A fin de lograr una correcta implementación de la federalización, el Sector Salud propone la creación de un acuerdo secretarial para el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas en la consolidación y fortalecimiento en materia de protección contra riesgos sanitarios que promueva los cuatro ejes estratégicos señalados anteriormente, con mecanismos de supervisión, monitoreo, evaluación de desempeño y mejora continua.

Su implementación debe ser planificada de manera focalizada junto con un proceso de acompañamiento a través de mesas de trabajo entre la Cofepris y sus respectivas agencias estatales. Lo anterior con la finalidad de formular en conjunto un diagnóstico situacional que permita la identificación de áreas de oportunidad y necesidades de desarrollo de conocimientos técnicos, así como el diseño de proyectos locales y regionales que consideren el contexto social, económico y cultural de cada estado.

Esta construcción conjunta entre el gobierno central y las unidades administrativas garantizará la gobernanza en el Sistema Federal Sanitario y la estandarización en el desarrollo, aplicación y vigilancia de la regulación para la protección contra riesgos sanitarios.

5.5 Acciones prioritarias en salud colectiva

Las Acciones de los Programas de Salud Pública son todas las actividades que realiza el personal de salud en la implementación de los programas de salud pública. De manera general, los programas de salud pública tienen lugar en los tres niveles de atención, incluyendo asistencia en consulta externa, en consulta de especialidad, asistencia quirúrgica, indicación o prescripción de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y atención paliativa (Anexo 1. Intervenciones de salud colectiva).

Para asegurar que estos programas funcionen de manera adecuada, será fundamental que las acciones que realice el personal de salud enfocado en implementarlos, y las estructuras administrativas que se configuren para ello, estén apegados al marco normativo que se establezca para tal efecto. Aunado a ello, el seguimiento, el monitoreo y la evaluación de los Programas serán esenciales para analizar la operatividad de los procesos y los resultados de cada Programa. En ese sentido, y en el marco

de una transformación en salud de carácter progresivo, se establecen las acciones prioritarias en salud pública de tal manera que permita definir los pasos hacia una protección poblacional y colectiva de la salud.

Prioridades en Salud Pública

- 1. Acciones intersectoriales para la modificación estructural de los entornos para reducir el riesgo de enfermedades crónicas**
 - a. Transformación del sistema agroalimentario: Estrategia Nacional para una Alimentación Saludable, Justa y Sostenible.
 - i. Reducir y limitar el acceso y consumo a alimentos ultra-procesados y sucedáneos de leche materna. Eliminación de grasas *trans*.
 - ii. Acceso a agua potable.
 - iii. Guías Alimentarias basadas en Alimentos (GABAs).
 - iv. Articulación de pequeños y medianos productores en cadenas cortas de alimentación.
 - v. Transformación agroecológica, incluyendo la eliminación de plaguicidas y fertilizantes altamente tóxicos.
 - vi. Transformación de entornos claves: Escuelas, centros de trabajo y lugares de gran impacto.
 - b. Gestión integral de la salud ambiental
 - i. Regiones prioritarias de emergencia sanitaria y ambiental.
 - ii. intoxicación por plomo y otras exposiciones prioritarias.
- 2. Reducción de la mortalidad prematura y discapacidad por enfermedades crónicas**
 - a. Transformación del modelo de atención del riesgo cardio-metabólico: Hipertensión arterial, Diabetes, Dislipidemia y Obesidad y sus complicaciones.
 - b. Articulación de las RISS para una atención oportuna, efectiva y resolutive de las urgencias cardiovasculares: Código Infarto y Código Cerebro.
 - c. Prevención de insuficiencia renal crónica
 - d. Modelo efectivo de detección y atención oportuna y resolutive del cáncer en la mujer, infantil y otros cánceres prioritarios.
 - e. Escalar modelo de atención de enfermedad pulmonar crónica.
 - f. Atención integral para un envejecimiento saludable y cuidados a largo plazo.
 - g. Prevención efectiva de patologías bucales.
 - h. Prevención de ceguera.
- 3. Salud Mental y Adicciones**
 - a. Política pública de control de productos de tabaco.
 - b. Fortalecimiento de modelos de atención comunitaria y de las RISS para la detección y tratamiento efectivo de los principales problemas de salud mental en el primer nivel de atención.
 - c. Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones.
 - d. Programa Nacional para la Prevención del Suicidio.
- 4. Enfermedades infecciosas**
 - a. Eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública.
 - b. Eliminación de Paludismo.
 - c. Perspectiva de *Una Salud* para enfermedades de origen zoonótico: Rabia, rickettsia, brucelosis
 - d. Manejo efectivo y eficiente de arbovirosis.
 - e. Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud y resistencia anti-microbiana.
 - f. Vigilancia, prevención y control de enfermedades emergentes.
- 5. Atención integral la infancia y adolescencia:**
 - a. Desnutrición en zonas de alta marginación, población migrante y pueblos originarios.
 - b. Estrategia nacional de los primeros 1000 días.
- 6. Modelos de atención para asegurar los derechos de salud sexual y reproductiva y disminución de mortalidad materna**
 - a. Reducción del embarazo adolescente y erradicación del embarazo en niñas

- b. Eliminación de las muertes maternas prevenibles
 - i. Universalización de los entornos habilitantes para una experiencia positiva para la atención integral de la salud materna y de la persona recién nacida a través de la implementación de las salas de Labor-Parto-Recuperación.
 - ii. Incorporación efectiva de parteras profesionales, enfermeras obstétricas y reconocimiento de la partería tradicional.
 - c. Garantizar el acceso a servicios de aborto seguro.
 - d. Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud para atender a la violencia de género y la violencia sexual.
- 7. Prevención, control y atención centrada en personas y comunidades para VIH, ITS y hepatitis**
- a. Prevención, diagnóstico oportuno y atención integral de las personas con VIH, Hepatitis e ITS.
 - b. Eliminación de la transmisión vertical de VIH, Hepatitis, Sífilis y enfermedad de Chagas
 - c. Disminución de la transmisión de VIH con la expansión de la estrategia de tratamiento profiláctico pre y post exposición.
 - d. Eliminación de Hepatitis B y C.
- 8. Reducción del impacto de las lesiones de causa externa**
- a. Prevención de accidentes de tránsito mediante el uso de casco y medición de alcoholemia.
 - b. Prevención de lesiones accidentales en grupos vulnerables.
 - c. Rehabilitación para la reducción de las discapacidades.
- 9. Control de las enfermedades prevenibles por vacunación y mantener la eliminación de la poliomielitis, del sarampión y la rubeola**
- 10. Atención integral a la persona recién nacida**
- a. Tamizaje metabólico neonatal en la red nacional de laboratorios de salud pública.
 - b. Tamizaje auditivo en los primeros tres meses de vida.
 - c. Capacitación efectiva para el tamizaje cardíaco.
 - d. Tamizaje de cadera.

5.6 Funciones de las Autoridades Estatales de Salud

En el marco de la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar, es imperante la comprensión del panorama nacional de la salud pública, el cual enfrenta retos en las funciones de rectoría, así como de prestación de servicios, financiamiento y generación de recursos humanos; por lo que es necesario llevar a cabo una modernización técnica y operativa de la Salud Pública en México. Para ello, se ejecutará una estrategia encaminada a mejorar los servicios de salud, con la finalidad de garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la población de acceder a una atención integral y de calidad, que contribuya en la transformación del Sistema Nacional de Salud y fortalezca la función rectora de la Secretaría de Salud Federal.

En este sentido, la Secretaría de Salud federal determinará los DSB, basados en las actuales Jurisdicciones Sanitarias, para el ejercicio de su rectoría territorial a través de, o en coordinación con el SNSP y los CCSB. De tal manera, el SNSP a través de sus Coordinaciones Estatales de Salud, establecerá y ejecutará las acciones territoriales de salud pública en cada entidad federativa en colaboración con las autoridades estatales de salud. Desde esa perspectiva, se establece el siguiente decálogo de funciones básicas a desarrollar por la dependencia o entidad de la Administración Pública Estatal que encabece el Sistema Estatal de Salud correspondiente, a fin de que se ejecuten de forma coordinada y alineada a la política nacional de salud:

1. Colaborar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Salud para el Bienestar.
2. Planear, organizar, conducir y evaluar la estructura y operación del Sistema Estatal de Salud, en coordinación con las autoridades federales competentes en la materia.
3. Formular y ejecutar programas locales de salud y acciones territoriales en materia de salud pública, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, de la Ley General de Salud, de los programas federales en la materia y en coordinación y concordancia con las estrategias ejercidas por las autoridades federales competentes en la materia.
4. Formular, instrumentar y ejecutar trabajos y estrategias específicas de los programas y acciones de salud pública, las emergencias en salud y epidemiológicas, en coordinación con las autoridades y estrategias federales de salud de acuerdo con el marco normativo vigente.
5. Ejecutar, vigilar y supervisar, en la esfera de su competencia, la aplicación y cumplimiento de la Ley General de Salud, Normas Oficiales Mexicanas, Políticas, Estrategias, Planes, Programas, Lineamientos y demás disposiciones aplicables en materia de salud pública.
6. Supervisar, evaluar y monitorear la cobertura, acceso efectivo y progresividad de la prestación de los servicios de salud y salud colectiva, así como de la infraestructura, abasto y suministro de medicamentos y demás insumos asociados, entre otros, y colaborar con las autoridades federales en esta materia, según se requiera.

7. Elaborar, organizar, actualizar y evaluar la información estadística local, la cual puede incluir, entre otros, el padrón de establecimientos y productos de bienes y servicios, insumos para la salud, salud ambiental y transfusión sanguínea, así como la integración de censo de las personas usuarias de las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud, y proporcionarla a las autoridades federales competentes.
8. Colaborar con las autoridades federales competentes en la materia, en la coordinación de los distintos sectores público, social y privado participantes en la ejecución de la política de salud pública.
9. Promocionar la investigación científica y formación de los recursos humanos para la salud en coordinación con las estrategias y políticas que en esta materia ejerzan las autoridades federales competentes en la materia.
10. Supervisar y evaluar la prestación de servicios de saneamiento, asistencia social, así como la regulación, control y fomento sanitario, en coordinación y concordancia operativa con las estrategias y políticas que en esta materia ejerzan las autoridades federales competentes en la materia.

En consecuencia, las autoridades estatales de salud en coordinación con la Secretaría de Salud Federal, además de ejercer las atribuciones en materia de salubridad general delegadas por el Titular del Ejecutivo Estatal, así como ejecutar las acciones administrativas, jurídicas, financieras y demás correspondientes en la materia, para su efectivo funcionamiento impulsarán el desarrollo de las funciones básicas descritas en el Decálogo, mismas que se pueden agrupar en tres áreas temáticas esenciales: i) Planeación y Desarrollo en Salud; ii) Implementación de las Políticas en Salud; y, iii) Evaluación de las Políticas en Salud.

Planeación y desarrollo en salud

Partiendo del reconocimiento que los problemas de salud en las Entidades Federativas tienen una naturaleza multifactorial, y con el propósito de contribuir en el desarrollo de políticas públicas diferenciadas, integrales y multisectoriales, las autoridades estatales de salud impulsarán la identificación del estado actual de las condiciones en las que la población vive el proceso de salud-enfermedad, observando en todo momento los distintos determinantes sociales de la salud.

En este sentido, las autoridades estatales de salud a través de la coordinación entre áreas responsables de los procesos de supervisión al interior de las Entidades Federativas y con las autoridades federales competentes en la materia, y del impulso de mecanismos de cooperación estatal y municipal, participarán en el diagnóstico, planeación y desarrollo de estrategias y acciones multidimensionales e interdisciplinarias, así como de herramientas de gestión, que permitan identificar patrones y necesidades específicas de la Entidad Federativa para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Implementación de Políticas en Salud

A través del trabajo conjunto, las autoridades estatales de salud, en su esfera de competencia, así como en coordinación con la Secretaría de Salud Federal, se logrará la ejecución de las estrategias, políticas y programas emitidos por ésta, mediante acciones orientadas a la protección de la salud poblacional en el marco de los servicios esenciales y las acciones prioritarias en salud colectiva, así como estableciendo alianzas con los sectores público, privado y social de la Entidad Federativa.

De igual forma, las autoridades estatales de salud elaborarán, establecerán y promoverán procesos de enseñanza, formación, capacitación, actualización continua y desarrollo del personal para la salud colectiva, así como de gestión de la calidad de los servicios de salud, fomentando la investigación y difusión del conocimiento en la materia, y en coordinación y concordancia con lo establecido por las estrategias federales en esta materia.

Adicionalmente, las autoridades estatales de salud fomentarán la investigación con la finalidad de analizar los conflictos reales y potenciales respecto a las necesidades y resolución de los problemas de salud que enfrenta la población de la Entidad Federativa. Por lo anterior, serán responsables de promover procesos de vinculación para la educación técnica, universitaria y de posgrado del personal dedicado a la salud colectiva en el marco de las estrategias y prioridades federales establecidas en esta materia.

Evaluación de políticas en Salud

En coordinación con la Secretaría de Salud Federal y través de los instrumentos en salud colectiva del presente documento, las autoridades estatales de salud colaborarán en los procesos de evaluación, supervisión y vigilancia integrales de los resultados de los servicios de salud pública prestados en la Entidad Federativa de que se trate. Estos procesos contribuirán para alcanzar los objetivos estratégicos, respecto de sus necesidades actuales y futuras, identificando los retos, avances y rezagos de la gestión de los servicios de salud.

6. Atención médica

6.1 Acción comunitaria

Este capítulo define y describe una estrategia flexible y estandarizada para instrumentar las acciones y servicios comunitarios en salud orientados a las personas y sus familias que forma parte del conjunto de estrategias en salud de tipo comunitario y que fueron descritas con anterioridad como parte del Servicio Integrado de Promoción de la Salud (SIPS) en el componente sustantivo denominado "Participación social para la acción comunitaria".

Este capítulo se concentra en la organización y gestión de la acción comunitaria que realizan de manera extramuros las unidades médicas de los ámbitos rural, suburbano y urbano vinculada con la prestación de servicios de salud personales. Su labor incluye todo lo relativo al control de riesgos en los domicilios y el entorno familiar, los cuidados en el hogar de enfermos y personas con discapacidades, el rescate de inasistentes a consultas médicas y de enfermería, la detección y captación de personas con riesgos a la salud y enfermos, la continuidad de los tratamientos estrictamente supervisados y diferentes acciones de los programas especializados que son realizadas por personal técnico de salud, entre otras labores de promoción y cuidados de la salud.

Si bien el enfoque de este capítulo son las personas y su núcleo familiar, las acciones aquí descritas estarán acompañadas y se realizarán en coordinación con el SIPS a fin de mantener una integración operativa de las acciones en salud. Asimismo, este

conjunto de acciones podrá ser acompañado y complementado por las actividades en salud propias de la entidad federativa en el marco de una operación conjunta y coordinada.

Definición de ámbitos de operación

Ámbito rural(31): Localidades donde sus habitantes se dedican principalmente a labores propias de la agricultura y la ganadería. Este tipo de localidades en su mayoría está integrada por menos de 2,500 habitantes, pueden ser de difícil acceso y carecer de servicios básicos como disponibilidad de agua entubada potable, alcantarillado y recolección de basura. En estas localidades residen, en su gran mayoría, las etnias indígenas.

Ámbito suburbano(32): Localidades de 2,501 a 14,999 habitantes, que están próximas o en la periferia de una ciudad y comparten características de los ámbitos rural y urbanos. Éstas también pueden carecer de servicios básicos.

Ámbito urbano31: Localidades mayores a 14,999 habitantes, donde su población se dedica principalmente a la industria, el comercio y los servicios u otra actividad no relacionada con el campo y la explotación agrícola. Suelen contar con casi todos los servicios básicos.

Flexibilidad operativa de la acción comunitaria

La acción comunitaria extramuros se adapta a las condiciones del ámbito en que se instrumenta, sin perder la esencia de los elementos básicos: Esta flexibilidad está determinada principalmente por:

1. *Conformación de los Integrantes de la Organización Comunitaria para la Salud (OCS):* dependiendo del área geográfica la integración de estos grupos estará sujeta a las dinámicas de vida de la población para tener la flexibilidad necesaria en la instrumentación de las estrategias comunitarias.
2. *Diagnóstico Situacional y Planes de Trabajo Participativo de Salud.* Debido a la amplia variedad de condiciones demográficas, socioculturales y ambientales, existen localidades difíciles de ubicar en alguno de estos ámbitos, por lo que las actividades y estrategias comunitarias se basan principalmente en los Diagnósticos Situacionales y Planes de Trabajo participativos de cada comunidad. Estos Diagnósticos Situacionales se realizarán en coordinación con los DSB y el SNSP a fin de mantener la integralidad de las acciones en salud al servicio de la población.
3. *Focalización de actividades y estrategias.* Se alinearán a prioridades de salud y plan de trabajo, para la optimización de los recursos locales disponibles y logro de los objetivos primordiales en salud. La definición de prioridades y su operación estará en el marco de la atención médica y colectiva de acuerdo a la normativa sectorial y en coordinación con los trabajos de los DSB y las operaciones del SNSP.
4. *Características de la población:*
 - Cultura, forma de concebir la salud bajo los sistemas normativos propios de las comunidades, particularmente importante de considerar en las localidades donde habitan los pueblos originarios.
 - Disponibilidad de tiempo de la Organización Comunitaria para la Salud (OCS), tomando en cuenta en todo momento su carácter voluntario sin vínculo institucional.
 - Dinámica de las condiciones de las localidades, la cual está determinada factores como obras de infraestructura (vialidades, instalación de servicios básicos) o fenómenos sociales (inseguridad, migración); las condiciones físicas y derivadas de la transformación y degradación de la naturaleza, mismas que pueden ser modificadas y exacerbadas por factores ambientales, tales como, el cambio climático (fenómenos naturales, adaptación de vectores transmisores de enfermedades), y es por tanto relevante la voluntad política y la disponibilidad de autoridades municipales y locales a participar.
 - La voluntad política y la disponibilidad de autoridades municipales y locales para participar es un factor indispensable. Debido a su naturaleza, en donde cada acción y estrategia impacta de manera colectiva a grupos poblacionales, este componente es coordinado y operado por los DSB y SNSP.

Elementos básicos para la operación de la acción comunitaria

Para hacer posible la participación comunitaria en los diferentes ámbitos operativos, se cuenta con elementos básicos que permiten la ejecución de acciones en beneficio de la salud de la población a nivel individual, familiar y comunitario:

Personal institucional de Acción Comunitaria

Para garantizar un efectivo otorgamiento del MAS-UM, los Supervisores y Promotores de Acción Comunitaria se incluyen en equipos interdisciplinarios para llevar a cabo actividades integrales de gestión, planeación, ejecución, supervisión y asesoría en los diferentes niveles de conducción y operación del sistema. Sustancialmente, promueven la corresponsabilidad en salud de la población usuaria y coordinados por los DSB promueven también la acción intersectorial local para incidir sobre los DSS.

Conformación: Se alinea a los equipos multi e interdisciplinarios de conducción y operación:

- Supervisor de Acción Comunitaria. De acuerdo con las necesidades operativas, forma parte de equipos multidisciplinarios a nivel estatal o regional.
- Promotores de Acción Comunitaria. Forma parte de equipos interdisciplinarios a nivel de Zonas de Supervisión (1 por zona comprendida de 15 a 20 Unidades de Salud). Hospital (1) y formando parte de los equipos de salud de Brigadas de Salud (1 x BS x 1000 hab.) y Unidades Móviles (1 x UM).

En las acciones comunitarias vinculadas a la atención médica (a la unidad de salud fija o móvil) el área específica para coordinar el ámbito operativo entre la unidad de salud y el supervisor/promotor de acción comunitaria en salud pública, se incorporan dos figuras importantes:

1. Supervisor de Acción Comunitaria vinculada a la atención médica (SAC).
2. Promotor de Acción Comunitaria vinculada a la atención médica (PAC).

A la par del ES de cada unidad médica, el supervisor y el promotor de acción comunitaria son el enlace con la comunidad a través del equipo de acciones comunitarias; a ellos corresponde guiar el proceso para que la labor de la OC sea efectiva y se conduzca con base en las prioridades en salud de la localidad.

Estas actividades deberán diseñarse y realizarse en coordinación y concordancia con las demás actividades de tipo comunitaria realizadas en el marco del SIPS y los instrumentos de atención colectiva, como los DSB y el SNSP, y según corresponda, con la colaboración de las entidades federativas.

Supervisor de acción comunitaria vinculadas a la unidad médica

Su ámbito de responsabilidad corresponde a entidades federativas, regiones, hospitales y zona de servicios médicos, y sus principales funciones son:

- Participa junto con el Equipo Multidisciplinario de Supervisión (EMS) en la integración anual del Diagnóstico situacional de salud, Programa de trabajo y Cronograma de visitas de supervisión-asesoría.
- Elabora conjuntamente, el programa mensual de visitas de supervisión-asesoría.
- Elabora el Programa anual de capacitación a los Promotores de Acción Comunitaria vinculadas a la atención médica.
- Elabora y mantiene actualizado el croquis epidemiológico del universo de trabajo.
- Proporciona inducción al puesto a los Promotores de Acción Comunitaria vinculadas a la atención médica (PAC) de nuevo ingreso.
- Proporciona capacitación y actualización continua del personal de Acción Comunitaria vinculadas a la atención médica.
- Acude a las unidades médicas de PNA y SNA para vigilar la adecuada programación y cumplimiento de las actividades de supervisión-asesoría del PAC.
- Establece junto con el personal supervisado, el Plan de mejora derivado de la visita de supervisión-asesoría.
- Elabora el informe de las visitas de supervisión-asesoría.
- Validar y sancionar el Programa de trabajo mensual del personal de Acción Comunitaria a su cargo.
- Sostiene trabajo colaborativo con el supervisor de acciones comunitarias de salud pública en beneficio de la OC
- Valida y analiza la información reportada en los Sistemas de Información
- Gestiona recursos para la realización de acciones para prevenir y mejorar las condiciones de salud de la población.
- Establece coordinación con dependencias, para la atención de contingencias epidemiológico-ambientales y las acciones de control, bajo la rectoría del componente de atención colectiva definida en el presente Modelo.
- Realiza seguimiento a la aplicación de lineamientos, normas, procedimientos y estrategias emitidos.
- Realiza seguimiento a los acuerdos y compromisos derivados de la supervisión de nivel central y de la Unidad de Evaluación.
- Se coordina con el personal del DSB y del SNSP correspondiente para la acción y servicios comunitarias en salud a fin de mantener una operación complementaria y concordante.

Promotor de acción comunitaria vinculada a la unidad médica

Su ámbito de responsabilidad es zona de supervisión, unidad médica, brigada de salud y unidad médica móvil y sus principales funciones son:

1. Participa junto con el equipo zonal en la integración anual del diagnóstico situacional, programa de trabajo, cronograma de visitas y croquis epidemiológico zonal.
2. Elabora juntamente con el ES el programa mensual de visitas de supervisión-asesoría.
3. Programa visitas conjuntas con el Equipo de Supervisión y Asesoría Zonal en los bimestres enero-febrero y julio-agosto, para identificar la problemática de salud local en conjunto con el promotor de acción comunitaria. En el resto de los meses programará visitas en las Unidades Médicas, de acuerdo con la problemática identificada.
4. Elabora el programa anual de capacitación a los Equipos de Salud.
5. Brinda capacitación y asesoría a los Equipos de Salud en las reuniones zonales, visitas a Unidad Médica y promueve su cumplimiento.
6. Realiza en los bimestres enero-febrero y julio-agosto visitas de supervisión-asesoría a las unidades médicas, en conjunto con el equipo de supervisión. El resto de los meses visita las unidades médicas de acuerdo con la problemática identificada.
7. Valida la información reportada en los sistemas de información, cotejando las fuentes primarias con intermedias.

8. Establece junto con los equipos de salud, el plan de mejora derivado de la visita de supervisión-asesoría y da seguimiento a su cumplimiento.
9. Registra en bitácora las acciones realizadas, el avance y seguimiento que realiza el ES.
10. En coordinación con el personal del DSB y del SNSP, da seguimiento a la instalación del Aval Ciudadano y apoya la participación ciudadana y la contraloría social bajo la rectoría del componente de Atención Colectiva del modelo de atención, según corresponda.
11. En coordinación con los responsables de DSB y el SNSP, presentan el Diagnóstico de Salud a las Autoridades Municipales, bajo la coordinación de los Distritos de Salud y según la rectoría del componente de Atención Colectiva del modelo de atención.
12. Gestiona recursos para la realización de acciones orientadas a prevenir y mejorar las condiciones de salud de la población, bajo la rectoría del componente de Atención Colectiva del modelo de atención.
13. Establece coordinación con dependencias para la atención de contingencias epidemiológico-ambientales y las acciones de control, bajo la rectoría del componente de Atención Colectiva del presente modelo de atención.
14. Promueve entre las mujeres embarazadas y en puerperio de alto riesgo la estrategia de Red Social y el uso de los Albergues Comunitarios, en coordinación con el promotor de acciones comunitarias de salud pública.
15. Participa en las reuniones Regionales, Zonales y en los Comités.
16. Realiza seguimiento a la aplicación de lineamientos, normas, procedimientos y estrategias emitidos.
17. Realiza seguimiento a los acuerdos y compromisos derivados de la supervisión zonal, regional, nivel central y de la Unidad de Evaluación.
18. Realiza seguimiento a la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones de la Contraloría Social.

Integración de la Organización Comunitaria para la Salud

La interrelación de los Equipos de Salud con la población es vital para la ejecución de las actividades a nivel local, por lo que sus integrantes se presentan a la comunidad en asamblea comunitaria o vecinal, lo que les facilita conocer la OCS existente o bien conformarla con el apoyo del personal de acción comunitaria.

Asamblea comunitaria o vecinal

La asamblea comunitaria o vecinal es el órgano máximo de la toma de decisiones en la localidad, barrio o colonia, en las que se representan los actores que intervienen de manera directa o indirecta en la planeación, ejecución y seguimiento de las acciones y estrategias comunitarias. Aunque de manera muy heterogénea, esta organización asociada al territorio ya existe y será tarea de los actores de acción comunitaria en salud identificarlas y participar activamente en ellas, impulsando y promoviendo la corresponsabilidad comunitaria en salud. Se deberá coordinar también con las acciones ya establecidas por los Centros Integradores de Bienestar y la estructura federal de delegados de Bienestar y Servidores de la Nación, además de las estructuras de participación ciudadana de cada gobierno estatal y municipal. Asimismo, las actividades en el marco de las asambleas comunitarias también se realizarán, desde su planeación y hasta su implementación, en coordinación con las estrategias de acción comunitaria en materia de salud colectiva y los distintos brazos operativos que éstos tengan, como el SNSP y los DSB.

Los actores de acción comunitaria en salud deberán gestionar en estas organizaciones el apoyo con recursos humanos o materiales al cumplimiento de los objetivos en salud, entre ellos:

- Equipos de salud
- Personal de acción comunitaria
- Organización comunitaria para la salud
- Representantes escolares
- Autoridades municipales y locales
- Comisariados locales
- Organismos gubernamentales
- Organizaciones no gubernamentales
- Líderes en la comunidad
- Representantes de programas sociales y de salud

Organización Comunitaria para la Salud

Integrada por los diferentes tipos de voluntarios existentes en la comunidad, colonia o sector y nombrados en la asamblea comunitaria o vecinal, idealmente conformada por:

Ámbito rural:

- Un Comité de Salud (CS) por localidad sede y por LAI de más de 1,000 habitantes.
- Un Voluntario de Salud (VS) en LAI de más de 1,000 habitantes y por sector de hospital.

- En promedio, un Voluntario (V) por cada 10 a 15 familias que vivan en la localidad sede o LAI.
- Los Médicos Tradicionales (MT) y Parteras Voluntarias (PV) identificados en sede y LAI que decidan estar en interrelación.
- Un Aval Ciudadano (AC) por Unidad de Salud/ Hospital.

Ámbito suburbano y urbano:

- Un CS por sector, barrio o colonia.
- Un VS por sector de hospital, no aplica para los que no tienen universo de trabajo definido.
- En promedio, un V por cada 10 a 15 familias del Universo de Trabajo.
- Los MT y PV identificados en sede y LAI que decidan estar en interrelación.
- Un AC por Unidad de Salud/ Hospital.

Participación y acciones comunitarias

Para fomentar la participación de la población en el autocuidado de la salud, el personal institucional de acción comunitaria y equipos de salud, coordinadamente con la OCS y población en general, llevan a cabo actividades o estrategias en favor de la salud a nivel individual, familiar o comunitario. La participación comunitaria se adapta a las condiciones específicas de los ámbitos suburbano y urbano con el despliegue de iniciativas idóneas para garantizar y ampliar los espacios de acciones que vinculen a las personas, familias y comunidades o barrios con proyectos de promoción y atención a la salud. A continuación, y como se muestra en la Figura 3, se describen las acciones sustantivas de dicho eje.

Integración de diagnóstico situacional y planes de trabajo participativo de Salud

Se integran con el ES, de manera inclusiva, considerando a todas las personas interesadas en participar en las decisiones de salud sin importar edad, género, estado civil, religión, discapacidad, estrato social, cultura, situación migratoria, orientación sexual, lengua, origen étnico, ubicación geográfica o condición socioeconómica, privilegiando acciones anticipatorias e integrales.

A nivel local y dependiendo del resultado del diagnóstico situacional, las estrategias a implementar estarán orientadas para ofrecer servicios y herramientas para que las personas tomen la salud en sus manos y participen activamente en mejorar su salud y prevenir enfermedades. Por ejemplo, si el principal problema de la localidad son las enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión, se fortalecerá la prevención primaria en la detección y control de padecimientos asociados como el sobrepeso-obesidad y se brindará promoción de la salud para tener una alimentación saludable, así como activación física haciendo uso de los recursos disponibles en la localidad. En prevención secundaria se reforzará la demanda de servicio médico para diagnóstico clínico de dichos padecimientos; y en prevención terciaria la OCS se impulsará el apego al tratamiento y conformación de grupos de apoyo a nivel local y de Unidad de salud.(33)

Las estrategias comunitarias también estarán orientadas para apoyar el logro de objetivos de la institución, como la reducción la incidencia de algunos padecimientos considerados como prioridades; para lo cual, de manera enunciativa, más no limitativa, se describen las siguientes:

Vigilancia epidemiológica simplificada

- Estrategia diseñada para identificar proactivamente y a nivel comunitario (extramuros) y derivar oportunamente a personas sospechosas de enfermar, a los servicios de salud. Se efectúa con el apoyo del personal institucional de acción comunitaria, los equipos de salud y la OCS. Esta estrategia NO debe sustituir al sistema normado de vigilancia epidemiológica y se considera una extensión de esta para que de manera proactiva se identifiquen los casos que requieren atención y en su caso notificación al sistema oficial de vigilancia epidemiológica.
- En ámbito rural se privilegia el uso del volante de derivación, el cual deberá seguir los parámetros y prioridades definidas en los programas y estrategias prioritarias de la salud colectiva, para lo cual se sensibiliza a los equipos de salud en la importancia de la contrarreferencia a la OCS para que pueda estar en posibilidad de dar seguimiento a tratamientos e indicaciones.
- Adicionalmente, en los ámbitos suburbano y urbano se procurará hacer uso las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y redes sociales disponibles como WhatsApp, plataformas digitales, correos electrónicos, etc.

La vigilancia epidemiológica simplificada estará coordinada con los distintos componentes que integran el modelo de atención en salud colectiva y sus esquemas operativos a fin de lograr la integración tanto entre la vigilancia epidemiológica con fines médico-clínicos y la vigilancia con fines sanitarios, así como aquella vinculada a los programas prioritarios de salud pública con los programas de seguimiento extramuros en la atención clínica. Algunos de los elementos centrales para esto son los DSB y el SNSP.

Autoorganización de las personas que viven con padecimientos crónicos

En los tres ámbitos de operación, con base a los grupos de riesgo identificados con apoyo de la organización comunitaria y equipos de salud, se impulsará a la constitución de Grupos de Ayuda Mutua, que, siguiendo los lineamientos definidos en los programas y estrategias prioritarias de la salud colectiva correspondientes, que refuerzan el apego terapéutico, permiten compartir experiencias, progresar en el conocimiento de conductas saludables y apoyar a las personas y familias padecimientos crónicos para fortalecer su autonomía y mejorar su calidad de vida.

Estrategias de información, educación y comunicación

Los mensajes de salud se enfocan a la adopción de hábitos saludables que modifican favorablemente los determinantes sociales de la salud o directamente en el estado de salud a nivel individual, familiar o comunitario y acordes al panorama epidemiológico de cada ámbito de operación. Como parte fundamental de las acciones en salud pública, la comunicación de

riesgo y la comunicación para el cambio de comportamiento, deberá seguir las estrategias establecidas por la Secretaría de Salud y serán acompañadas a nivel territorial por las acciones de los DSB y el SNSP.

En ámbito rural se efectúa a través de sus tres vertientes interpersonal, grupal y masiva, procurando la comunicación en lenguas maternas y apoyándose en la concertación de espacios en radiodifusoras interculturales federales o locales.

La estrategia se adaptará al medio suburbano y urbano considerado:

- Los mensajes de promoción y difusión se enfocarán principalmente en las prioridades locales identificadas en los diagnósticos participativos e incluyen las enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus e hipertensión arterial, o bien sobre consultas prenatales, identificación de complicaciones obstétricas/señales de alarma; prevención del embarazo en niñas y adolescentes; servicios de anticoncepción; servicios amigables, chats y líneas telefónicas de atención; identificación y prevención de la violencia de género y sexual; atención a violencia sexual servicios de aborto seguro; detección de VPH y cáncer de mama, según sea el caso y la legislación local.
- La vertiente grupal se acotará a sesiones informativas cortas y se dirigirá esencialmente a grupos de riesgo como los adolescentes en escuelas, grupos de auto ayuda con enfermedades crónico-degenerativos.
- Se promoverá la participación de la comunidad escolar como líderes juveniles para la promoción de la salud a nivel grupal y a través de la organización de ferias de la salud.
- Se privilegiarán los medios masivos con apoyo de las TIC's y redes sociales.
- Coordinación con instancias educativas, para fortalecer mensajes de promoción de la salud con población estudiantil.

Promoción de entornos favorables para la salud

Las estrategias de promoción de entornos favorables para la salud, recuperación de recursos alimentarios locales y promoción de actividades físicas, y la del Fortalecimiento del enfoque intercultural en salud se realizarán a través de la Secretaría de Salud Federal y su brazo operativo en territorio, el SNSP, y los demás elementos descritos en las secciones dedicadas a la atención colectiva en salud del presente documento.

Fortalecimiento del enfoque intercultural en salud

El enfoque intercultural tiene un importante marco de actuación en la labor sobre los determinantes sociales que afectan negativamente la salud a nivel local y el desarrollo de prácticas de inclusión y aceptación de diversidad, que contribuyan a erradicar las expresiones de discriminación y racismo.

Con el objetivo de que los programas de salud se diseñen y operen con criterios interculturales, que aseguren el respeto a la diversidad y los derechos humanos de las y los ciudadanos, se capacita al personal de todas las unidades de salud involucradas en la atención intramuros y extramuros en temas relacionados a este enfoque, a fin de otorgar los servicios acordes con las características culturales de la población y reforzando la igualdad del derecho a la salud. La actividad se realiza de manera coordinada entre el personal de salud y de acción comunitaria. El enfoque intercultural en salud es un llamado a pensar y actuar desde las heterogeneidades de las poblaciones.

Prestación de servicios en albergues comunitarios

Los servicios y actividades comunitarias se llevan a cabo en los hospitales donde exista el inmueble. La finalidad es facilitar el acceso al segundo nivel, particularmente de las personas que viven en localidades lejanas o de difícil acceso al hospital, quienes requieren de servicios de laboratorio o radiodiagnóstico, así como a familiares de personas hospitalizadas. Se ofrece alojamiento, alimentación, área para aseo personal, descanso y sesiones de educación para la salud.

Contraloría social y aval ciudadano

Para fortalecer este canal de comunicación entre servidores públicos y los usuarios de los servicios, que contribuye a la defensa del derecho a la protección de la salud, se debe reforzar la intervención de las áreas involucradas en la atención a las expresiones ciudadanas, la solución a las problemáticas detectadas, así como el seguimiento a las sugerencias referidas por el Aval Ciudadano, en los tres ámbitos de operación. En el ámbito rural se procurará la comunicación con los usuarios en lenguas maternas, con apoyo de la OCS, o traducción de medios impresos. En el ámbito urbano se promoverá la participación de organizaciones no gubernamentales como avales ciudadanos para fortalecer la participación ciudadana en la manifestación de sus expresiones.

Estas actividades, en el marco de una rectoría por parte de la Secretaría de Salud federal, se realizarán de manera coordinada con los instrumentos establecidos en los componentes de salud colectiva del presente documento, como lo son los CCSB y los DSB. Adicionalmente, se difundirán los medios de captación de denuncias, quejas o sugerencias que la Secretaría de la Función Pública pone a disposición a través de medios electrónicos y redes sociales.

Coordinación interinstitucional en el territorio desde los DSB

Como se describe en los componentes de salud colectiva del presente documento, la coordinación interinstitucional tiene el principal propósito de generar una cultura de gobernanza participativa y concurrente, en donde los territorios reconocidos con autoridades agrarias y las reglas de organización urbana y rural exigen corresponsabilidad con las instancias gubernamentales de los tres órdenes de gobierno, así como de la sociedad civil, para contribuir con recursos humanos y materiales para incidir favorablemente en los DSS.

Esta estrategia contemplará representantes de los programas sociales o de salud de las diferentes instancias de los tres órdenes de gobierno, así como de otros sectores cuyas atribuciones inciden directamente en el mejoramiento de las DSS, a fin de complementar actividades y recursos. De manera sucinta y sin ser limitativa se contemplan SEMARNAT, SADER, SEP, BIENESTAR, CONAGUA, COFEPRIS, entre otros. Esta labor es apoyada por personal institucional, pero en los tres ámbitos de

operación, es necesario reforzar la capacidad autónoma y autogestora de la OCS, especialmente de los comités de salud, para que a través de las asambleas comunitarias/vecinales o comitiva presenten los diagnósticos situacionales a la autoridades municipales/alcaldías/locales, representantes de programas sociales o de salud, así como organizaciones de la sociedad civil organizada, para captar apoyos necesarios para la consecución de los objetivos en salud (ver Anexo 4. Programas sociales que contribuyen al bienestar).

Esta coordinación interinstitucional realizada desde los DSB será llevada a cabo desde esta estructura funcional, operará centralmente y liderado desde SNSP y deberá realizarse en colaboración con las entidades federativas y sus acciones en salud. Los recursos obtenidos pueden ser focalizados a diferentes acciones de mejora de infraestructura e imagen institucional, así como para apoyar estrategias comunitarias.

6.2 Primer nivel de atención

La prestación de servicios de salud en el Primer Nivel de Atención (PNA) representa el primer contacto con el sistema de salud, para la conservación de la salud y la mejora del bienestar de las personas, la familia y la comunidad. Los servicios de salud en el PNA incluyen la atención básica intramuros y extramuros que resuelve la mayor parte de las necesidades de atención médica.

Bajo la premisa de que existen en operación distintos tipos de unidades de salud en el PNA, se establecen los criterios básicos y necesarios de infraestructura, cartera de servicios, organización, asignación y distribución de la población para el funcionamiento del *MAS-Bienestar*, fortaleciendo la atención a la salud física y mental de las personas a lo largo del ciclo de vida.

Definición y clasificación de las unidades de salud del Primer Nivel de Atención

Unidades de salud de Primer Nivel de Atención

Se define como el establecimiento público, social o privado(34), cualquiera que sea su denominación, que tiene como finalidad la atención ambulatoria a personas con fines de preventivos, consulta, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. En esta unidad inicia el primer contacto con acciones de prevención y promoción para conservar la salud, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud.(35)

Los servicios de salud en el PNA son proporcionados a través de consulta externa, urgencias, servicios de corta estancia, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y actividades realizadas por los diferentes integrantes del ES, básico o ampliado. En la definición de unidad de salud no debe confundirse que solo se trata de atención profesional por parte de personal médico, sino es lo referente a la prestación de los servicios de salud por un equipo multidisciplinario.

Unidades móviles de APS

Son vehículos que contienen equipo de diagnóstico y tratamiento de diversos niveles de capacidad resolutive y son operados por personal capacitado: médico, de enfermería y de promoción de la salud-polivalente y, en algunos casos, de odontología.

Estas unidades cuentan con equipo médico, instrumental e insumos para otorgar servicios de: promoción, prevención, detección, atención, tratamiento y control de enfermedades, apoyado en algunos casos con sistemas de telecomunicación y enlace satelital a unidades de la red de servicios de mayor resolución, que recorren bajo una programación mensual determinada una ruta en micro regiones definidas bajo los criterios establecidos por el *MAS-Bienestar*, con una periodicidad de visitas de al menos dos al mes a localidades de alta y muy alta marginalidad de su área de influencia. Es un servicio médico complementario como estrategia funcional que logra abarcar necesidades sanitarias de las comunidades rurales y urbanas.

Infraestructura del Primer Nivel de Atención

La unidad de salud podrá variar dependiendo de su tipología, sus áreas operativas, servicios, mobiliario y equipo, pero se deberá asegurar que su funcionamiento sea eficiente, efectivo y resolutive, de acuerdo con la demanda de atención médica de la población, en cumplimiento a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios (Tabla 1).

Tabla 1. Tipología de unidades de salud del Primer Nivel de Atención

Tipo de unidad	Población beneficiada
Unidades de salud de PNA	Hasta 3,000 personas por cada consultorio por turno
Unidades de salud de PNA con servicios ampliados	De 20,000 a 30,000 usuarios

Las UNEMES podrán ser operadas por el SNSP o bien por IMSS-Bienestar dependiendo de su dedicación mayoritaria a servicios personales o de salud pública.

Estandarización de la infraestructura

La implementación del Modelo en el PNA hace necesario que, con independencia de la infraestructura existente en las unidades operativas de las diferentes instituciones de salud, se considere la siguiente relación funcional: población asignada por Equipo Básico de Salud (EBS), número de consultorios disponibles para la atención de la población, capacidad instalada, producción de servicios y RISS funcionales. De esta forma la infraestructura vigente considera que por cada 3,000 a 6,000 personas se requiere de un consultorio, es decir, 3,000 personas por consultorio por turno.

La organización del Modelo en materia de infraestructura mantendrá este estándar, con la adición del concepto de unidad médica de tiempo completo, que traduce la posibilidad de operar todos días de la semana a fin de incrementar a futuro la capacidad de atención los siete días de la semana cuando las necesidades de la población así lo requieran.

Equipos de salud del Primer Nivel de Atención

Se define como la asociación entre el personal, con diferentes disciplinas y profesionales y no profesionales, y con el objetivo común de proveer en cualquier ámbito a las personas y familias la atención integral de salud, el médico familiar o general deberá coordinar el proceso de atención de la población de su consultorio o en su caso, de la o el paciente que le sea transferido de la población a su unidad.

La implementación del Modelo implica un proceso previo de preparación de los integrantes de cada equipo básico y ampliado de salud, el fortalecimiento de un trabajo individual y colaborativo dentro de las instalaciones de salud, y en particular de las acciones comunitarias. Los Equipos de Salud (ES) se conforman en cada uno de los niveles de atención y, en el caso del PNA, su éxito se debe ver reflejado en el bienestar de la población bajo su responsabilidad con indicadores de resultados e impacto y no solo de productividad de servicios.

Las tareas de los integrantes del PNA se distribuirán en tres grandes bloques: planificación, ejecución y evaluación.

1. **Planificación:** elaboración de un análisis participativo de la situación de salud que contemple el perfil de salud de la población a cargo, según edad, sexo, patología crónica, DSS y principales necesidades en salud.
2. **Ejecución:** promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según la normativa vigente aplicable, desde un abordaje individual, familiar y comunitario; prevención de las enfermedades y cuidados de la salud física y mental mediante la realización de controles en salud y tamizajes específicos por etapa de vida definidos desde los programas prioritarios de la Secretaría de Salud. Notificación de enfermedades obligatorias, vulnerabilidades ambientales y enfermedades vinculadas a la salud ocupacional. Registro correcto en la historia y expediente clínicos, así como también notificación de actividades mensuales y semestrales. Participación en actividades de capacitación y desarrollo profesional continuo, vinculadas tanto a la ejecución de los planes de salud, como las requeridas para el mantenimiento de un nivel de ejercicio profesional compatible con una atención de calidad, en el marco del desarrollo técnico científico.
3. **Evaluación:** aplicación de métodos de monitoreo y evaluación que sirvan para la autoevaluación del desempeño de la tarea y rendición de cuentas a los beneficiarios. Para esto se requieren conocimientos en el manejo de resultados clínicos, métodos de evaluación de servicios y herramientas de evaluación de impacto sanitario.

Equipo básico de salud

Personal mínimo indispensable para otorgar atención integral de salud de acuerdo con el recurso de la unidad. Es la unidad básica funcional de recursos humanos en los diferentes establecimientos del PNA. En la Tabla 2 se incluye el recurso humano y la población beneficiada por cada Equipo Básico de Salud (EBS).

Tabla 2. Equipo Básico de Salud

Área Rural	
Recurso humano por consultorio *	Población beneficiada
1 personal de medicina general o especialista en medicina familiar	Hasta 3,000 personas por consultorio, por turno
2 integrantes de enfermería**	
1 personal de promoción ***	1 por cada 10 consultorios
Área Urbana	
1 personal de medicina general o especialista en medicina familiar	Hasta 3,000 personas por consultorio, por turno
2 integrantes de enfermería	
1 personal de promoción****	1 por cada 3 consultorios

* La cantidad total de recursos humanos aumentará de acuerdo con cálculo de plantillas considerando cubre descansos y cubre vacaciones por la complejidad de la unidad.

** El número de personal de enfermería puede variar con el número de consultorios o funciones.

*** Se considera dentro del equipo básico con funciones de coordinador de la atención, sin embargo, sus actividades principales son extramuros, incluyendo la identificación y cotejo de factores de riesgo, segmentación de la población por determinantes sociales, integración y comunicación al equipo de salud.

**** Como mínimo.

El EBS crecerá en número de personal médico y de enfermería si se considera la posibilidad de cubrir sábados y domingos, lo cual se puede hacer incluyendo la jornada acumulada como una alternativa, lo que implica: un recurso médico y de enfermería por cada 4 consultorios, para beneficiar a los centros con mayor población.

En la situación óptima se busca no tener personal de salud pasante como responsable único de la atención en salud, sino personal médico y de enfermería asignado laboralmente a los consultorios. Mientras que el personal de salud pasante se mantendría en un proceso adecuado de servicio a la sociedad y aprendizaje supervisado.

Equipo ampliado de salud

Personal que complementa la Atención Integral a la Salud a la persona de acuerdo con la plantilla de recurso humano disponible en las Unidades, la inclusión de colaboradores al EBS debe considerarse cuando la población sea superior a 9,000

Tabla 3. Equipo Ampliado de Salud

Recurso humano *	Criterio
Un personal de psicología	Por cada 3 consultorios
Un personal de estomatología	Por cada 3 consultorios
Un personal de nutrición **	Por cada 10 consultorios
Un personal de trabajo social clínico**	Por cada 10 consultorios

*La cantidad total de recursos humanos aumentará de acuerdo con cálculo de plantillas considerando cubre descansos y cubre vacaciones por la complejidad de la unidad, así como para los servicios operativos como CEYE, área de vacunas, curaciones, urgencias, entre otros.
** Procedimiento 2900-b03-002 IMSS.

Existen otros integrantes del equipo de salud en el primer nivel de atención que no se consideran en estas generalidades, pero en la operación deben sumarse de acuerdo con la capacidad física de las instalaciones y la población a cubrir, tal es el caso del personal de epidemiología y de servicios intramuros de medicina preventiva, entre otros.

Brigada de salud

Equipo de salud itinerante con vehículo automotor de traslado, integrado por personal médico, de enfermería y de promoción a la acción comunitaria, destinado a proporcionar cuidados de salud y entrega de medicamentos e insumos en localidades de su área de responsabilidad. Cuenta con capacidad resolutive de baja y mediana complejidad para acercar los servicios de salud a las comunidades más dispersas, con accesos muy limitados y difíciles. Se considera una Brigada de Salud (BS) por cada 1,500 habitantes.

Unidades médicas móviles

Las Unidades Médicas Móviles (UMM) son consultorios y equipamiento médico móvil que brindan acciones preventivas y asistenciales de mayor complejidad que la BS. Se clasifican de acuerdo con el detalle mostrado en la Tabla 4.

Tabla 4. Equipo de salud en unidades móviles

Tipo de unidad	Características	Recursos humanos
Tipo 0	Ofrece servicios de APS como promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica. Otorgan medicamentos e insumos médicos esenciales para proporcionar atención.	1 profesional de medicina general 1 personal de enfermería
Tipo I	Ofrece servicios de APS como lo son los de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica se encuentra equipada con un consultorio de medicina general, su respectivo equipamiento y electrocardiograma. Otorgan medicamentos e insumos médicos esenciales.	1 personal de promoción de la Salud-Polivalente
Tipo II	Funciones de tipo I. Su equipamiento consiste en consultorio de medicina general y un consultorio dental	1 profesional de medicina general 1 personal de enfermería
Tipo III	Funciones de tipo II su equipamiento consiste en consultorio de medicina general, odontológica y telemedicina.	1 personal de estomatología 1 personal de promoción de la salud-polivalente

Cartera de servicios de las unidades del Primer Nivel de Atención

De manera general, en el PNA se otorgarán como mínimo indispensable las acciones y servicios referidos en la Tabla 5, acorde con las estrategias y prioridades sectoriales e institucionales en salud. Además, debe considerarse que la cartera de servicios se asocia con las diferentes actividades que realiza el personal de salud en materia de implementación de programas de salud. La cartera de servicios puede variar de acuerdo con el tipo de unidad médica.

Tabla 5. Atención en unidades del Primer Nivel de Atención

Medicina preventiva
Promoción y educación para la salud
Programas preventivos
Detección oportuna de enfermedades, incluyendo salud mental
Programa de vacunación universal
Vigilancia epidemiológica
Planificación familiar y consejería

Saneamiento ambiental
Atención de urgencias epidemiológicas, ante la ocurrencia de contingencias y desastres
Consulta externa
Atención médica integral (física y mental)
Vigilancia del desarrollo infantil temprano
Identificación, atención y derivación del abuso infantil
Atención integral a la salud de los adolescentes
Salud sexual y reproductiva
Control prenatal a embarazadas de bajo y alto riesgo y vigilancia del puerperio
Atención a la población con problemas de salud mental y adicciones
Atención a pacientes con diabetes mellitus
Atención continua a pacientes con enfermedades y alteraciones asociadas al riesgo cardiometabólico: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad
Atención de urgencias y lesiones
Atención a la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes con enfoque intercultural
Detección, atención y derivación de violencia de género en mujeres mayores de 15 años
Atención a la salud de los migrantes
Valoración Integral y diagnóstico gerontológico
Seguimiento de planes de continuidad de atención, rehabilitación y/o cuidados paliativos indicados por niveles superiores de atención (2do o 3er nivel) con el apoyo de mentoría en caso de ser necesario, incluyendo entre otros los planes de intervención no farmacológica de síndromes geriátricos
Referencia
Atención de enfermería
Procedimientos de enfermería
Consultoría en enfermería
Estomatología
Atención preventiva de estomatología
Atención estomatológica
Salud mental y adicciones
Detección, atención y rehabilitación oportuna en salud mental y adicciones
Psicoterapia individual y grupal
Atención a la psicopatología
Prevención, atención y recuperación del consumo de sustancias
Atención a la conducta suicida
Aplicación de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones "Juntos por la Paz"
Trabajo social
Atención integral de trabajo social conforme a las necesidades sociales y de salud de la población local
Integrar y organizar Grupos de Ayuda Mutua
Identificación de personas con discapacidad
Nutrición
Vigilancia nutricional
Orientación alimentaria y nutricional

Aplican de acuerdo con las instalaciones

Laboratorio clínico
Farmacia
Rayos X
Espirometría
Electrocardiograma
Ultrasonido
Telemedicina

Dentro de cada servicio se incluirán programas y procesos de acuerdo con las necesidades de la población lo que deberá alinearse a los cambios en infraestructura, equipo de salud y organización de atención sanitaria en casos específicos. Es así que se brinda Atención Médica Continúa, siendo un proceso que se caracteriza por realizar intervenciones de atención periódica y programada y no solo la atención de la agudización de un problema de salud crónico, que puede calificarse como urgencia real o sentida, cuya referencia puede darse al servicio de consulta de medicina familiar o general, a la unidad médica hospitalaria de apoyo o a su domicilio y contribuye a proporcionar atención integral, de acuerdo al número de núcleos básicos.

Aplicación del Modelo en el Primer Nivel de Atención

Es importante mencionar que los procesos de atención del PNA deberán estar enfocados al ciclo de vida de las personas y a las acciones transversales que aplican para todas las edades, mediante las siguientes actividades: 1) Planeación, 2) Registro de información acorde con los procesos de atención, 3) Atención Médica, 4) Promoción de la salud y prevención de enfermedades, 5) Sistema de referencia y contrarreferencia, 6) Actividades intra y extramuros y 7) Acciones del componente de acción comunitaria.

Las actividades del EBS estarán dirigidas a disminuir riesgos individuales, familiares y comunitarios con la participación consciente y decidida de la población para cambiar estilos de vida que mejoren sus condiciones de salud e incidan en la disminución de complicaciones y discapacidades.

Actividades del Equipo Básico de Salud**Planeación**

Son las actividades coordinadas por el EBS para conseguir la elección de soluciones óptimas conocidas actualmente o previsibles en el futuro. Los EBS en el PNA deben realizar como elementos básicos de su planeación anual lo siguiente:

1. Diagnóstico participativo de salud
2. Diagnóstico situacional de salud
3. Programa anual de trabajo
4. Programa anual de capacitación
5. Cronograma anual de actividades

Registro de información acorde con los procesos de atención

Consiste en regular los procesos de generación, integración, organización, difusión y conservación de la información en salud, así como vigilar el desarrollo, transferencia, difusión y resguardo de la información, con el registro en los sistemas de información establecidos.

El EBS realiza principalmente:

1. Registro de información de la atención otorgada
2. Registro de actividades del día comunitario
3. Registro de acciones del programa anual de trabajo
4. Metas e indicadores

Atención integral a la salud

Atención a la salud (servicio de atención a la salud) es el conjunto de acciones coordinadas de promoción y/o de educación para la salud, protección específica, detección, limitación del daño, atención médica de enfermedades, rehabilitación y en caso necesario cuidados paliativos, que se desarrollan por interacción de diferentes grupos de profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad. (NOM-035-SSA3-2012)

Integral. Identificado con la concepción biopsicosocial de la salud, la prestación de los servicios de salud son gestionados de manera sistémica desde la promoción, pasando por la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, los cuidados paliativos y la rehabilitación; realizados coordinadamente entre los diferentes niveles y unidades de atención e instancias de salud, considerando las necesidades particulares de las personas a lo largo del ciclo de vida, desde antes de nacer hasta la vejez.

Se otorga con base en la demanda y necesidades de la población y se proporcionan medicamentos con un uso racional. El abordaje es integral atendiendo el motivo de la consulta, con detecciones y acciones para la salud acorde al grupo de edad y ciclo

de vida.

1. El EBS debe utilizar lenguaje que no genere ninguna distinción, ni marque diferencias entre hombres y mujeres, salvo en aquellos casos en que, por la naturaleza de la atención, resulte necesaria la precisión de algún género en particular.
2. Establecer un sistema claro de citas de seguimiento, especialmente para los pacientes con enfermedades crónicas y de vigilancia prenatal, según lo que se defina en los protocolos de atención definidos por los programas prioritarios de salud pública.
3. Se vigilarán los tiempos de espera de las y los pacientes para recibir atención médica, la cual deberá ser menor o igual a 30 minutos a partir de su cita.
4. Se fomentarán las actividades de promoción de la salud al paciente, familiar o persona legalmente responsable de acuerdo con la Cartilla Nacional de Salud respectiva.
5. Se identificarán factores de riesgo con base en prioridades y se focalizará la atención.
6. Se ofrecerá información al paciente, familiar o persona legalmente responsable, acerca del servicio, auxiliares de diagnóstico o interconsulta.

Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Incluye todas las acciones, procedimientos e intervenciones integrales orientadas a las acciones personales, familiares y comunitarias; se trata de crear y fortalecer determinantes sociales positivos y delimitar o eliminar los negativos para disfrutar de una vida saludable y mejorar sus condiciones de vida. La prevención de enfermedades y la promoción de la salud constituyen el eje fundamental de la salud pública, su carácter anticipatorio busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los DSS, por ello representan componentes esenciales del Modelo, con herramientas de enseñanza aprendizaje intra y extramuros enfocadas en tres ámbitos de aplicación:

1. Personales
2. Familiares
3. Comunitarios

Se realizará de forma permanente, a través de la atención centrada en las personas y enfocada en las acciones preventivas de la línea de vida referidas en el apartado III. Para el caso de las intervenciones comunitarias, los servicios de salud a la persona funcionarán como apoyo a las actividades definidas y coordinadas por los DSB.

Sistema de referencia y contrarreferencia

Procedimiento médico-administrativo y de comunicación que vincula los servicios institucionales para favorecer la continuidad, oportunidad e integración de los cuidados de salud y la atención médica y de enfermería a los padecimientos y enfermedades de las personas entre los establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad técnica. Constituye el instrumento que permite satisfacer con oportunidad las necesidades de diagnóstico o tratamiento de la persona. Se conforma con la autonomía de gestión que faculta al personal operativo y directivo para elaborar criterios o algoritmos clínico-administrativos específicos, a los recursos accesibles al área médica, en beneficio del paciente. Aunque cada institución proveedora de servicios de atención médica podrá tener sus propios sistemas de referencia y contrarreferencia, la Secretaría de Salud federal y estatal, definirán los criterios generales y regularán las atenciones médicas en las RISS, para asegurar el acompañamiento apropiado de las y los pacientes y promover el intercambio de servicios entre instituciones proveedores para asegurar la resolución de problema. Esta estrategia de regulación de personas a lo largo de las RISS se describe con detalle en el componente de salud colectiva a través de los CCSP.

Actividades intramuros y extramuros

El PNA es la base en la atención oportuna de un paciente, fortalece el autocuidado de la salud con acciones preventivas y asistenciales, dentro de la unidad de salud (intramuros) y en la comunidad (extramuros). Por ello es necesario establecer las actividades específicas donde el ES participa de manera coordinada.

Acciones del componente de acción comunitaria

Se refiere a cuando los integrantes de los EBS asisten a alguna localidad de acción intensiva (LAI) y/o sede de su universo de trabajo, para desarrollar acciones preventivas y estrategias de promoción de la salud en las prioridades de salud, conforme al panorama epidemiológico y con enfoque de riesgo, en coordinación con la Organización Comunitaria y el DSB. Dentro de las principales acciones se considera:

1. Programación de actividades a realizar de manera anticipada (cronograma de visitas a las localidades del universo de trabajo).
2. Interrelación con los integrantes de la organización comunitaria que viven en las localidades y brindan orientación de acuerdo con las prioridades en salud y riesgos locales.
3. Organización y orientación de las personas voluntarias para el autocuidado de la salud, entornos saludables y bienestar social.
4. Capacitación.
5. Coordinación con las autoridades locales.
6. Seguimiento a las familias con factores de riesgo y grupos vulnerables.

7. Consulta y consultoría en su domicilio a pacientes que no han acudido a su revisión médica, así como a personas con alguna limitante o discapacidad para acudir a la unidad médica o con factores de alto riesgo.
8. Sesiones de información y educación en los talleres de autocuidado para la salud.

Los elementos operativos que se requieren ejercer en el trabajo colaborativo son:

1. Cubrir las plazas necesarias para integrar los equipos de salud.
2. Asignación de la población que será responsabilidad de cada EBS.
3. Capacitación del personal de salud a través de los temas y materiales estandarizados.
4. Asignación del equipo asesor y supervisor que estará a cargo de la unidad de salud.
5. Definir con claridad las prioridades en salud de acuerdo con el diagnóstico correspondiente que deberá actualizarse cada año.
6. Determinar las metas esperadas respecto a los objetivos que deberán evaluarse de forma semestral.
7. Realizar calendario de reuniones del equipo, y en su caso, del cuerpo de gobierno de la unidad para análisis de resultados.
8. El líder del ES determinará las acciones de salud que correspondan a cada mes a lo largo del año.
9. La capacitación continua en temas de salud, programas y otros elementos indispensables para el desarrollo de competencias y mejora de resultados será obligatoria y coordinada por los directivos regionales de cada estado.
10. La coordinación de la atención, asegurando la continuidad de la atención de las personas.
11. Identificación de factores de riesgo y determinantes sociales en la comunidad con segmentación de la población y focalización de la atención, seguimiento y aseguramiento de la continuidad.

Regionalización y asignación de población de responsabilidad del Primer Nivel de Atención

La regionalización un componente instrumental de organización de la atención a la salud a la población, superando el paradigma de atención médica que se activa exclusivamente con la demanda de las personas necesitadas, para concebirla como la responsabilidad de los servicios públicos con los cuidados integrales de salud de un espacio-población determinado.

Este concepto es un requisito necesario para la estratificación de los recursos según su complejidad, ya que los articula entre sí mediante una red de comunicación y transporte, que permite el uso adecuado de la oferta en función de las necesidades reales de la demanda, y garantiza a toda la comunidad el acceso geográfico, económico y cultural. Sus objetivos son:

1. Orientar la toma de decisiones de las autoridades en relación con el desarrollo de infraestructura física.
2. Definir la infraestructura necesaria para satisfacer la demanda de servicios de salud, mediante una red nacional de cobertura real y virtual para todo el territorio nacional, con una visión de diez a quince años.
3. Aportar propuestas y recomendaciones para la optimización y fortalecimiento de la infraestructura institucional existente.
4. Identificar los criterios necesarios para priorizar los requerimientos de infraestructura física en función del perfil de salud de la población y el porcentaje de cobertura, entre otros.
5. Promover la coordinación y suma de recursos y esfuerzos evitando duplicidad e ineficiencias en una perspectiva de colaboración sectorial.
6. Determinar las características arquitectónicas y de operatividad relacionadas con las costumbres, el clima y las condiciones geográficas.
7. El desarrollo de capacidades humanas en salud para responder de manera eficiente y eficaz a las necesidades de cuidados de salud de la población.

El ejercicio de los objetivos anteriores permite al EBS comprender las complejidades de cómo la población bajo su responsabilidad crece y se desarrolla en las condiciones que le son propias, en un territorio que requiere sea conocido y tomada en cuenta sus características para alcanzar los resultados de salud y bienestar esperados. El PNA multidisciplinario cubre a toda la población y en la práctica funciona como primer contacto de las personas con los servicios de salud en el territorio a su cargo.

El análisis de la regionalización deberá recoger una caracterización del territorio y de la organización del Sistema de Salud, de su estructura por niveles, de las características de su entorno, una descripción de la división político-administrativa y de la delimitación sanitaria, así como de la correspondencia de ambas, la existencia de barreras geográficas, el respeto a la organización espontánea de la sociedad y al flujo espontáneo de la población a los servicios, pero sobre todo buscando que su diseño no afecte la accesibilidad. La regionalización en salud es un proceso de apropiación del espacio por diferentes actores sociales, espacio que no representa solo una superficie geográfica, sino que tiene un perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, cultural y social propio y que se expresa en un territorio en permanente construcción.(36)

Los elementos prácticos para los equipos de trabajo en el concepto de la regionalización se resumen en los siguientes puntos:

Determinación de criterios de asignación

Trazar regiones con un enfoque integral que definan criterios, mantengan el equilibrio entre las prioridades institucionales y las restricciones operacionales como tiempos de traslado manejables en el territorio, permitan un manejo sostenible de los presupuestos para transportación (gasolina, viáticos, refacciones) y consideren opciones costeables y operables para los cuadrantes de difícil acceso y cobertura (Tabla 6).

Tabla 6. Características de unidades médicas por población para atender

Unidad de salud	Población para atender	Radio de influencia**	Tiempo de recorrido
Unidad Médica Rural o Centro de Salud de 1 a 12 consultorios	3,000 a 36,000 habitantes (máximo 3,000 por consultorio por turno)	15 km*	60 minutos máximo**
Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)	20,000 a 30,000 habitantes	15K m*	60 minutos máximo**

* Nota: la distancia de 15 km a pie, a una velocidad constante de 5 km por hora equivale a 3 horas, en bicicleta a una velocidad constante de 10 km por hora equivale a 1.5 horas.

**Gradualmente se reducirá a 30 min.

La asignación de la población de responsabilidad a cada EBS puede hacerse por territorio o por cuota, sin embargo, el objeto principal de esta asignación es delimitar la responsabilidad de la atención de las personas por el EBS para que todas las personas, sin excepción, se encuentren bajo el cuidado de un equipo y se evite la ambigüedad en su atención. Las personas deben conocer explícitamente al EBS responsable de su atención. Las actividades en el territorio requieren especial atención ya que no solo se realizarán sobre la población, sino también sobre el ambiente, brotes epidemiológicos, riesgos sanitarios, sector productivo primario (jornaleros agrícolas) y secundario (fábricas).

En el rubro de la infraestructura existente se requieren acciones transversales e intersectoriales que proporcionen la infraestructura básica para las labores del Modelo, esto no solo incluye agua y luz, sino también rutas de transporte, acceso a Internet y disponibilidad de red telefónica. En cuanto a acceso territorial se requiere un registro de condiciones geográficas y meteorológicas para arribar a las unidades, lo que implica la revisión de rutas de acceso con base en la estación del año, polígonos sin acceso o rutas aéreas que permitan planear acciones de comunidad, familia y persona de acuerdo con una micro-regionalización basada en la población.

Con base en la regionalización, los DSB identificarán los desiertos de atención no solo geográficos (localidades más allá de 30 o 60 minutos de un centro de primer nivel de atención) sino también desiertos en diferentes horarios, para la atención de urgencias o de servicios diagnósticos y de capacidad resolutoria para los programas prioritarios. Una vez identificados estos desiertos de atención, se deberá tener una estrategia de cobertura ya sea con unidades móviles o con infraestructura física para asegurar su cobertura.

Elaboración del diagnóstico del territorio

En la elaboración del diagnóstico del territorio donde se ubica la unidad médica, algunos elementos a considerar comprenden: pueblos y poblaciones; disponibilidad y costo de transporte; infraestructura, actividades en el territorio; recursos humanos disponibles; mercado laboral y de servicios; insumos (disponibilidad, costo, habilidades); infraestructura de comunicaciones, educativa y financiera; disponibilidad, costo y calidad de los bienes y servicios; acceso territorial; condiciones geográficas y meteorológicas; seguridad y cultura.

Para lograr dicho objetivo, se trabaja en un modelo geoespacial llamado análisis de redes mediante la herramienta Time Travel Cost Surface Model(37), que calcula el tiempo de traslado esperado entre dos puntos,(38) considerando aspectos como la velocidad máxima de circulación de la red vial y la velocidad a la que puede caminar una persona de acuerdo a las condiciones de la superficie como la pendiente y el uso de suelo.(39)

Este análisis brinda dos insumos, primero un raster(40) con la representación de la superficie terrestre según los niveles de accesibilidad geográfica desde todos los puntos del territorio hacia los destinos deseados, y una matriz con la información de los *orígenes* de interés, que serían las localidades, y el *destino* más cercano, en este caso, la unidad médica de mayor complejidad. Los criterios pueden variar según las problemáticas en salud y según el componente de Salud Colectiva del *MAS-Bienestar*, respecto a instituciones y límites geográficos. Para una visión general de atención universal, se debe realizar un trabajo sectorial(41) e interestatal. Lo anterior, con el fin de que la centralidad de la atención sea en la persona y su residencia, promoviendo el menor costo posible para la misma, evitando los largos desplazamientos innecesarios.

Distribución de la población por Equipo Básico de Salud

De acuerdo con las posibilidades de infraestructura, la distribución de la población considerará los siguientes puntos:

Localidad sede	Es aquella donde se ubica y opera la unidad médica. Cuando las localidades cuenten con infraestructura de más de una institución de salud, el área geográfica se dividirá en sectores de responsabilidad por acuerdo interinstitucional.
Localidades de acción intensiva (LAI) y/o sector	Localidad aledaña a un establecimiento médico, perteneciente al universo de trabajo, cuyos habitantes reciben servicios a través de alguno de sus componentes, apoyados principalmente por los grupos voluntarios de la organización comunitaria para la salud.
Área de influencia	Localidades que no pertenecen al universo de trabajo cuyos habitantes demandan servicios a través de alguno de sus componentes.
Universo de trabajo	Localidades del ámbito de responsabilidad de la unidad médica que comprende la localidad sede de la unidad médica y las localidades de acción intensiva (LAI).

Zona de supervisión zonal	Le corresponde un rango de 15 a 20 unidades de salud y se integra por supervisión médica zonal, promoción de acción comunitaria y chofer polivalente quienes son responsables del proceso de supervisión y asesoría a todas las unidades de PNA bajo su ámbito de responsabilidad.
Zona de servicios médicos	Está conformada por un hospital y una o más zonas donde se encuentran ubicadas las unidades médicas de PNA, la cual constituye una de las redes para prestar los servicios de salud con el objetivo de vincular los procesos de atención integral entre el PNA y el SNA.

6.3 Segundo nivel de atención

Las unidades médicas hospitalarias del Segundo Nivel de Atención (SNA) dan continuidad a la atención de los pacientes que demandan atención médica y los referidos por los otros niveles de atención, otorgando atención a la salud con un enfoque preventivo, diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo con la complejidad de sus padecimientos y en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en forma integral, de calidad, segura y con sentido humanista a las personas usuarias.

Definición y clasificación de las unidades del Segundo Nivel de Atención

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica(42), el SNA se entiende como todo establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. Puede también tratar enfermos ambulatorios y efectuar actividades de capacitación, desarrollo y formación de personal para la salud y de investigación. Según el artículo 70 de este reglamento, las unidades hospitalarias del SNA pueden ubicarse en la siguiente clasificación de acuerdo con su grado de complejidad y resolución:

Hospital general

Es el establecimiento del SNA o TNA en las cuatro especialidades básicas de la medicina: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría, así como de otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización incluyendo problemas de salud mental y adicciones.

También realiza actividades de prevención, curación, rehabilitación, recuperación y paliación a los usuarios, así como de capacitación y desarrollo de personal para la salud e investigación científica. De acuerdo con el Modelo, se pretende transitar de hospitales comunitarios con 12 camas censables y una o más especialidades, a hospitales generales con al menos 20 camas y las cuatro especialidades troncales ya referidas.

Hospital de especialidades

Es el establecimiento del SNA y TNA para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas que presta servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización, y debe realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personal para la salud, así como de investigación científica.

Es importante señalar que existen en nuestro país distintos tipos de unidades médicas del SNA y que, bajo este Modelo, se establecen los criterios básicos de organización y operación con los cuales deben funcionar.

Unidades médicas de segundo nivel (43)

- a) Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención "A":
Modelo de 200 camas o más y de más de 1,000 plazas autorizadas
- b) Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención "B"
Modelo de 99 a 199 camas y de 601 a 999 plazas autorizadas
- c) Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención "C"
Modelo de 57 a 89 camas y de 301 a 600 plazas autorizadas
- d) Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención "D"
Modelo de menos de 57 camas y hasta 300 plazas autorizadas

Infraestructura del Segundo Nivel de Atención

Las unidades médicas de SNA deben cumplir con las disposiciones y criterios de infraestructura y equipamiento de acuerdo con el tipo de hospital, grado de complejidad y capacidad de resolución establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012", y el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.(44)

Áreas y servicios

Los establecimientos para la atención médica hospitalaria del SNA deben delimitar las unidades, áreas, servicios y espacios que lo integran, en correspondencia con el programa médico y el programa médico-arquitectónico que sirvió de base para otorgar el permiso sanitario de construcción y la licencia sanitaria correspondientes. El SNA fortalecerá la resolución de los problemas de salud mediante la atención de urgencias, consulta externa en las especialidades básicas de la medicina, servicios auxiliares de

diagnóstico y hospitalización de los pacientes con problemas médicos, psiquiátricos, de adicciones, quirúrgicos y obstétricos que requieran atención especializada.

El SNA constituye el centro de una zona de atención médica en donde se conjugan recursos científicos, técnicos, físicos y materiales que apoyan la atención de pacientes de diferentes unidades enmarcadas territorialmente. Son centros de capacitación y actualización continua del personal y poseen recursos y tecnología más desarrollada de acuerdo con la capacidad instalada del propio hospital. La atención del paciente está sustentada en evidencia científica, normas oficiales mexicanas, protocolos de atención, lineamientos y procedimientos propios de las organizaciones de salud. El SNA se integrará al menos por las siguientes áreas, dependiendo de la tipología y de su población objetivo:

Área de consulta externa

1. Consultorio de pediatría
2. Consultorio de medicina interna
3. Consultorio de cirugía general
4. Consultorio de ginecología y obstetricia
5. Consultorio de salud ginecológica
6. Consultorio de estomatología
7. Consultorio de salud mental y adicciones
8. Vigilancia epidemiológica y medicina preventiva
9. Sistema de Atención Integral a la Salud (SAIS)
10. Área de educación y calidad en salud
11. Área destinada para contraloría social (aval ciudadano/buzón)
12. Trabajo social
13. Nutrición y dietética
14. Desarrollo infantil y temprano o estimulación temprana
15. Centro de atención al adolescente
16. Farmacia
17. Archivo clínico
18. Informática

Área de urgencias

1. Triage
2. Consultorios de primer contacto
3. Área de observación urgencias adultos
4. Área de observación urgencias pediatría
5. Área de choque
6. Área de curaciones clínicas de heridas y estomas
7. Centro de hidratación oral

Área de auxiliares de diagnóstico y tratamiento

1. Laboratorio
2. Servicios de sangre (puede ser: banco de sangre o centro de colecta con servicio de transfusión.)
3. Radiología e imagen
4. Ultrasonido
5. Radiología de estudios especiales
6. Mastografía
7. Electro diagnóstico

Área de hospitalización

1. Hospitalización de medicina interna
2. Hospitalización de cirugía
3. Hospitalización de ginecología

4. Hospitalización de obstetricia
5. Hospitalización de neonatología
6. Hospitalización de padecimientos mentales y adicciones
7. Lactario
8. Hospitalización de pediatría
9. Cuidados intensivos e intermedios
10. Hospital de día (sala de día)
11. Central de enfermería

Área quirúrgica

1. Central de equipos y esterilización (CEYE)
2. Quirófano
3. Recuperación
4. Tococirugía (labor, expulsión y recuperación)

Servicios generales

1. Conservación y mantenimiento
2. Almacén general
3. Lavandería
4. Casa de máquinas
5. Subestación eléctrica
6. Gases medicinales
7. Baños y vestidores de personal

Gestión de residuos hospitalarios

1. Almacén de basura municipal con espacio específico para residuos peligrosos químicos Corrosivos, Reactivos, Explosivos, Tóxicos e Inflamables (CRETI)
2. Almacén temporal de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI)

Oficinas directivas y administrativas

Otras

1. Mortuario
2. Cocina y comedor
3. Residencias médicas
4. Albergue comunitario (de acuerdo con factibilidad)

Cartera de servicios de las unidades del Segundo Nivel de Atención

De acuerdo con el tipo de hospital, grado de complejidad y capacidad de resolución, la cartera de servicios puede variar, pero debe incluir acciones de promoción de la salud, prevención, curación y cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a sus usuarios, así como de rehabilitación (Tablas 7 a 9). De manera general, la cartera de servicios para el SNA incluye:

Asistencia especializada en consultas

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que se prestan en el nivel de atención especializada en régimen ambulatorio.

Asistencia especializada en hospitalización médica y quirúrgica

Comprende la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica, o la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos a pacientes que requieren cuidados continuados que precisan su internamiento.

Indicación o prescripción (procedimientos diagnósticos y terapéuticos)

La atención especializada comprende los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, indicados por el facultativo responsable.

Atención paliativa a enfermos en fase terminal

Es la atención integral, individualizada y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada (en general, inferior a seis meses), así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de la calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

Tabla 7. Servicios básicos para hospital

Especialidades médico-clínicas o clínico-quirúrgicas	Medicina preventiva
	Ginecología y obstetricia
	Pediatría
	Cirugía general
	Medicina interna
	Psicología
	Anestesiología
	Urgencias médico-quirúrgicas
Servicios médico-hospitalarios	Hospitalización
o	Quirófano
Servicios médicos de apoyo	Inhaloterapia
	Trabajo social
	Nutrición
	Estomatología
	Planificación familiar
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Laboratorio
	Radiología e imagen
	Ultrasonido
	Radiología de estudios especiales
	Mastografía
	Electro diagnóstico
Servicios administrativos	Farmacia
	Archivo clínico

Tabla 8. Servicios que se adicionan de acuerdo con número de camas - necesidades locales o estructura

Especialidades médico-clínicas	Epidemiología
	Cardiología
	Geriatría
	Dermatología
	Psiquiatría
	Gastroenterología
	Hematología
	Nefrología
	Neumología
	Neurología
	Medicina física y de rehabilitación
	Reumatología
	Endocrinología
	Oncología médica
	Genética

Especialidades clínico-quirúrgicas	Infectología
	Inmunología y alergias
	Neonatología
	Traumatología y Ortopedia
	Angiología
	Cirugía pediátrica
	Cirugía plástica
	Oftalmología
	Otorrinolaringología
	Cirugía maxilofacial
Servicios médico-hospitalarios	Urología
	Oncología quirúrgica
Servicios médicos de apoyo	Neurocirugía
	Terapia intensiva
	Terapia intermedia
	Cirugía ambulatoria
	Terapia física y rehabilitación
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Cirugía ambulatoria
	Anatomía patológica
	Radiodiagnóstico
	Mastógrafo
	U.S.G. Doppler
	Tomografía
	Resonancia magnética
	Endoscopia
	Espirómetro
	Electroencefalograma
	Hemodinamia
	Díálisis y hemodiálisis
	Audiología y Foniatría
	Ecocardiograma
	Telemedicina
Medicina transfusional (banco de sangre o puesto de sangrado y servicios de transfusión sanguínea*)	

(*) Se considera que el servicio de transfusión sanguínea debe de estar en todas las unidades de segundo nivel en las que se atiendan cirugías de urgencia o de resolución obstétrica.

De acuerdo con la cartera de servicios del IMSS en unidades médicas de segundo nivel, las mínimas especialidades que disponen en su cartera de servicios son 4 y la máxima son 51 como se muestra a continuación y esto depende de la demanda de atención y de la capacidad instalada que permitan ofertar la especialidad como parte de su cartera de servicios.

Tabla 9. Especialidades médicas en hospitales de segundo nivel

No.	Especialidad	No.	Especialidad
1	Alergia e inmunología	26	Medicina física y rehabilitación
2	Anatomía patológica y lab. de cit. exfol.	27	Medicina interna

3	Anestesiología	28	Medicina materno fetal
4	Angiología	29	Medicina nuclear
5	Audiología	30	Medicina paliativa
6	Calidad de la atención clínica	31	Nefrología
7	Cardiología	32	Neonatología
8	Cirugía cardiovascular torácica	33	Neumología
9	Cirugía general	34	Neurocirugía
10	Cirugía maxilofacial	35	Neurocirugía pediátrica
11	Cirugía pediátrica	36	Neurología
12	Cirugía plástica y reconstructiva	37	Oftalmología
13	Dermatología	38	Oncología medica
14	Endocrinología	39	Oncología pediátrica
15	Endoscopia	40	Oncología quirúrgica
16	Fisiología cardiopulmonar	41	Otorrinolaringología
17	Gastroenterología	42	Patología clínica
18	Genética	43	Pediatría medica
19	Geriatría	44	Planificación familiar y anticoncepción
20	Ginecología oncológica	45	Proctología
21	Ginecología y obstetricia	46	Psiquiatría (salud mental)
22	Hematología	47	Reumatología
23	Hemodinamia	48	Terapia intensiva
24	Infectología	49	Traumatología y ortopedia
25	Infectología pediátrica	50	Urgencias
		51	Urología

Organización de la atención sanitaria del Segundo Nivel de Atención

La organización sanitaria en el SNA se da a través de servicios ambulatorios y de hospitalización. Estos servicios se organizan a través de cuatro grandes procesos estratégicos:

1. Consulta de especialidades del SNA
2. Atención de urgencias
3. Cirugía
4. Hospitalización

En su entorno existen diversos procesos de apoyo que incluyen la realización de actividades diversas que por lo general se agrupan en: servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, nutrición, inhaloterapia, asistencia social, entre otros. Tanto los procesos estratégicos como de apoyo requieren de una estructura operativa médica y administrativa que incluye los servicios de abasto, higiene y limpieza, conservación, farmacia, archivo clínico e informática, entre otros.

La organización se correlaciona invariablemente con la infraestructura que puede variar de acuerdo con el tipo de hospital y, consecuentemente, la cartera de servicios propia de cada unidad. El Modelo busca mejorar la calidad de los servicios hospitalarios mediante la implementación de estrategias relacionadas con el uso racional y eficiente de recursos, la estandarización de los procesos, la atención centrada en el paciente, el trato digno y la seguridad en la atención en salud.

La gestión hospitalaria de unidad médica es el conjunto de elementos médico-administrativos que interactúan entre sí para contribuir al logro de los objetivos planeados, para otorgar servicios de salud centrados auténticamente en el paciente y caracterizados por ser seguros, efectivos, oportunos, eficientes y equitativos. Se rediseña a través de un ejercicio directivo competente y el liderazgo eficaz al interior de las unidades médicas, con un enfoque continuo de riesgos que evite la presencia de problemas que afecten el bienestar de los usuarios. De esta manera el Modelo busca consolidar una cultura de calidad asociada a la responsabilidad sobre acciones generadas en la comunidad y el medio ambiente, incluyendo un enfoque de derechos humanos, equidad de género, interculturalidad, ciclo de vida y salud mental.

Todas las unidades deben establecer acciones de forma obligatoria que permitan tener una planeación estratégica y operativa de cada uno de los procesos que favorezca el logro de objetivos y una atención ininterrumpida al interior del hospital, ya sea en

cuidados ambulatorios u hospitalarios. La seguridad del paciente es indispensable por lo que se ejercerán de forma cotidiana y obligatoria las acciones de seguridad que comprenden: 1) identificación del paciente, 2) comunicación efectiva, 3) seguridad en el proceso de medicación, 4) seguridad de procedimientos, 5) reducción de infecciones asociadas a la atención de la salud, 6) reducción del riesgo del daño al paciente por causa de caídas, 7) registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas y 8) cultura de seguridad del paciente.

Por otro lado, cada hospital, con independencia de su complejidad, debe mantener los sistemas críticos operando de forma óptima para permitir un trabajo hospitalario de mayor calidad y seguridad. Estos sistemas comprenden: manejo y uso de medicamentos seguro, competencias y capacitación del personal, gestión y seguridad de las instalaciones, y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.

Los hospitales incrementarán paulatinamente su capacidad instalada para mejorar la calidad de la atención, así como su capacidad resolutive de acuerdo con las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, hasta llegar en un marco ideal a una cama censable por cada 1,000 habitantes. El mejoramiento gradual de la infraestructura permitirá el otorgamiento de la cartera de servicios de salud en áreas y servicios hospitalarios confortables y seguros. Las obras nuevas, ampliaciones y remodelaciones tendrán todos los elementos necesarios para su funcionamiento eficiente y efectivo, por lo que se busca el incremento a largo plazo de áreas quirúrgicas a tres quirófanos y cinco incubadoras por cada 100,000 habitantes. Así mismo, se garantizará la entrega suficiente, gratuita y oportuna de los insumos para la salud, específicamente medicamentos y material de curación, acorde con los protocolos de atención.

El trato digno al usuario es una condición obligatoria, sin discriminación, manteniendo una comunicación efectiva y respetando sus derechos humanos todo el tiempo que dure su atención.

La *gestión hospitalaria* mantiene la política de no desperdicio de recursos, estandarización de procesos con las mejores prácticas y una mejora continua. La coordinación entre los diferentes servicios intrahospitalarios estratégicos y de apoyo, permite que no se interrumpan los cuidados del paciente.

Los hospitales deben mantener una política de *cero rechazos, atención las 24 horas y siete días de la semana*. Organizar la plantilla de acuerdo a indicadores para cálculo, dotación y distribución por turno, sectoriales así como un acuerdo balance en los días de descanso para mantener la mayor cantidad de servicios de atención continua las 24 horas, los 365 días del año, y la productividad de consulta externa la cual dependerá los días establecidos que tenga la unidad de salud, además de cumplir con la estrategia de hospitales de tiempo completo, que consiste en utilizar de la capacidad máxima de producción de los servicios de consulta de especialidades, cirugía, salas de estudios de gabinetes y procedimientos terapéuticos en días donde comúnmente no se otorga atención como fin de semana y horarios vespertinos, con lo que los usuarios encontrarán acceso a los servicios generales y especializados todo el tiempo que lo requieran.

La prestación de los servicios requiere de la planeación de las actividades y de un proceso continuo de evaluación y supervisión. Es fundamental que se cuente con la normalización de los procesos a través de manuales de procedimientos, lineamientos, manuales de organización y otros documentos básicos basados en la normativa institucional y sectorial al respecto.

La *evaluación de los resultados* en la prestación de los servicios se hará por medio de grupos colegiados en diferentes comités hospitalarios que incluyen cuando menos: a) Comité de Calidad y Seguridad, b) Comité de Bioética, c) Detección y Control de Infecciones Nosocomiales, d) Comité de Expediente Clínico y e) Comité de Mortalidad. Pueden existir otros comités, sin que esto se convierta en un problema de gestión por una sobre-regulación no útil.

La *rendición de cuentas* debe ser una práctica regular que favorezca la revisión del tablero de control con indicadores de productividad, desempeño de procesos, financiero, de calidad y seguridad en la atención. La concentración de datos se debe acompañar del análisis y toma de decisiones de acuerdo con los resultados.

Equipo de salud del Segundo Nivel de Atención

El Sistema Nacional de Salud cuenta con gran variedad de unidades médicas hospitalarias con diversa complejidad en sus servicios, las cuales constituyen un soporte importante para la atención en salud de las personas que sean referidas por las unidades médicas de PNA para su atención especializada ambulatoria u hospitalaria. En este contexto, es importante establecer líneas de comunicación claras para el personal de salud, y aún más para los usuarios de los servicios, de tal manera que la ruta de acceso a los servicios quede claramente definida y permita servicios de salud oportunos, basados en las necesidades prioritarias de los usuarios.

Cada una de las unidades médicas hospitalarias cuenta con cuatro procesos sustantivos básicos, en los cuales participa el equipo multidisciplinario de salud, importante para que los procesos funcionen adecuadamente. Los integrantes del ES y el personal administrativo que participa en cada uno de estos procesos sustantivos son los siguientes:

Consulta externa de especialidades

- **Participación directa:** Personal médico especialista, personal de enfermería, asistentes de personal médico, trabajo social.
- **Participación indirecta:** Personal de radiodiagnóstico, laboratorio, limpieza, conservación y personal administrativo.

Urgencias

- **Participación directa:** Personal médico de urgencias médico-quirúrgicas, personal médico especialista de otras disciplinas, personal médico general, enfermeras generales y especialistas, auxiliares de enfermería general, personal técnico en inhaloterapia, asistentes de personal médico y trabajo social.
- **Participación indirecta:** Personal de ingeniería biomédica, radiodiagnóstico, laboratorio, limpieza, conservación, almacén, lavandería y farmacia.

Hospitalización

- **Participación directa:** Personal médico especialista, personal médico general, especialistas de enfermería, personal de enfermería general, auxiliares de enfermería general, personal técnico en inhaloterapia, clínica de catéter, clínica de heridas, trabajo social y asistentes de personal médico.
- **Participación indirecta:** Personal de ingeniería biomédica, radiodiagnóstico, laboratorio, limpieza, conservación, almacén, lavandería, farmacia y personal administrativo.

Cirugía (quirófano)

- **Participación directa:** Personal médico especialista, personal de medicina general, especialistas de enfermería, enfermera general, auxiliares de enfermería general, ingeniería biomédica, trabajo social y asistentes de personal médico.
- **Participación indirecta:** Personal de radiodiagnóstico, laboratorio, patología, personal de central de esterilización, limpieza, conservación, almacén, lavandería, farmacia y personal administrativo.

Regionalización y asignación de población de responsabilidad del Segundo Nivel de Atención

Proceso de organización de la red de servicios de salud a nivel territorial o local. Es el espacio político-administrativo y sanitario a nivel nacional y municipal en el que se reorganizan los servicios de salud con la finalidad de adecuar la oferta de servicios a la demanda/necesidad requerida por la población, para mejorar su estado de salud actuando sobre los factores que la determinan.

El área de cobertura de salud es el área geográfica de responsabilidad de una unidad de salud, dictada por la lógica de la vigilancia en salud, que permite perfeccionar la integración de dicha unidad en la comunidad al conocer sus características, las de sus habitantes y sus problemas de salud, permitiendo adecuar la oferta de servicios. Con la finalidad de asegurar la continuidad de la atención de las personas en relación con la disponibilidad de camas en los hospitales, el criterio es de una cama por cada 1,000 habitantes.

La Regionalización de Servicios es un tema que se encuentra en proceso de actualización en trabajo conjunto con los tres niveles de atención médica. Cabe mencionar que la estructura está definida por niveles de atención:

Unidades de Primer Nivel

- a. Colaboran con los altos Directivos de Salud en la organización de la estructura de las zonas médicas, en congruencia con la regionalización de los servicios y las disposiciones de la presente norma.
- b. Actualizan y acuerdan los criterios de Referencia y Contrarreferencia con base en los recursos que cuenta la Coordinación de Unidades de Primer Nivel, para la eficiente regionalización de los servicios de atención integral a la salud, en colaboración con la Unidades de Segundo Nivel y las Unidades Médicas de Tercer Nivel.
- c. Difunden los criterios de Referencia y Contrarreferencia de las áreas médicas entre las Unidades de Primer y Segundo Nivel y las Unidades Médicas de tercer nivel, para su apego.
- d. Actualizan, en coordinación con las áreas normativas de los tres niveles de atención, el esquema de regionalización de los servicios médicos en el marco de las cuatro regiones constituidas, con base en la referencia centrada en el paciente, y en los criterios de nuevas unidades médicas, el acceso a través de carreteras, el incremento en la capacidad resolutive y los nuevos núcleos poblacionales, así como la siniestralidad que los afecte.
- e. Contribuyen a la actualización de los diagramas de regionalización de sus unidades médicas de primer nivel con base en las carteras de servicios que dispone cada unidad médica de segundo nivel, unidad de tercer nivel.
- f. Intervienen en los procesos de Referencia y Contrarreferencia, en los casos que lo ameriten, por petición de los directivos médicos o de otras instancias externas con apego a la disposición de la norma y acorde con las necesidades y la naturaleza del padecimiento de cada paciente y la disponibilidad de los recursos.
- g. Verifican y supervisan la asignación de cita derivada de la Referencia entre unidades de primero y segundo nivel o con unidades de tercer nivel, interviniendo en los casos pertinentes, con acciones que mejoren la coordinación entre los establecimientos de salud.

Unidades de Segundo Nivel

- a. Coordinan con Directivos de las Instituciones la estructura organizacional de las zonas médicas, en congruencia con la regionalización de los servicios y las disposiciones de esta norma.
- b. Actualizan los criterios de Referencia y Contrarreferencia acorde con los recursos de entidades federativas, para la eficiente regionalización de los servicios de atención integral a la salud, en colaboración con las Unidades de Primer Nivel y las Unidades Médicas de tercer nivel.
- c. Actualizan, en coordinación con las áreas normativas de los tres niveles de atención, el esquema de regionalización de los servicios médicos en el marco de las regiones constituidas, con base en la referencia transversal centrada en el paciente y en los criterios de nuevas unidades médicas, el acceso carretero, el incremento en la capacidad resolutive y los nuevos núcleos poblacionales, así como la siniestralidad que los afecte.
- d. Contribuyen en la actualización de los diagramas de regionalización con base en las carteras de servicios que dispone cada unidad médica de segundo nivel.

- e. Capacitan al personal Directivo Médico a través de las áreas de Gestión Médica en materia de Regionalización para que gestionen el uso eficiente de los servicios médicos en la Referencia y Contrarreferencia entre las Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de atención.
- f. Intervienen en los procesos de Referencia y Contrarreferencia de los casos que lo ameriten, por petición de los Directivos Médicos u otras instancias externas que lo demanden, con apego a la disposición de la norma y acorde con las necesidades y la naturaleza del padecimiento de cada paciente y la disponibilidad de los recursos.
- g. Verifican la conclusión de los procesos de Referencia y Contrarreferencia en los casos que se refieren en el punto anterior e interviene con acciones que mejoren las coordinaciones entre las instituciones de las diferentes entidades federativas.

Unidades Médicas de Tercer Nivel

- a. Coordinan la evaluación de la capacidad resolutive, calidad y eficiencia de los servicios médicos en las Unidades Médicas de tercer nivel y sus Unidades Médicas Complementarias, conforme a estándares institucionales y nacionales.
- b. Coordinan los programas y proyectos estratégicos que incidan en las Unidades Médicas de tercer nivel y sus Unidades Médicas Complementarias de conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo, las políticas sectoriales e institucionales.
- c. Aprueban, junto con las áreas normativas del Instituto u hospital de Referencia regional y nacional, la inclusión de servicios médicos integrales, acorde con los requerimientos operativos de las Unidades Médicas de tercer nivel y las necesidades de atención de la población.
- d. Coordinan la elaboración de la normatividad que fortalezca las políticas del Plan Nacional de Desarrollo y Programa Sectorial de Salud, a fin de mejorar los servicios en las Unidades Médicas de tercer nivel y sus Unidades Médicas Complementarias.

Los elementos prácticos del concepto de la territorialidad para el SNA son los mismos previamente definidos en el PNA: localidad sede, LAI y/o sector, área de influencia, universo de trabajo y zona de servicios médicos, además de región operativa y sistema de referencia y contra referencia.

6.4 Tercer nivel de atención

El Tercer Nivel de Atención (TNA) está constituido por los hospitales de alta especialidad que se caracterizan por su máxima capacidad resolutive diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación en la atención de personas con patologías de alta complejidad y baja frecuencia, por equipos de profesionales de diversas disciplinas con conocimientos y habilidades en campos específicos de la medicina que se desarrollan en un ambiente de innovación, avance tecnológico y científico propicio para generar un vínculo más cercano con la persona y la comunidad.

Definición y clasificación de las unidades del Tercer Nivel de Atención

De acuerdo con la regulación vigente, en el artículo 70 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se consideran establecimientos del TNA:

Hospital de especialidades

Es el establecimiento de SNA y TNA para la atención de pacientes, de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas, que presta servicios de urgencias, consulta externa hospitalización y auxiliares diagnósticos y tratamiento, que deberá realizar actividades de prevención, curación, rehabilitación, formación y desarrollo de personal para la salud, así como de investigación científica.

Instituto

Es el establecimiento de TNA destinado principalmente a la investigación científica, la formación y el desarrollo de personal para la salud y que también presta atención médica especializada. Puede prestar servicios de urgencias, consulta de especialidades, intervenciones quirúrgicas de acuerdo con padecimientos de alta especialidad, de hospitalización y auxiliares diagnóstico y tratamiento a personas que tengan una enfermedad específica, afección de un sistema o enfermedades que afecten a un grupo de edad.

La alta especialidad es un concepto que va más allá del TNA, se vincula con la formación de capital humano especializado, la producción de conocimiento a través de la investigación, y la implementación de las mejores prácticas basados en la evidencia científica, en beneficio de las personas y para la integración de los niveles de atención bajo la modalidad de las RISS. El enfoque de estas unidades ha sido la reparación o limitación del daño en las personas causado por la suma de complicaciones y/o comorbilidades, sobre todo en las enfermedades complejas que ponen en peligro la vida y presentan un difícil abordaje diagnóstico y terapéutico, pero con la posibilidad de garantizar la continuidad y oportunidad en la atención durante el proceso de la enfermedad y hasta su egreso.

Infraestructura del Tercer Nivel de Atención

La Secretaría de Salud ha impulsado planes de ampliación y modernización de la infraestructura hospitalaria en México, con el objetivo de concentrar los procesos médicos complejos de alta especialidad en el TNA, y dejar a los hospitales generales que se ubican en el SNA los padecimientos crónicos de menor complejidad. Sin embargo, esto no ha sido posible ya que la sobredemanda de servicios, y la baja participación en la APS del Sector Salud, aunada a la transición epidemiológica de las enfermedades y a las características de la población, ha repercutido en que los hospitales generales transiten a operar como unidades de TNA para dar respuesta a las necesidades de atención en un ámbito geográfico definido.

Un aspecto que distingue a la alta especialidad es contar con equipo médico de alta tecnología (EMAT) definido como "aquel equipo con alto costo y complejidad, que debe ser utilizado por especialistas, requiere de instalaciones especiales y es de acceso

restringido". Si bien es un componente que ha permitido lograr un fin en la alta especialidad, el éxito no radica en su equipamiento sino en contar con el capital humano con un alto sentido de trabajo en equipo, que integra redes con diversas disciplinas que interactúan en diferentes procesos, como la interconsulta y los protocolos de atención, bajo un objetivo en común. Este tipo de personal también se encuentra en los otros niveles. Realizar esta aseveración pudiera considerar que en las otras unidades de segundo o primer nivel No se realiza el trabajo en equipo, la interacción en interconsulta ni protocolos de atención sugiero cambiar por:) la operatividad de dichos recursos e infraestructura con personal altamente capacitado y actualizado en el uso del equipo y nuevas tecnologías.

Áreas de las unidades del Tercer Nivel de Atención

Más allá de describir las áreas o servicios con los que cuenta un Hospital de Especialidades, en esta sección se busca mostrar las interacciones de su sistema de gestión para el logro de resultados, ya que a partir de la madurez que adquieren en la operación es que se realiza la integración eficiente de los procesos clínicos médicos, quirúrgicos, de auxiliares de diagnóstico y tratamiento y de provisión de servicios hospitalarios, mediante un esquema de dirección por procesos acorde con la infraestructura física, recursos materiales, tecnológicos, financieros y humanos para un desempeño óptimo de los servicios de alta especialidad.

Las áreas básicas que debe tener una unidad del TNA para ofertar la atención son:

1. Gobierno
2. Recursos humanos
3. Calidad
4. Enseñanza
5. Investigación
6. Planeación
7. Recursos financieros
8. Recursos materiales
9. Almacén
10. Farmacia hospitalaria
11. Auxiliares diagnósticos y tratamiento
12. Unidad jurídica
13. Archivo clínico
14. Servicios generales
15. Conservación y mantenimiento
16. Transportación
17. Ingeniería biomédica
18. Lavandería e informática
19. Intendencia
20. Vigilancia
21. Dietética
22. Área de preparación de medicamentos y/o central de mezclas
23. Admisión
24. Trabajo social
25. Central de Equipos y Esterilización (CEyE)
26. Esterilización
27. Anatomía patológica
28. Otras áreas pueden ser: pediatría, materno-infantil, adulto o geriatría

En referencia a las áreas sustantivas, y bajo un marco de apego a la normatividad vigente, en el TNA algunas de estas son:

1. Consulta externa de especialidades
2. Admisión continua
3. Unidad quirúrgica
4. Tocología y toco cirugía (labor, expulsión y recuperación)
5. Recuperación

6. Hospitalización
7. Medicina preventiva
8. Vigilancia epidemiológica
9. Unidad de terapia intensiva
10. Unidad de hospitalización de psiquiatría y adicciones
11. Unidad de quemados
12. Unidad de trasplante
13. Unidad coronaria
14. Otros: laboratorio, servicio de sangre, diálisis peritoneal, hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia, clínica de heridas y estomas, clínica de catéteres, cuidados paliativos, clínica del dolor.

El Modelo pretende reorientar la atención que se brinda actualmente en el TNA e incorporar estrategias para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, no solo dirigidos a las personas que acuden, familiares o acompañantes, sino también al personal, ya que de su bienestar depende el clima organizacional y la calidad de su desempeño, aspectos que incidirán en la satisfacción de las personas usuarias, internas y externas.

Cartera de servicios de las unidades de Tercer Nivel Atención

La cartera de servicios es el conjunto de servicios que ofertan los hospitales de alta especialidad, de conformidad con su misión institucional, organización, recursos, personal, insumos y servicios disponibles. Esta cartera se construye a partir de las especialidades y subespecialidades; procedimientos clínicos y quirúrgicos; servicios ambulatorios y hospitalarios que se ofertan a la población, y se determina a partir de las siguientes variables: características epidemiológicas, necesidades de atención de alta especialidad de las enfermedades predominantes y no resultas en el 1° y 2° nivel de atención.

La cartera de servicios ofertados constituye la adecuada articulación con los instrumentos normativos que regulan la vinculación entre la operatividad y los resultados, para mejorar la efectividad de la atención clínico-quirúrgica, disminuyendo su variabilidad y generando consenso. También permiten mejorar la calidad de la práctica clínica, ejerciendo una mejor priorización en la distribución de los recursos. La oferta de servicios va en función de las necesidades de atención de las RISS, el eje monotemático o multitemático de cada institución y de elementos como la misión y visión. En la Tabla 10 se integra un listado con los servicios que se pueden ubicar en el TNA:

Tabla 10. Cartera de servicios del Tercer Nivel de Atención

Especialidades clínicas	Especialidades quirúrgicas	Auxiliares de diagnóstico
Alergia e inmunología clínica	Anestesiología	Telemedicina
Atención al paciente quemado	Anatomía patológica	Imagenología
Audiología, otoneurología y foniatría	Cardiología intervencionista	Radiodiagnóstico
Angiología	Cirugía general y subespecialidades:	Rayos X simples
Artroscopia	Cirugía cardiotorácica	Rayos X fluoroscopia
Biología de la reproducción	Cirugía cardiovascular	Ortopantografía
Cardiología	Cirugía plástica y reconstructiva	Mastografía
Cardiología pediátrica	Cirugía pediátrica	Mamografía estereotáxica
Calidad en la atención y seguridad	Cirugía de cabeza y cuello	Densitometría
Dermatología	Cirugía de columna	Esterotaxia
Endocrinología	Cirugía endocrina y bariátrica	Ultrasonografía
Endocrinología pediátrica	Cirugía hepato-pancreato-biliar	Ultrasonido Doppler
Gastroenterología	Cirugía de mano	Tomografía computarizada
Genética médica	Cirugía de mínima invasión y robótica	Resonancia magnética
Geriatría	Cirugía de trasplantes	Urodinamia y litotripsia
Ginecología y obstetricia	Cirugía maxilofacial	Gabinets auxiliares de dx
Hematología	Cirugía de colon y recto	Neurofisiología
Infectología	Gastro cirugía	Electroencefalografía y mapeo

Medicina materno fetal	Neurocirugía	Potenciales evocados
Medicina crítica	Neurocirugía pediátrica	Electromiografía
Medicina interna	Odontología	Electrorretinografía
Medicina preventiva	Oncología quirúrgica	Estudios de sueño
Nefrología	Traumatología y Ortopedia	Cardio diagnóstico
Neumología	Ortodoncia	Electrocardiografía
Neurología	Radio-Oncología	Pruebas de esfuerzo
Neurodesarrollo	Terapia endovascular neurológica	Holter cardiaco y presión
Neonatología	Auxiliares de tratamiento	Ecocardiografía
Nutrición clínica	Admisión médica continua	Arritmias y electrofisiología
Oftalmología	Díálisis	Endoscopías
Otorrinolaringología	Hemodiálisis	Gastro endoscopías
Oncología médica	Estimulación temprana	Broncoscopia
Oncología pediátrica	Inhaloterapia	Toracoscopia
Pediatría	Medicina hiperbárica	Colposcopia
Perinatología	Medicina física y rehabilitación	Endoscopia alta y baja
Psicología	Medicina transfusional	Hemodinamia
Psiquiatría	Radioterapia	Medicina nuclear
Radio-oncología	Rehabilitación pulmonar	Gammagrafía
Reumatología	Rehabilitación cardíaca	Fluorangiografía
Urología	Quimioterapia	Acelerador lineal
Urología pediátrica	Radiología intervencionista	Laboratorio de análisis clínicos:
Vigilancia epidemiológica	Radiología estudios especiales	Hematológicos
Clínicas de especialidad	Tamiz neonatal	Químicos
Clínica de arritmias	Tamiz auditivo	Inmunológicos
Clínica de catéter	Terapia del lenguaje	Microbiológicos
Clínica de displasias	Servicio de sangre	Anatomía patológica
Clínica de diabetes		Histopatológica
Clínica del dolor y algología		Citología
Clínica de heridas y estomas		Servicio de sangre
Clínica del hígado		
Clínica del sueño		
Clínica de tuberculosis		

Equipo de salud del Tercer Nivel de Atención

Los procedimientos clínicos y quirúrgicos que se realizan en el TNA involucran a profesionales de diversas disciplinas, con saberes especializados, alto grado de destreza, con perfiles y competencias específicas para la eficiencia en la gestión y brindar servicios de alta calidad y seguridad.

El personal que integra un hospital del TNA está en función de la estructura orgánica descrita en su decreto de creación y estatuto orgánico; en cada unidad se describen los niveles y relaciones jerárquicas indispensables para el correcto engranaje de sus integrantes. De acuerdo con las áreas que intervienen y giran en la atención directa o indirecta de las personas, en la realización de funciones gerenciales, operativas, de enseñanza e investigación, este capital humano se describe a continuación:

- **Atención directa:** Personal médico en sus diferentes especialidades y subespecialidades, personal profesional de enfermería, trabajo social, psicología, personal profesional y técnico, terapeuta en radiología, radioterapia, electro diagnóstico, rehabilitación y terapia física, inhala terapeuta, optometría, tanatología, nutrición y personal camillero.
- **Atención indirecta:** Personal profesional en ingeniería biomédica, física, química, laboratorio, biología, citotecnología, histopatología, personal de farmacia, almacén, economía, estadística, archivo clínico, lavandería, intendencia,

mantenimiento y apoyo administrativo.

Regionalización de la atención hospitalaria en el TNA

La regionalización es un mecanismo para mejorar la organización de los servicios de salud y se traduce en el resultado del análisis de variables sociodemográficas, económicas, culturales, epidemiológicas, morbi-mortalidad, de comunicación, vialidad, medios de transporte, entre otras. Lo anterior permite garantizar la interoperabilidad de los niveles de atención y acercar a la población la oferta de servicios de alta especialidad para atender los problemas de salud de alta complejidad.

En la actualidad la Red de hospitales de alta especialidad se integra por unidades federales y estatales. En el nivel federal, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad es un organismo referente en el TNA, que coordina 22 Entidades Paraestatales: 13 Institutos Nacionales de Salud, 3 Hospitales Federales de Referencia, y 6 Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Cabe señalar que los Institutos Nacionales de Salud son, en su mayoría, monotemáticos y están ubicados en la Ciudad de México, por lo cual la creación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad ha impulsado la atención especializada y el fortalecimiento de la red de servicios de salud a nivel estatal. Para dar continuidad a la atención, incluyendo la alta especialidad, se deberán formalizar convenios federales y estatales de participación interinstitucional para prestar servicios altamente especializados a las personas sin seguridad social en todas las entidades federativas, lo cual será de relevancia al establecer las RISS en cada entidad federativa y la vinculación interestatal que deberá definirse.

Así mismo, se debe determinar la regionalización operativa de la Red de Hospitales de Alta Especialidad

para definir las rutas adecuadas y la trazabilidad correcta de las personas referidas, cuidando el cumplimiento de los principios del Modelo: cobertura universal, gratuidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad y calidad. Para realizar esta regionalización, el Catálogo de establecimientos del Sector Salud que integra la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, es la fuente de los establecimientos clasificados de acuerdo con su tipología como hospital especializado del TNA, dependientes de la Secretaría de Salud (Anexo 3. Relación de unidades de tercer nivel).

Vinculación entre el Segundo Nivel de Atención y el Tercer Nivel de Atención

Las RISS permiten una adecuada articulación de los diferentes servicios ofertados en SNA y TNA y favorecen a las personas la accesibilidad y continuidad de la atención a través del Sistema de Salud. No obstante, no debe confundirse una zona de atención médica con referencia entre unidades del SNA y TNA de una misma institución, sino generar el concepto de un conjunto de redes de servicios que interactúan entre sí. En caso de que la patología, el estado de salud o las necesidades de atención a la salud rebasen la cartera de servicios o la capacidad instalada, y con previa valoración en concordancia a los criterios de derivación y protocolos de atención, los pacientes pueden ser trasladados del SNA al TNA a través del sistema de referencia y contrarreferencia.

La referencia y la contrarreferencia de pacientes se realizará en el marco de los lineamientos establecidos en el Plan Sectorial de Salud y las normas aplicables a esta actividad, clasificadas en cuatro categorías:

1. Interconsultas
2. Referencias de pacientes ambulatorios
3. Traslado hospitalario programado
4. Traslados de urgencias

La continuidad de la atención no debe encontrar barreras de ningún tipo y el personal de salud las debe identificar con la finalidad de abolirlas o disminuirlas. La vía de entrada a la atención de TNA no es limitativa, ya que en la realidad el estado de salud (o enfermedad) de la persona puede requerir que esta ingrese desde el PNA, el SNA o directamente al TNA.

Cada DSB debe contar con un área coordinadora que se encargue de convocar a las instituciones de salud que otorgan servicios a la población sin seguridad social de la región geográfica de su responsabilidad, así como a los integrantes de los EBS y a los líderes comunitarios para establecer la RISS y, según sea el caso, se irán adicionando otros DSB.

La microgestión estará a cargo del DSB como primera instancia obligada a conformar la red entre la comunidad y las unidades de todos los niveles de atención ubicadas en la región geográfica de la cual es responsable.

El Consejo o Comité interinstitucional de las RISS, presidido por el responsable de los servicios de salud en los estados, debe dirigir y organizar los recursos obtenidos para alcanzar la máxima eficiencia técnica y administrativa, con lo cual se favorecerá la comunicación entre los distintos sectores y entre las instituciones de salud de otras entidades federativas, tal como se refiere con mayor profundidad en el apartado de las RISS. Los convenios de intercambio de servicios entre instituciones de salud deberán suscribirse prioritariamente por el nivel de gestión macro (federal) y meso (estatal). Podrán suscribirse convenios de intercambio de servicios entre unidades médicas únicamente con la aprobación del "Comité Nacional" que establece la cláusula décimo segunda del Acuerdo General de Coordinación de Servicios de Atención Médica, suscrito el 3 de abril de 2020.

La generación de la RISS incluye:

1. Ubicación geográfica de las unidades médicas.
2. Conocimiento de la cartera de servicios.
3. Población sin seguridad social potencialmente beneficiada.
4. Población cubierta.
5. Área geográfica de cobertura.
6. Panorama epidemiológico de la región.

7. Capacidad instalada de las unidades de los tres niveles de atención.
8. Distancias y tiempos de traslado calculados (accesibilidad y conectividad).

Esta información permitirá conocer las fortalezas de la gestión integrada de apoyo clínico, administrativo y la logística que se empleará en la operación de la RISS. La red será tan amplia como se necesite de acuerdo con los recursos en salud existentes, por lo que puede incluir varios municipios o incluso más de una entidad federativa.

6.5 Calidad de la atención médica

La calidad y seguridad de la atención son consideradas un bien público y un compromiso para garantizar servicios de salud de calidad a la población. La calidad es ampliamente comprendida como la medida en que los servicios de salud para la población aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados en materia de salud, en concordancia con los conocimientos y habilidades de los profesionales.

De forma particular, la seguridad del paciente se ha percibido durante mucho tiempo como un barómetro del éxito de los sistemas básicos para mejorar la calidad de la atención, motivo por el que cobra especial relevancia este atributo que debe ser considerado como un elemento prioritario en cualquier sistema o modelo de atención.

Dentro de un Sistema de Salud basado en la APS, los servicios del PNA, el primer contacto de las personas con el sistema resulta relevante para la respuesta del sector a las necesidades de salud de la población. Enfrentar los retos de la calidad y seguridad de la atención en este nivel de atención, coadyuvará a mejorar los servicios que se otorgan a la población y a optimizar los recursos disponibles.

Desde hace dos décadas, en México se han impulsado diversas estrategias para mejorar la calidad y seguridad de la atención en beneficio de la población sin seguridad social y el país se encuentre fortalecido ante urgencias epidemiológicas. La pandemia de COVID-19 ha evidenciado la necesidad de que los países refuercen sus procesos con énfasis en la reducción de los riesgos derivados de la atención en salud e impulsen políticas que fortalezcan la gestión de la calidad en todos los niveles con el fin de garantizar, entre otras, la seguridad de las personas, familias y comunidades, así como incrementar el bienestar de los profesionales de la salud.(45)

Por este motivo, la Secretaría de Salud, INSABI e IMSS-BIENESTAR, desde sus atribuciones y ámbitos de competencia, así como las entidades federativas, promoverán los mecanismos necesarios para que las unidades de salud de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como de los Gobiernos locales, provean de forma integral, obligatoria, con calidad y seguridad, los servicios de salud comunitarios, básicos y especializados, mismos que deberán operar como un sistema de RISS que brinden atención de acuerdo con las necesidades en salud de las personas, la comunidad y la población.

Es fundamental que el Modelo tenga como eje transversal la gestión de la calidad y la seguridad de la atención, con fundamento en los atributos de la atención médica propuestos por la OMS, centrada en la persona, equitativa, oportuna, integrada, eficaz, eficiente, segura y efectiva.(46)

Una premisa es dar visibilidad a las áreas de calidad, integradas por equipos multidisciplinarios, liderados por las figuras del responsable Estatal de Calidad (REC) quien es el responsable de articular y operacionalizar la estrategia federal de calidad, a los programas y planes en los Servicios de Salud de la Entidad, y en el caso de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud su homólogo, el Responsable Institucional de Calidad y el gestor de calidad, responsable de establecer los mecanismos de coordinación al interior de las unidades de salud, que de manera conjunta y en apoyo con la dirección de la unidad, dirigen sus esfuerzos para asegurar y dar cumplimiento a los aspectos de regulación jurídico-normativa, que son traducidos mediante las disposiciones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, y la operatividad se ajusta con base en la gestión de equipos proactivos de calidad y seguridad del paciente. Estas áreas resultan necesarias para la adopción e implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, que contemple el Plan de calidad y seguridad del paciente, y contribuya a generar acciones para que todos los trabajadores aporten valor e incidan en la mejora continua de calidad de cada establecimiento, desde el PNA al TNA.

Es indispensable que la prestación de servicios de salud cuente con sistemas de gestión de calidad, en donde la seguridad del paciente sea un elemento fundamental, ya que uno de los principios clásicos de la atención en salud es el hipocrático *primum non nocere*, lo que indica que siempre se ha reconocido la posibilidad de que la actuación médica produzca consecuencias indeseables. Lo anterior permitirá fortalecer los sistemas de atención de la salud y avanzar hacia una cobertura sanitaria universal efectiva, en alineación al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. (47)(48)

Como acciones mínimas a realizar de manera inmediata para desarrollar una cultura de calidad y seguridad del paciente durante el proceso de atención a la salud, se deberán implementar las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, considerando la metodología para la gestión de riesgos.

Esto permitirá cumplir con el derecho de los pacientes a una salud que integre los requisitos indispensables para su seguridad, insertando a este Sistema de Salud en una de las premisas más importantes que debe contener, calidad y calidez.

Es necesario que, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, se establezca el Sistema de Gestión de Calidad, que en coordinación con INSABI e IMSS-BIENESTAR se adoptará e implementará en las unidades desde el PNA hasta el TNA. Dicho Sistema además de incluir los atributos de la calidad propuestos por la OMS, previamente referidos, incluirá componentes de planeación, liderazgo, sistemas de información, participación de los pacientes y de la población, regulación y estándares, capacidad organizacional, mejora de procesos clínicos y administrativos, formación, capacitación y desarrollo del talento humano, responsabilidad social y evaluación. Todos en su conjunto coadyuvarán al logro de resultados en la mejora de la salud de la población.

Planeación

La planeación integra objetivos, metas, estrategias y acciones a implementar para mejorar la calidad y seguridad en la atención de los pacientes.

Liderazgo

El liderazgo en los servicios de salud implica comprender los componentes fundamentales que integran al modelo de prestación de servicios, así como la identificación de las áreas susceptibles de mejora y el papel que debe tener cada uno de los miembros de los equipos de salud.

Sistemas de información

Todos los procesos de prestación de servicios de salud generan datos e información que permiten evaluar el alcance de los resultados esperados y el desempeño de los prestadores. Sin embargo, cuando estos datos no se integran a un proceso sistematizado y organizado de recopilación y análisis no pueden utilizarse para tales fines. Por ello, es importante contar con sistemas de información vinculados y armonizados, que permitan la trazabilidad de la información en salud, desde las acciones comunitarias hasta las realizadas en el TNA.

El estándar de información para el MAS-Bienestar es nominal, anclada a la CURP, tanto para los prestadores de servicios de atención médica o salud pública, como para los pacientes. La información sobre las atenciones en salud que se brinden debe registrarse en el punto de atención, por el personal de salud que la brinda, idealmente al momento de brindarla.

Preferentemente, la información se resguarda en infraestructura institucional centralizada, al momento de registrarla, pero bien puede registrarse en infraestructura local, si no existe conectividad, y transmitirse a la infraestructura central, desde un punto con conexión a internet, con periodicidad al menos mensual.

Los sistemas de información del Sector Salud deben cumplir con los estándares fijados por la Norma Oficial Mexicana NOM-SSA3-024-2012, o la versión que la sustituya. Además, deberán ajustarse a los principios dictados en la Estrategia Digital de la *Unidad de Política Digital Nacional*.

Participación de pacientes y población

La vinculación de la población a los procesos de salud permite mejorar la toma de decisiones a través de la detección activa de procesos susceptibles de mejora desde diferentes perspectivas.

Regulación

La regulación de los servicios de salud es un aspecto que debe tomarse en consideración para fundamentar los componentes seleccionados dentro de las adecuaciones a los modelos de prestación de servicios. Esto implica el fortalecimiento de aspectos normativos, entendiéndose como aquellos que regulan las prácticas del personal; aspectos administrativos, los cuales involucran, entre otros componentes, las adecuaciones de los flujos de asignación de recursos y de procesos de atención, entre otros.

Capacidad organizacional

Comprende aspectos esenciales en la provisión de los servicios y de la calidad de la atención. Aborda temas relacionados con infraestructura física, equipamiento y recursos humanos, abasto de medicamentos, financiamiento e incentivos para la mejora de la calidad.

Estándares y mejora de procesos

Este aspecto aborda la estandarización de la práctica y la mejora de los procesos clínicos y administrativos que garanticen servicios que respondan de forma efectiva a las necesidades de salud de la población a partir de la mejor evidencia científica disponible.

Formación, capacitación y desarrollo del talento humano

Se sugiere definir de manera conceptual - operacional el término. Para garantizar servicios de salud seguros y de calidad, resulta imprescindible contar con recursos humanos en salud competentes, a través de la formación, educación continua y la seguridad del personal de salud, con el fin de desarrollar las competencias profesionales y personales que favorezcan una práctica profesional segura y de calidad.

Evaluación

La Evaluación es un proceso transversal, que se requiere definir, desarrollar e implementar, debido a que la calidad de la atención sanitaria no está sistematizada ni estandarizada en los diferentes niveles de atención, ni entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, y esto se relaciona con la percepción negativa que las personas tienen de la prestación de servicios de salud públicos del país.

La valoración del desempeño global de las unidades está sustentada en el análisis e interpretación de los procesos establecidos a través de instrumentos estadísticos, que identifiquen tendencias y el comportamiento en periodos específicos, y las tendencias de los indicadores de los procesos estructurados para cada elemento del sistema, destacando el cumplimiento o los avances incrementales de los objetivos y metas.

La evaluación de la calidad y la seguridad es un proceso continuo, sistemático e incremental, que tiene bases en el aprendizaje organizacional, opera en una línea de tiempo variable, la cual tiene que sustentarse y mantenerse a lo largo de la vida de operación de la unidad de salud, privilegiando la microgestión y realimentando a su vez la mesogestión y la macrogestión.

La evaluación del sistema de gestión de calidad y seguridad determina la identificación de las aportaciones a la salud de la población, los ciclos de mejora orientados al acceso efectivo, y la seguridad que ofrece la organización a los usuarios, tanto estructural, como en sus procesos y resultados.

Así mismo, define el grado de confianza otorgado a las personas, comunidades y población, identifica la optimización de los costos de la atención y las acciones de racionalización en la utilización de los recursos que son reflejo del costo razonable de la atención a la salud. Es sustento de los mecanismos para el logro de un alto grado de satisfacción de los usuarios internos y externos al transitar por cada tramo de responsabilidad que la organización representa en el Sistema de Salud.

Por ello, es necesario integrar en un mismo mecanismo de evaluación de la calidad, reconocido y normado por la Ley, los procesos de Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud; y el de Certificación del Consejo de Salubridad General, que permitirán verificar el cumplimiento de criterios y estándares en materia de calidad y seguridad de la atención, a través de una evaluación de estructura, procesos y resultados.

De esta manera, el proceso continuo de Acreditación y Certificación, se constituye como el proceso de garantía de calidad que se realizará mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los Establecimientos de salud, con un enfoque de gestión por procesos y centrado en las personas, familias y comunidades, con el fin de transitar paulatinamente hacia el sostenimiento de calidad.

Avanzar hacia el acceso efectivo a los servicios de atención médica con calidad, contribuirá a superar las desigualdades en las condiciones de salud existentes en nuestro país, las que constituyen un serio obstáculo para alcanzar el desarrollo humano y social sostenido al que aspira el pueblo de México.

Si el Estado garantiza la satisfacción de las necesidades en salud de cada persona, mediante el mantenimiento y funcionamiento de los servicios necesarios para la atención médica con calidad, estará cumpliendo con una responsabilidad fundamental para construir una sociedad justa, sana y productiva.

6.6 Capacitación

Educación integral en salud para la implementación del MAS-Bienestar

La implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en sus componentes clínicos y comunitarios se apoyará en el *Plan Estratégico de Educación en Salud en el marco de la transformación* dirigido por la Secretaría de Salud como ente rector, el cual contempla: 1) estrategias integrales para garantizar la suficiencia, formación y profesionalización del personal, 2) fomento de la participación comunitaria, 3) instrumentación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, directrices alineadas al PROSEA 2020-2024 (ver Figura 14).

Se requiere formar y capacitar al personal de salud bajo el enfoque de la Atención Primaria de Salud, así como en los ejes de intervención del mismo modelo. Por *personal de salud* no solo debe entenderse al personal en contacto con las personas tales como personal de medicina, de enfermería, trabajo social, odontología, psicología, promoción de la salud, sino también todo el personal administrativo y directivo quienes cuentan con una participación importante en la implementación del modelo al gestionar los recursos, atender la planeación y organización de los servicios para el desarrollo operativo de la APS.

Todo el personal de salud debe conocer su participación en el modelo, así como los recursos que requieren para prestar sus servicios y la forma en la que será evaluado su desempeño. Se requiere de personal comprometido con la APS, que modifiquen el modelo biomédico de atención centrado en la enfermedad y busquen el desarrollo de un conjunto de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que respondan a los pilares de *gestión de salud poblacional, promoción de la salud, participación comunitaria, y el enfoque preventivo* entre otros.

Para una óptima implementación del modelo será necesario atender diferentes niveles educativos y a diferentes personajes del sistema; desde la formación de personal de salud técnico, en pregrado, posgrado, consejos profesionales, educación continua y permanente del personal en operación y la capacitación de las personas protegidas por el Modelo de Atención a fin de favorecer la corresponsabilidad y aprovechamiento del mismo. Se requieren estrategias de fortalecimiento de competencias docentes que favorezcan la *Educación Interprofesional* (EIP) y la *Práctica Colaborativa* (PC) entre el personal de salud en los diferentes escenarios de atención. A continuación, se mencionan los grupos objetivo de la *Educación integral en salud* para la implementación del MAS-Bienestar.

- 1) **Técnico:** En ocasiones se deja fuera del concepto *Profesionales de la salud* a toda la rama técnica, la cual es fundamental para la operación de los servicios. El personal técnico debe ser capacitado en el desarrollo de habilidades técnicas con base en su categoría y función específica siempre bajo el enfoque de la Educación interprofesional y práctica colaborativa.
- 2) **Pregrado:** Se deben fortalecer en los planes de estudio de las escuelas y facultades formadoras de recursos humanos, las materias y ejes transversales relacionados con Funciones Esenciales de Salud Pública y la APS, ya que gran parte del personal de salud que egresa laborará en el servicio público de salud y su visión debe ser acorde al modelo de atención en proceso de implementación. Esto complementará el desarrollo de competencias técnicas propias de las carreras de la salud, con las competencias transversales tales como: garantía de derechos, interculturalidad, trato digno y respetuoso, interculturalidad, responsabilidad social, humanismo, calidad de la atención, etc. Deberá favorecerse el contacto con las áreas clínicas y comunitarias durante las fases tempranas de la formación. Se respetarán las normas oficiales vigentes en la materia que protegen la formación supervisada y tutorizada por personal de salud responsable de la atención.
- 3) **Posgrado:** Se debe fortalecer en los planes de estudio de las especialidades médicas y posgrados relacionados con la salud, la visión de la Atención Primaria de Salud como eje rector del cuidado de la salud, desarrollando las competencias transversales comentadas previamente. Durante la formación debe plantearse la responsabilidad social, conocer las necesidades de atención de la población para sensibilizar sobre la distribución de la fuerza de trabajo especializada en los sitios donde más se necesitan. Se respetarán las normas oficiales vigentes en la materia que protegen la formación supervisada y tutorizada por personal de salud responsable de la atención.

- 4) *Consejos profesionales:* Se recomendará a los Consejos profesionales la responsabilidad y compromiso social de contemplar la capacitación de sus correspondientes profesionales, no solamente en su área de *expertise* técnico, sino en las competencias de Atención Primaria de Salud como eje rector del Modelo de Atención público.
- 5) *Personal de salud en operación:* La Educación continua que se enfoca en el mantenimiento y desarrollo de competencias técnicas propias de las carreras de la salud aplicadas a la operación en servicio, deberá enfocarse en los planes y programas prioritarios y estratégicos del Modelo de Atención. La Educación permanente que se enfoca en desarrollar competencias con base en las necesidades de la sociedad también deberá ser implementada considerando las condiciones de salud locales y nacionales, p.ej. Capacitación en Atención Primaria de Salud, trato digno, determinantes sociales, garantía de derechos, etc. Tanto el personal que brinda servicios de atención a la salud, como el personal que participa en los componentes de salud colectiva requieren entrenamiento en sus funciones y aplicación de competencias.

Además del Diagnóstico de necesidades de capacitación (DNC) local se deberán considerar las temáticas que dispone la Secretaría de Salud a través del *Plan estratégico de educación en salud*, priorizadas por su impacto en la salud de la población por la carga de la enfermedad y necesidades de atención, cuyo resumen se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11. Resumen de las temáticas y competencias prioritarias del Plan estratégico de educación en salud para la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar

Estrategias prioritarias por alto impacto en salud	Temas estratégicos para la implementación del MAS-Bienestar	Temas y competencias transversales
Estrategias dinamizadoras de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Enfermedades Cardiometaabólicas (Hipertensión, IAM, EVC, Diabetes, Obesidad, Dislipidemias) <i>HEARTS</i> . Estrategia Nacional de Atención a la Salud Mental <i>ENLASAME-mhGAP</i> . Hepatitis C y VIH. Dengue. Nutrición en los primeros 1000 días de vida. Programas de Acción Específico. COVID-19. Salud materna y neonatal.	Atención Primaria de Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública. Promoción de la Salud. Entornos habilitantes y salas de LPR. Unidades de aborto seguro. Unidades de atención especializada de atención a la violencia. EPOC y envejecimiento en el primer nivel. Código infarto. Código cerebro. Unidades de detección temprana de cáncer y acompañamiento Programa Universal de vacunación. Calidad y Seguridad (IAAS, AESP, etc.). Tuberculosis. Gestión de riesgos, emergencias y desastres (Hospital seguro). Rol ampliado de enfermería. Salud sexual y reproductiva. Etcétera.	Garantía de derechos. Trato digno y respetuoso. Interculturalidad. Género. Derechos humanos. Comunicación. Liderazgo compartido. Competencias interprofesionales. Determinantes sociales de salud. Bioética. Humanismo. Gestión y dirección. Corresponsabilidad. Compasión. Bienestar. Trabajo en equipo. Manejo de conflicto. Etcétera.

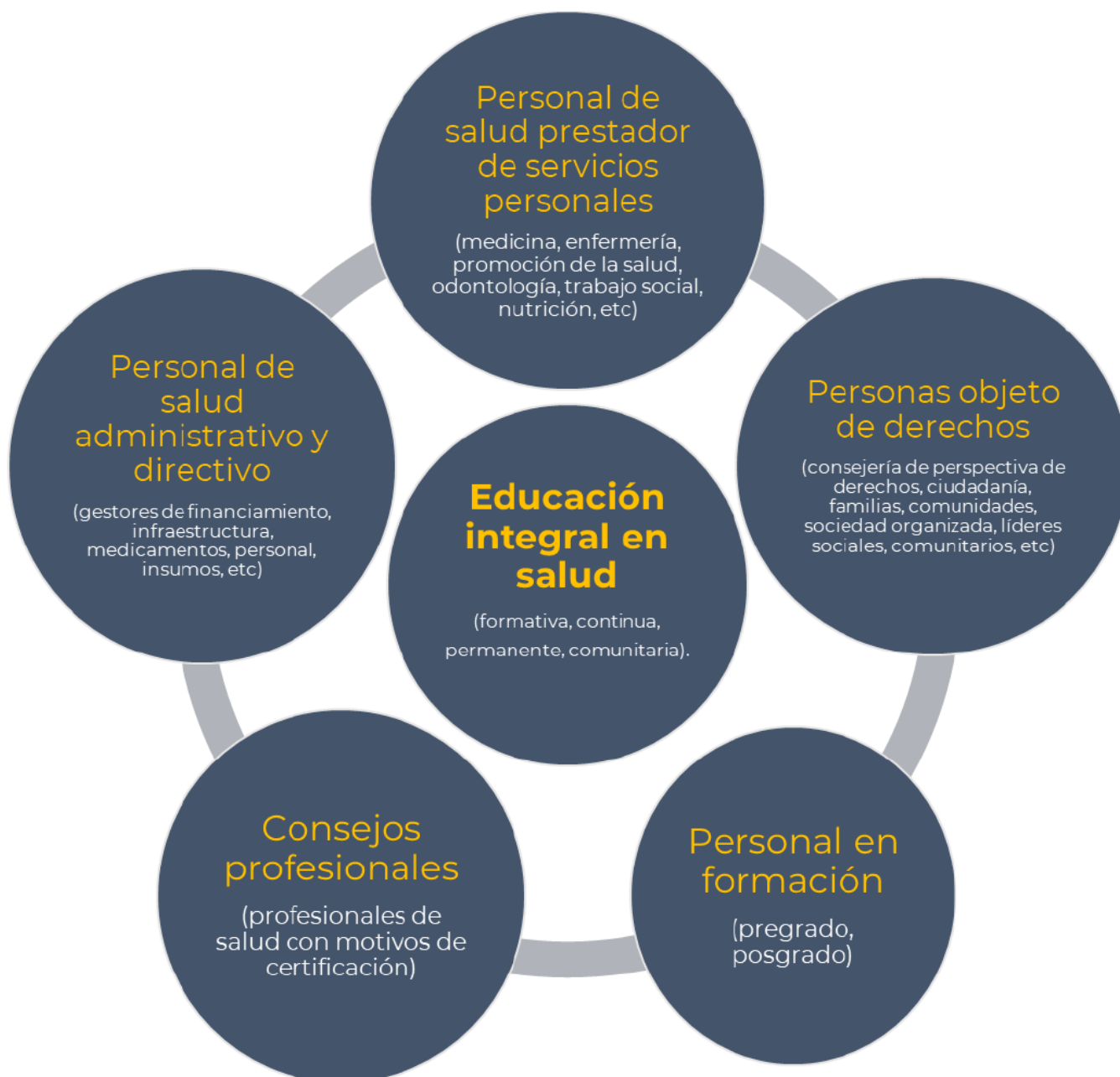
Las bases de la capacitación serán determinadas por el ente rector de la Secretaría de Salud por medio del *Plan estratégico de educación en salud* y articulada por el INSABI en los SES y el IMSS Bienestar en los estados transferidos, de acuerdo con su normatividad y regulaciones internas. Se deberá plantear el Diagnóstico de necesidades de capacitación, la planeación, organización logística, evaluación estandarizada, generación de indicadores y metas, así como seguimiento estrecho de la capacitación del personal en operación en los diferentes escenarios de atención.

Se preferirá el uso de un Sistema de control escolar asociado preferentemente a los sistemas de control de personal institucional o en su defecto, el Sistema Educativo de Salud para el Bienestar (SiESABI) de actual vigencia. Se contará con un *Catálogo Sectorial de Educación en Salud* configurado a modo de *Ecosistema educativo en salud* desde donde se podrá acceder al contenido educativo prioritario localizado en diferentes plataformas digitales del sector.

- 6) *Personas, familias y comunidades protegidas por el MAS-Bienestar.* Se deben contemplar también los procesos de educación y aprendizaje de las personas y comunidades protegidas por el Modelo de atención como sujetos activos en la gestión local de salud, valiéndose de los líderes comunitarios; que comprendan y adopten comportamientos saludables, asumiendo la corresponsabilidad en el cuidado de la salud individual, familiar y la promoción de entorno saludables. Se considera la educación para la salud como componente de la promoción de la salud, pero también el desarrollo de autonomía en la decisión de la utilización de los servicios. Se promueve que las personas evolucionen en su relación con los servicios de salud, exigiendo que se adecuen a sus necesidades y garanticen su derecho a la protección de la salud. La consejería local y campañas informativas a través de los medios de difusión en las comunidades pueden contribuir a

que la población conozca mejor los contenidos del Modelo de atención, se dinamice la participación comunitaria y se adopte una visión de derechos y ciudadanía.

Figura 14. Educación integral en salud para la implementación del MAS-Bienestar



Enfoque de la capacitación para la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar

Se requieren reorientar los procesos de educación formativa, continua y permanente en salud de un modelo exclusivamente biomédico a un modelo de educación interprofesional (EIP) que garantice la práctica colaborativa interprofesional y forme profesionales de la salud garantes del derecho a la protección de la salud, no limitado a responder las demandas de atención en los servicios e intramuros, donde los roles y las responsabilidades profesionales se complementan entre sí, como la ampliación de los funciones, compartir y cambiar tareas pertinentes entre los profesionales, basados en la atención centrada en la persona. Es por esto que el personal de salud requiere un conjunto de competencias que respondan al enfoque del MAS-Bienestar. La educación en salud orientada a la APS debe buscar que el equipo interprofesional de la salud adopte sus políticas y fundamentos, que deberán de reflejarse en las actividades de aquellos en contacto directo con las personas y las comunidades, así como en las de aquellos en las áreas paramédicas y administrativas de las unidades e instancias directivas y normativas.

Se ha identificado que la formación actual de los profesionales de la salud por parte de las instituciones educativas tiene una marcada orientación hacia el modelo biomédico de atención a la enfermedad, reactivo a las demandas de atención de las personas, con poco énfasis en las necesidades de salud y el trabajo interprofesional. El personal en formación debe conocer las necesidades sociales de atención, considerar orientación vocacional y responsabilidad social, y decidir de forma individual el destinar su labor hacia donde sea necesario y conveniente para la sociedad y para sí mismo, sin asumir que la adopción de la estrategia de APS implica un enfoque exclusivo en el primer nivel de atención tendiente a limitar la formación especializada.

Una sociedad interesada en mejorar el nivel de salud de las personas considerará la educación en salud desde la etapa escolar, no solo para modificar comportamientos saludables desde edades tempranas, sino asumiendo que tales sujetos crecerán

con la visión de considerar la salud en todas las políticas donde posteriormente se desarrollen. El desafío es establecer acuerdos colaborativos con las instituciones del sector educativo para evolucionar esa formación hacia el aprendizaje de un modelo de atención centrado en las personas, oportuno, seguro, eficiente y eficaz.

La Educación Interprofesional y práctica colaborativa permitirán que los profesionales de la salud (personal de medicina, enfermería, trabajo social, odontología, psicología, promoción de la salud), dependiendo de su escenario de acción, aborden la atención integral de las personas de forma integral y con continuidad en las diferentes acciones de su desempeño. Se promoverá con las autoridades del sector educativo la inclusión del marco conceptual, los componentes y elementos constitutivos de APS en los planes de estudio de pregrado y posgrado del personal profesional y técnico de salud, con el propósito de desarrollar tempranamente las competencias relacionadas con el ejercicio del Modelo y establecer intervenciones conjuntas que permitan ante la inserción al campo clínico el reforzamiento práctico en la aplicación del conocimiento en materia de APS.

Eventualmente, el personal debe migrar desde la adquisición de conocimientos teóricos y del *saber hacer* en su práctica, al *saber ser*, para adoptar un comportamiento adecuado dependiendo de los escenarios de atención y articular su desempeño con base en principios considerando los determinantes sociales de las personas atendidas. La evaluación periódica de las necesidades de capacitación (DNC) del personal del equipo de salud es un proceso indispensable que debe de realizarse de forma periódica y permanente a través de un diagnóstico que permita sustentar las estrategias educativas a implementar mediante un programa de capacitación, dirigido a garantizar la calidad de los procesos de promoción, prevención y atención a la salud con fundamento en el Modelo.

Diseño e implementación de programas de educación permanente en salud

Las unidades de salud deben realizar actividades de promoción y difusión de los cursos de capacitación, garantizando la asistencia del personal y su permanencia hasta la conclusión de estos, a través del registro y seguimiento hasta finalizar los cursos ofertados por el Instituto a través de sus coordinaciones normativas. Además, se deberá contar a nivel local, con el apoyo de las universidades y otros centros de educación profesional para conformar una oferta educativa amplia, con métodos innovadores que conlleven a la reflexión, el pensamiento crítico y la concientización y desarrollo de competencias en el personal de salud y no la simple acumulación pasiva de conocimientos.

Como primer paso, debe darse una especial atención al desarrollo de competencias del personal de promoción de la salud y voluntariado, dado el importante papel que juegan en el modelo de atención, trabajando directamente con las personas, familias y comunidad en las tareas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, la identificación de riesgos a la salud presentes en el entorno local y como impulsores de la participación social en la gestión y el cuidado de la salud individual y colectiva.

Las áreas normativas y directivas deben fomentar la capacitación y actualización científico - tecnológica del personal de salud, así como de la factibilidad técnica para llevar a cabo la educación a distancia (conectividad, tiempos y equipos) y tomar decisiones sobre la utilización de formatos virtuales, presenciales o mixtos. Se debe seguir el Plan estratégico de educación adecuando el perfil epidemiológico y los determinantes sociales y ambientales de la salud locales, así como los aspectos culturales y las prioridades de salud de las comunidades. Se realizará la evaluación educativa para la mejora continua de los procesos formativos y garantizar el desempeño profesional con impacto en los resultados en salud.

Políticas

- El diseño y definición de contenidos se encontrará a cargo de las áreas normativas de educación.
- La coordinación y logística de la capacitación se encontrará a nivel local con supervisión y evaluación del aprendizaje por entidades superiores de educación.
- En el proceso de educación continua y permanente para todo el personal de salud, se deberán de incluir temas transversales y verticales los cuales tendrán un carácter vinculante.
- Se buscará brindar un enfoque de educación interprofesional y de práctica colaborativa.
- Los tópicos relacionados con el desarrollo y fortalecimiento de competencias transversales.
- Las capacitaciones dirigidas a los integrantes de los equipos deberán de ser congruentes con los contenidos y el área técnica a la cual se dirigen.
- Implementar los cursos de acuerdo con la modalidad establecida, así como el seguimiento del personal capacitado.
- A nivel normativo se deberán de establecer metas y diseñar indicadores para la evaluación de resultados de los programas de capacitación permanente del equipo de salud, docentes, personal administrativo y directivo.

6.7 Supervisión y asesoría

La supervisión en los servicios de salud es un proceso técnico-administrativo sustantivo, que permite mejorar la calidad de la atención que reciben las personas, así como la eficacia y eficiencia de los procesos. Es una herramienta indispensable en el proceso de gestión, evaluación y seguimiento en territorio que tendrá como fin el motivar al personal, coadyuvando en el mejoramiento del desempeño de sus funciones, permitiendo con esto una plena identificación con los objetivos del Modelo, constituyendo un canal importante de comunicación de doble vía entre el supervisado y los responsables del Modelo, implicando retroinformación inmediata permitiendo innovación en el personal sobre la calidad científica y humana del servicio, los problemas detectados y la búsqueda de soluciones de acuerdo al contexto social. La supervisión se realiza para mejorar la oportunidad, precisión y confiabilidad de información recolectada por los supervisores y con ello mejorar la toma de decisiones que mejoren el desempeño de los programas, los procesos y las metas que se desea alcanzar mediante la supervisión.

Para Chiavenato, la palabra supervisar significa "seguir, acompañar, orientar y mantener el comportamiento de las personas dentro de determinados límites de variación". Para el directivo o gerente de la salud de cualquier nivel jerárquico, la supervisión debe ser una función inherente a su puesto que permite alcanzar los objetivos debido a la actividad de las personas que

componen la organización.(49) Con base en esto, se asume a la supervisión como un proceso de acompañamiento y asesoría, que permite evaluar los progresos en el cumplimiento de metas y objetivos de una unidad médica o la institución en su conjunto, la realización de procedimientos, al mismo tiempo que se realiza asesoría dirigida para la corrección necesaria en los procesos sustantivos de todas y cada una de las áreas y servicios de las unidades médicas de PNA, SNA al TNA, así como las actividades que se realizan como parte de la acción comunitaria.

Para lograr la calidad en los servicios de salud, debe existir el compromiso de la organización en su conjunto, con la participación del personal y sus dirigentes durante el proceso de supervisión.

Objetivo de la supervisión

Supervisar las acciones tanto del personal estratégico en salud pública en las entidades federativas como del personal operativo de la atención médica, tendrá por objeto identificar áreas de oportunidad que permitan el mejor desarrollo del personal y lograr coordinar acciones para la salud pública en territorio, e incrementar la eficiencia de los servicios entregados a la población. La supervisión persigue tres objetivos básicos orientados hacia:

- el personal (desarrollar habilidades y lograr el desarrollo de relaciones humanas adecuadas y alta efectividad en su desempeño);
- el público usuario (garantizar un servicio de calidad); y
- la organización (coadyuvar al logro de los objetivos institucionales).

Niveles de aplicación de la supervisión sobre funcionamiento

Los niveles de gestión caracterizan el nivel de competencia y alcance de la supervisión; al respecto, en el Modelo se distinguen cinco niveles en los que se debe realizar la supervisión: federal, estatal, distrital y/o regional, de cuerpos de gobierno de hospital y zona de servicios; los últimos dos son esencialmente operativos y se viven al interior de cada servicio, área o grupo de trabajo en los diferentes tipos de unidades de salud y niveles de atención.

Nivel federal o central

Determina y establece las estrategias y la normatividad para realizar la supervisión en los diferentes niveles, define y establece las herramientas para poder llevarla a cabo, así como la periodicidad, el método, el seguimiento y el control; además, participa activamente efectuando actividades de supervisión y asesoría al desempeño de los directivos integrantes de los grupos de conducción en los estados, así como la calidad de la atención otorgada por el personal operativo en las unidades médicas y a través de la organización comunitaria.

Nivel estatal

En este nivel, el personal de conducción conoce y aplica la supervisión en su ámbito de responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en las estrategias, líneas de acción y normatividad del nivel federal. Supervisa y asesora el desempeño de los directivos a su cargo, así como la calidad de la atención otorgada por el personal operativo en las unidades médicas y a través de la organización comunitaria.

Nivel distrital y/o regional

En este nivel el personal de conducción conoce y aplica la supervisión en su ámbito de responsabilidad de acuerdo con lo establecido en las estrategias, líneas de acción y normatividad del nivel federal. Supervisa y asesora el desempeño de los directivos de los cuerpos de gobierno de hospital y responsables de zona de servicios a su cargo, así como la calidad de la atención otorgada por el personal operativo en las unidades médicas y a través de la organización comunitaria.

Nivel de cuerpo de gobierno de unidad de salud

Conoce y aplica la supervisión en su ámbito de responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en las estrategias, líneas de acción y normatividad del nivel federal. Supervisa y asesora al personal bajo su cargo, así como la calidad de la atención otorgada por el personal operativo en las diferentes áreas y servicios del hospital y a través de la organización comunitaria.

Nivel zona de servicios

Conoce y aplica la supervisión en su ámbito de responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en las estrategias, líneas de acción y normatividad del nivel federal. Supervisa y asesora al personal operativo y la calidad de la atención otorgada en las unidades médicas bajo su cargo, así como la efectuada a través de la organización comunitaria.

Metodología del proceso de supervisión

La metodología de la supervisión tiene como base evaluar y asesorar en la triada Estructura-Proceso-Resultado de Donabedian,(50) mismo que forma parte de un sistema metodológico de acciones de orden técnico-administrativo, con el fin de llegar a la mejora continua de los procesos o procedimientos evaluados (ver Figura 15).

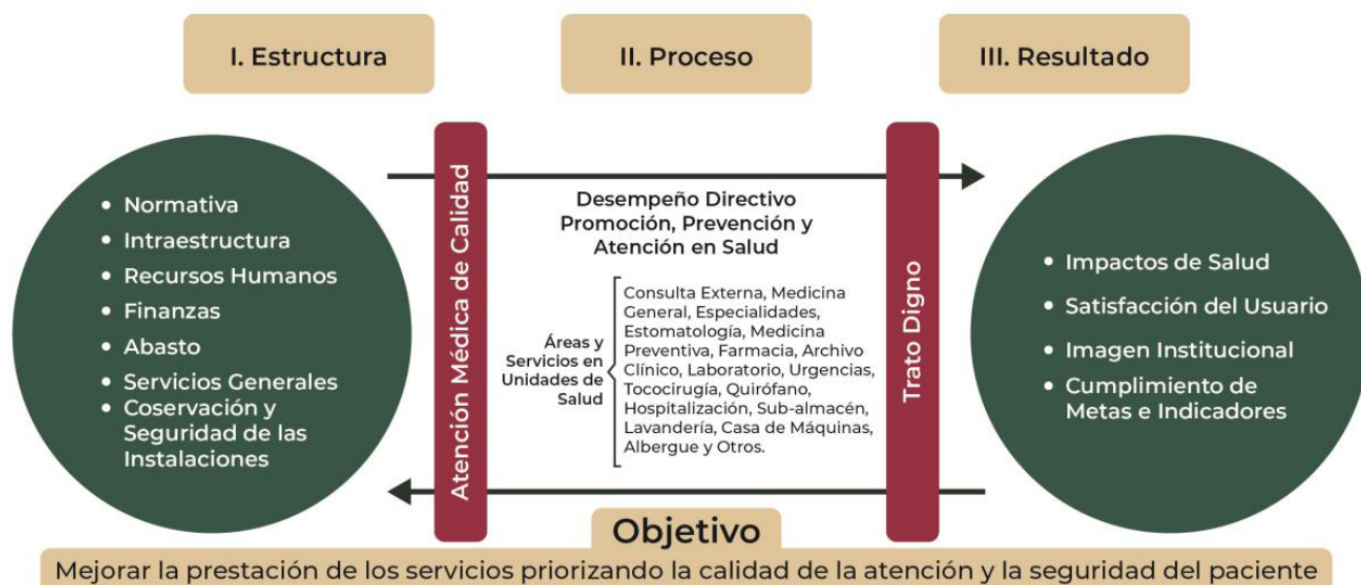
Figura 15. Metodología de supervisión I



Cada uno de ellos se refiere a:

1. Estructura; características establecidas de infraestructura y diseño del sistema de atención a la salud.
2. Proceso; se enfoca fundamentalmente a las actividades del ES, desde el punto de vista técnico, en la conducción de la atención a la salud, y también en cuanto a su interacción con los pacientes.
3. Resultados; hace referencia a los efectos y consecuencias derivados de la atención (o de la falta de ella) en la salud de quienes la reciben (o dejan de recibirla) (ver Figura 16).

Figura 16. Metodología de supervisión II



Esta metodología de supervisión estructura-proceso-resultado sucede en un entorno metodológico que permite a su vez supervisar los resultados poblacionales y encaminamiento de las acciones realizadas por los servicios de las unidades de atención médica hacia la prestación efectiva de servicios para la atención de las necesidades a nivel poblacional. Dicho entorno de supervisión se basa en la integración y seguimiento de dos categorías:

1. Vulnerabilidades y amenazas, donde se supervisa si las capacidades institucionales y operativas para brindar atenciones en salud satisface las brechas identificadas, en otras palabras, las vulnerabilidades del sistema de salud y se realiza con base en la incidencia y la distribución temporal y geográfica de las amenazas, de cualquiera naturaleza, a la salud.
2. Atención a los determinantes sociales, donde se supervisará si la prestación de los servicios esté orientada a satisfacer las condiciones ligadas a procesos demográficos y socioeconómicos que definen la probabilidad de enfrentar riesgos específicos, así como su desagregación espaciotemporal. Esto con el objetivo de identificar si se satisfacen las necesidades de los conjuntos poblacionales que requieren atenciones en salud puntuales y diferenciadas; su énfasis es incrementar la efectividad de las intervenciones en salud para alcanzar desenlaces más equitativos.

Etapas del proceso de supervisión

Las siguientes, representan las etapas que intervienen para llevar a cabo el proceso de supervisión, las cuales deben desarrollarse en todos los niveles de gestión de la organización. El proceso de la supervisión comprende las siguientes etapas:

Planeación y programación

Consiste en la elaboración del plan o programa de supervisión. Comprende la determinación del lugar, tiempo y participantes; tiene como finalidad establecer los elementos mínimos que se requieren antes de supervisar una unidad de salud o un proceso. Es imprescindible en esta etapa definir el objetivo de la supervisión, el tiempo de duración y el personal responsable de su realización. Se debe elaborar el diagnóstico situacional del ámbito geográfico a supervisar, con el objeto de identificar avances y limitantes que permitan programar la supervisión. Se utilizan indicadores y metas de estructura, procesos y resultados, los cuales se detallan a continuación:

- Estructura: recursos (humanos, técnicos, materiales, físicos y financieros), accesibilidad (geográfica, económica y cultural) y oportunidad (tiempo de espera).
- Proceso: eficiencia de las actividades del personal con uso racional de recursos, actividades, procedimientos, uso y utilización de los servicios, trato digno y coberturas.
- Resultado: eficacia, eficiencia y efectividad (impactos en salud: mortalidad, morbilidad, incidencia y prevalencia).

Con base en esta información y en las prioridades en salud, los equipos de supervisión en todos los niveles identifican procesos relevantes de la operación, las causas o factores condicionantes, así como las actividades necesarias para impulsar, fortalecer o corregir un proceso durante las etapas de ejecución y control.

Ejecución y evaluación

Se refiere a la realización de la intervención en sitio basada en un pre diagnóstico por parte de un equipo multidisciplinario de los diferentes niveles de conducción (personal del área médica, enfermería, servicios auxiliares, infraestructura, recursos humanos, servicios generales, administrativos, planeación, acción comunitaria, entre otras); es el componente más dinámico porque implica identificar en el área, servicio o personal supervisado, la problemática, omisiones o fallas en un proceso o procedimiento de atención, proporcionando asesoría y capacitación en servicio durante la aplicación de la supervisión.

Puede generar un primer análisis de resultados o la suspensión misma de la intervención en caso de detectar alguna situación de riesgo inminente, por ejemplo, de daño a la salud del paciente. Previo al inicio de la actividad, el directivo líder de la supervisión se reúne brevemente con el director y el equipo del nivel local que será supervisado, para revisar el objetivo y la agenda a desarrollar y explicar cómo se llevará a cabo la visita de supervisión.

Se verifica y analiza de manera integral los siguientes aspectos:

- a. La oportunidad, suficiencia y utilización racional de los recursos institucionales.
- b. La aplicación de los procesos administrativos.
- c. La organización, oportunidad, calidad y calidez de la atención médica integral.
- d. La realización de los procedimientos médicos y del personal involucrado en la atención directa e indirecta de la población.
- e. La validación y análisis de la información.
- f. La revisión de indicadores de cobertura, desempeño e impacto en las acciones de salud.
- g. La evaluación del desempeño del personal institucional en su relación con la comunidad; los conocimientos y participación de los grupos voluntarios; la participación de familias en la realización de acciones de salud; la interrelación con la medicina tradicional; la calidad del saneamiento básico; y las estrategias implementadas por la coordinación de acción comunitaria.
- h. A través de levantamiento de encuestas se evalúa el nivel de satisfacción de los usuarios.

Esta fase se desarrolla a través del levantamiento de instrumentos de evaluación de la calidad de la atención y para su análisis se creó una plataforma electrónica que utiliza indicadores y estándares por proceso y disciplina, agrupados en matrices de análisis, previa consulta del diagnóstico situacional, con base en los sistemas informáticos, sectoriales e institucionales. Todo esto permite en forma objetiva y precisa:

1. Identificar las limitantes y avances en la conducción.

2. La calidad de la atención, en la organización y participación comunitaria.
3. La suficiencia y oportunidad de los recursos.

Control y seguimiento

La supervisión requiere de una visión y aplicación integral y de la participación multidisciplinaria, optimizando tiempo y recursos para su adecuada aplicación, y el cumplimiento de los objetivos, indicadores y metas para los cuales fueron asignados. Por lo tanto, una visita de supervisión debe incluir invariablemente al personal del área médica, de enfermería, y áreas complementarias como estomatología, psicología, nutrición y dietética, servicios auxiliares de diagnóstico, trabajo social, recursos humanos, recursos financieros, recursos materiales, servicios generales, conservación, sistemas de información y de acción comunitaria, entre otros, lo cual podrá ajustarse de acuerdo con la cartera de servicios de la unidad médica a supervisar.

En este sentido, en los diferentes niveles técnico-administrativos se deberá determinar y formar un grupo multidisciplinario de personal que, entre otras funciones, asuma las visitas de supervisión como uno de sus procesos sustantivos; para el caso de los hospitales y zonas, el cuerpo de gobierno y el equipo zonal tienen en sus funciones esta actividad como prioridad.

La supervisión permite contrastar lo efectuado contra lo planeado, identificando errores, desviaciones u omisiones, a fin de recomendar modificaciones y asesorar al personal para mejorar el desempeño de su trabajo; detectar oportunamente desviaciones operativas y adoptar, en su caso, medidas correctivas e implementar acciones de mejora continua, a efecto de dar seguimiento y ponderar los avances en relación con los objetivos planteados.

Al concluir la visita de supervisión-asesoría, los responsables independientemente del nivel jerárquico, conjuntamente con los equipos de conducción y operación, elaboran un informe integral en donde se precisan acuerdos y compromisos en la aplicación del Modelo. Este informe es presentado a su nivel inmediato superior, formalizando así los compromisos adquiridos por los diferentes niveles y retro-informando en forma directa o indirecta a los responsables de la operación para su seguimiento y cumplimiento.

Cuando este informe integral se presenta al nivel central es con base en el documento resultados de supervisión. Para tal efecto se realizan reuniones formales con participación de autoridades de los diferentes niveles de conducción (Central-estatal-regional-unidades médicas).

El objetivo es formalizar compromisos, designar responsables y fechas de cumplimiento, esto permite integrar y formalizar por escrito los aspectos relevantes para su seguimiento.

Para facilitar el análisis y seguimiento de resultados, se creó un tablero de control que retoma la técnica de semaforización de rangos de calificación y se les da una traducción cuali-cuantitativa, la cual resulta de un ejercicio exhaustivo de ponderación de cada una de las variables evaluadas por ámbito, nivel, servicio y disciplina, durante la ejecución de la supervisión asesoría.

Tipos de supervisión

La metodología de la supervisión se establecerá de acuerdo a las necesidades para lo cual se requiere de planificar, organizar, dirigir, ejecutar y retroalimentar constantemente haciendo uso de la innovación tecnológica y será utilizando estos diversos métodos, de los que para fines del Modelo se definen dos tipos de supervisión:

Supervisión directa

Este tipo de supervisión debe realizarse en presencia del supervisado y en una relación de respeto absoluto entre el supervisor y el supervisado; esto es esencial, ya que facilita aplicar el proceso de enseñanza-aprendizaje, permite conocer los problemas y definir en conjunto las medidas correctivas a implementarse y así también identificar áreas críticas.

Ejemplo:

Servicio de urgencias, se realiza un recorrido para observar en el lugar las condiciones de limpieza, orden y acomodo, equipamiento, insumos, organización, oportunidad y calidad de la atención, sistema de registro de información, entre otros.

Supervisión indirecta

En esta se utiliza la técnica de investigación documental y demás instrumentos, tales como: informes mensuales, diagnósticos de salud, programas de trabajo, cartas descriptivas y minutas de capacitación, expedientes clínicos, bitácoras, entre otros, en las que se pueden hacer preguntas dirigidas a informantes clave, entre otras; es válido efectuar dicha supervisión utilizando medios electrónicos a distancia. Ayuda al cumplimiento de las actividades y a reorientarlas para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa de Salud supervisado.

Ejemplo:

Se revisa productividad de consultas y acciones específicas por área, servicio o proceso, así como expedientes clínicos de los pacientes.

Técnicas para la supervisión

Las técnicas más utilizadas en la supervisión son:

- **Observación:** Es la proyección intencionada y activa de la atención, con la finalidad de captar hechos y cosas tal como se presentan (recorrido por las áreas y servicios).
- **Entrevista:** Es una conversación entre dos o más personas, planeada y con objetivos plenamente establecidos (personal directivo, personal operativo, pacientes).
- **Visitas:** Es el traslado del supervisor o equipo al lugar donde se va a aplicar la supervisión con un fin determinado; estas visitas pueden hacerse extensivas a otros niveles con la única finalidad de constatar la realidad existente (oficinas de los

equipos directivos, almacén estatal o distrital, localidad, presidencia municipal, entre otros).

- **Investigación documental:** Consiste en recolectar y estudiar diagnósticos de salud, planes anuales y otros documentos, con la finalidad de conocer la situación real y los problemas sanitarios.
- **Reuniones:** Con agrupaciones de personas en un lugar y tiempo determinado, para lograr los objetivos previamente establecidos (comités de salud, voluntarios, autoridades locales o municipales, entre otros).

Periodicidad

La periodicidad para llevar a cabo la supervisión depende del nivel de aplicación y de los recursos con que se cuenta, es decir, la estructura específica para contar con un área y determinado personal para cubrir la infraestructura médica a supervisar; por lo que se establece lo siguiente:

- **Nivel federal:** Prioriza y determina cada año, las entidades federativas con mayor problemática y menor desempeño en el cumplimiento de metas e indicadores en salud, para determinar aquellas que deben ser sujetos de la supervisión y asesoría; otro criterio a considerar para esta priorización es que la entidad federativa y sus unidades médicas, no hubieran sido supervisadas por este nivel, en un plazo no menor de 6 meses posteriores.
- **Nivel estatal:** Una vez al año al 100% de sus hospitales y una muestra representativa de aquellas unidades de PNA con mayor problemática y menor desempeño en el cumplimiento de metas e indicadores en salud, con seguimiento a la supervisión efectuada no mayor a tres meses posteriores a la visita inicial para el caso de los hospitales.
- **Nivel regional - local:** Un hospital y cinco unidades médicas de PNA cada mes.
- **Nivel zona de servicios:** Una vez cada bimestre al 100 % de sus unidades médicas.
- **Nivel de unidades médicas:** El cuerpo de gobierno de las unidades médicas programará visitas conjuntas (con todos sus integrantes) al 100 % de los servicios del hospital, al menos durante los bimestres de febrero-marzo y julio-agosto de cada año, independientemente de la supervisión individual, y dará seguimiento a los compromisos establecidos durante los meses de abril, mayo, junio, septiembre, octubre y noviembre.

Cabe señalar que adicional a las visitas integrales y multidisciplinarias, cada responsable de los equipos directivos acude a los servicios de su competencia a dar seguimiento puntual a lo identificado en las visitas de supervisión, con especial atención a la problemática más relevante.

Los equipos directivos son aquellos que tienen bajo su responsabilidad el funcionamiento adecuado de las unidades de salud para el cumplimiento de los programas y procesos. Tienen a su cargo personal al cual deben dirigir y supervisar.

Herramientas aplicables en la supervisión

Con la finalidad de contar con herramientas para llevar a cabo la supervisión, el nivel federal deberá determinar y realizar la guía metodológica específica y establecer cédulas de supervisión específicas para cada nivel, disciplina y proceso a evaluar, así como listas de cotejo o guías de observación con sus respectivos instructivos de llenado. Cada herramienta debe facilitar la medición del desempeño de los integrantes de los diferentes grupos directivos, así como la calidad de la atención otorgada en las áreas o servicios.

Es relevante mencionar la importancia de contar también con otro tipo de herramientas, como encuestas que permitan medir la satisfacción del usuario. Destaca que durante el proceso de supervisión se realiza la asesoría específica para resolver la problemática identificada. Es válido comparar entre unidades derivado de estrategias probadas y efectivas que han sido aplicadas en otros estados o unidades médicas.

Supervisión del componente comunitario

La supervisión de la participación comunitaria se realiza en campo, comprobando la asesoría y acompañamiento por parte del personal de acción comunitaria y de los equipos de salud a la organización comunitaria y a la población; así mismo, se supervisa la existencia de la integración y participación de la organización comunitaria en actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, la calidad de la participación de la población en acciones para mejorar las condiciones de salubridad general y ambiental a nivel individual, familiar y comunitario, así como el nivel de conocimientos y prácticas en salud. Si se encuentran debilidades se refuerza la asesoría y orientación en el momento.

Compromisos establecidos

Derivado del proceso de supervisión, se establecen compromisos específicos que surgen de las desviaciones identificadas con base a la normatividad establecida, que mide principalmente el desempeño y la calidad. Los compromisos permiten dejar testimonio de cada uno de los puntos a corregir, donde se establece el área de oportunidad, el compromiso específico, el o los responsables y la fecha de cumplimiento.

Informe preliminar

Al término de la visita de supervisión o de seguimiento a compromisos, el grupo de supervisión por nivel de aplicación presenta antes de la salida de la unidad de salud, un informe preliminar de los resultados a los grupos directivos según corresponda, en el cual se transmiten los puntos más relevantes de la problemática identificada, destacando las acciones instrumentadas que permitan mejorar procesos y la propia calidad de la atención.

Visitas de seguimiento

Se deben utilizar los diferentes medios para efectuar visitas de seguimiento, para evaluar el cumplimiento o avances a los compromisos establecidos en las visitas de supervisión, los cuales pueden ser a través de medios escritos y/o electrónicos, video

conferencias, solicitudes de información y, en su caso, visitas, para brindar asesoría, comprobar, instruir y apoyar el desarrollo y ejecución de las políticas, así como valorar su grado de avance y el cumplimiento de los objetivos, metas e indicadores.

Cuando se realiza seguimiento a los compromisos establecidos de una visita de supervisión, además de considerar algunos de los medios descritos en el párrafo anterior, se utiliza el mismo formato de compromisos que debe contener una opción para registrar el cumplimiento o no de cada uno de ellos, hasta obtener un valor en porcentaje del total de compromisos cumplidos en relación con los establecidos de inicio. En caso de cumplimiento se anota la fecha, si no fue cumplido se registra el o los motivos de incumplimiento y el o los responsables.

Informe y presentación de resultados

Una vez concluido el proceso de supervisión, el nivel federal o estatal, elabora un informe integral, el cual permite plasmar y ser la base para efectuar una presentación ejecutiva ante las autoridades competentes y con ello establecer la mejor toma de decisiones para el avance de los procesos.

Los rangos de ponderación y semaforización (Figura 17) se establecen de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento obtenido de acuerdo con la siguiente tabla, con base a las herramientas establecidas (cédulas de supervisión, listas de cotejo o guías de observación).

Figura 17. Criterios de semaforización

	Muy bueno (90-100)	
	Bueno (80-89)	
	Regular (70-79)	
	Crítico (69 y menos)	

Instrumentos de monitoreo utilizados en la supervisión territorial y operativa

Comprende los medios que se utilizarán en la supervisión y hacerla más efectiva, en este caso se contará con una cédula de supervisión integral a través de la cual será posible:

- 1) Evaluar las acciones del personal estratégico en salud pública:
 - Vigilar el cumplimiento de la normatividad vigente.
 - Identificar fortalezas y debilidades de las acciones integrales en salud pública implementadas en las entidades federativas.
 - Establecer acuerdos y compromisos para la solución de problemas.
- 2) Fortalecer las acciones integradas de salud pública implementadas en territorio mediante la asesoría en servicio al personal estratégico en salud pública en las entidades federativas:
 - Capacitar al personal de salud supervisado acerca de las acciones que comprende la salud pública y sus funciones esenciales.
 - Establecer acuerdos y compromisos para la capacitación del personal de salud supervisado.

6.8 Sistemas de información

Análisis de la situación de los SIS

Los SIS de nuestro país están fragmentados, contando cada institución con sus propios criterios y procedimientos de recolección de datos en arquitecturas tecnológicas heterogéneas y en ocasiones obsoletas, lo que dificulta la integración de la información, con un alto consumo de tiempo en tareas de acopio y llenado de formatos en detrimento de procesos de revisión y validación que impactan directamente en la calidad de la información.

El gran reto para este apartado es contar con sistemas de información que permitan la portabilidad de las intervenciones, o bien, reflejen la continuidad de la atención que plantea el presente Modelo, ya que se pretende extender el cuidado de la salud desde la participación ciudadana, a través de la organización comunitaria y los ES, hasta el tercer nivel de atención. Sin duda, la inminente transformación de los SIS, con acciones precisas que favorezcan el tránsito de una manera progresiva hacia la integración de un sistema de información que facilite la trazabilidad y contribuya principalmente en los siguientes rubros:

1. Promover la incorporación, uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC) en los servicios de salud, a través de la vinculación con las dependencias competentes en la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud.
2. Emitir la normatividad a que deberán sujetarse los sistemas de información de registro electrónico que utilicen las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación y seguridad de la información contenida en los expedientes clínicos electrónicos.
3. Coordinar la prestación y el acceso efectivo a los servicios de salud mediante las RISS, integrando información que permita la identificación de la persona en todos los niveles de atención, así como de los DSS que afectan el estado de salud de la población.

4. Identificar y atender los riesgos a la salud en el entorno de las personas, las familias y la comunidad, propiciando la colaboración de otros sectores para asegurar el bienestar de la población.
5. Monitorear el cumplimiento de la normatividad y el uso transparente, efectivo y eficaz de los recursos.
6. Recabar información para evaluar los avances, el seguimiento, evaluación e impacto de la implantación del Modelo.

En este sentido se deben instrumentar las estrategias y líneas de acción, mediante un conjunto de reglas o principios para el establecimiento de un modelo de gobierno de información que armonice las diversas organizaciones, procesos, normatividad y tecnología para la producción, intercambio, difusión y uso de la información; que incremente los niveles de servicio, seguridad y confiabilidad de los datos, permitiendo la optimización de los recursos.

Para lograr la trazabilidad e interacción entre los diferentes aplicativos informáticos y la transferencia de la información entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud, será necesario dar cumplimiento a los siguientes puntos:

1. Reorganización y coordinación entre las áreas cuyas atribuciones estén relacionadas con la estructura y contenido de los sistemas de información a fin de consolidar modelos de gobierno de datos con criterios homologados.
2. Fortalecer el marco normativo en materia de información en salud para garantizar el cumplimiento de obligaciones de transparencia y rendición de cuentas, con énfasis en la ética institucional y el combate permanente a la corrupción, especialmente en la utilización de recursos financieros.
3. Identificar las necesidades del Sistema Nacional de Salud para planear, desde una visión articulada, el fortalecimiento e incremento de sus capacidades conforme al Modelo con un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.
4. Fortalecer los mecanismos para la identificación y registro de datos personales que consideren las disposiciones de la legislación vigente, eviten la duplicidad de registros y favorezcan el acceso y manejo de la información.
5. Conformar un padrón de población sin seguridad social para conocer su nivel de accesibilidad a los servicios de salud bajo el enfoque de las RISS.
6. Articular los sistemas de información y comunicación existentes en el sector para procurar su unificación, conservación y aprovechamiento, especialmente para la conformación de plataformas y bases de datos confiables.
7. Sensibilizar y capacitar a todo el personal que otorga un servicio, en la importancia de realizar un registro adecuado, completo y preciso de los diagnósticos, procedimientos y acciones realizadas durante la atención proporcionada al paciente.
8. Instrumentar herramientas que permitan el análisis integral de la información en salud.
9. Fortalecer la vinculación entre las áreas que proveen la información y las que definen los mecanismos de evaluación.
10. Promover mecanismos de difusión de información en salud en medios físicos y electrónicos, alineados a los términos establecidos, en el marco de la transparencia y protección de datos personales.
11. Actualizar las guías y formatos de intercambio de información en salud para el reporte de información, acorde con los términos establecidos en el marco de la transparencia y protección de datos personales.

Arquitectura digital

Es así que dentro del modelo de arquitectura contempla la habilitación de diferentes sistemas y desarrollos para el registro, vigencia de derechos de la seguridad social, atención a pacientes de primer nivel de atención, segundo nivel de atención, hospitalización, farmacia, citas, y cuestionarios de prevención de enfermedades crónicas, así como, una plataforma de analítica que apoye en el manejo e interpretación de la información, a través, de análisis descriptivo y predictivo de la información producto de la operación diaria, todo con el objetivo de brindar un ecosistema digital que satisfaga las necesidades del programa IMSS-BIENESTAR, tanto internas como las que interopera con la secretaría de salud.

Padrón de beneficiarios

En la presente arquitectura se contempla la implementación de un sistema de información administrativo, con el objetivo de construir un censo nominal de pacientes de cada unidad de salud y así poder identificar la población abierta que está dentro del polígono de atención de la unidad.

Vigencia de derechos de seguridad social

IMSS-BIENESTAR es un programa del gobierno federal que ofrece servicios de salud a población que no cuenta con seguridad social, sin embargo no se restringe la atención a los pacientes que tiene seguridad social, en alguna de las diferentes instituciones que la brindan, tales como, IMSS, ISSSTE, SEDENA, INSABI, PEMEX y Marina, por lo que, es importante tener el control de la vigencia de derechos de la seguridad social o afiliación de estas instituciones, con el objetivo de consolidar el número de pacientes que fueron atendidos de la unidad de IMSS-BIENESTAR y poder realizar el cobro correspondiente por los servicios prestados a sus afiliados, por lo que la presente arquitectura contempla un servicio que verifica la vigencia de derechos de las instituciones públicas con las que es IMSS-BIENESTAR tiene convenio de atención.

Sistema de primer nivel de atención

En lo referente a la atención de primer nivel se considera la utilización de un sistema nominal de primer nivel de atención para la población abierta, con el propósito de gestionar las 8 prioridades de salud, y así cumplir con lo dispuesto en el modelo de atención a la salud promoviendo o fomentando a la población para acudir a los servicios médicos de manera preventiva, dicha

solución contempla los procesos dentro de la norma mexicana de sistemas de información para la salud, NOM-024-SSA.2012, "Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud".

Sistema de segundo nivel de atención

En lo que respecta a la atención Hospitalaria de segundo nivel de atención se considera la utilización de un sistema nominal centralizado de gestión hospitalaria para población abierta, el cual es una solución con un enfoque de flujo ágil y de creación de valor durante la atención en el hospital y, en la medida de lo posible, dentro de la red de servicios en general, que permitan garantizar un acceso oportuno y una atención fluida, en respuesta a los riesgos, necesidades y expectativas de los pacientes y que, al mismo tiempo, contribuye a mejorar la eficiencia, la productividad y los resultados en salud para la institución en particular y para el Sistema de Salud en general.

Cita médica

Una agenda de salud bien organizada es de gran ayuda, a la hora de gestionar los servicios que brinda las unidades de primer nivel de atención y las de segundo nivel de atención. Llevando un control diario de todos los horarios disponibles, en los servicios médicos que brindan las unidades y poder llevar a cabo, citas en los servicios médicos de la misma unidad, así como, citas para otros servicios médicos de otras unidades médicas a través de la interoperabilidad de los sistemas de primer nivel y segundo nivel de atención de esta arquitectura.

Abasto y farmacia

Con el propósito de lograr mantener un estricto control sobre las cantidades de los medicamentos dentro de las farmacias de las unidades médicas del programa IMSS-BIENESTAR, y programar el abasto de manera correcta, la gestión de medicamentos de primer nivel de atención, así como los medicamentos de prescripción de segundo nivel de atención, se considera la utilización de un sistema para la gestión del abasto de insumos y medicamentos.

Administración de personal

Con el propósito de gestionar las asistencias del personal, junto con la obtención y control del pago de la nómina de trabajadores del sector salud, se considera la utilización de un sistema para gestión de personal, con la cual se permitirá entre otras cosas el alta de comisionados, la generación de informes de nómina y la incorporación de esquemas más seguros de información.

Analítica de datos

Partiendo de un repositorio de datos centralizado que, utilizando tecnologías de Big Data, integra distintas fuentes de datos originadas a partir de los procesos médicos de primer nivel y segundo nivel de atención. El objetivo es facilitar la operación diaria, eliminando los procesos manuales que el personal de salud efectúa para la obtención de los indicadores de la productividad; asimismo, los diferentes formatos intermedios e integrados que deben ser transmitidos a Nivel Central y a la Secretaría de Salud, todo ello regulado a través de la normatividad vigente NOM-024-SSA.2012, "Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud".

7. Evaluación

Evaluación del Modelo

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) define evaluación como "una actividad que permite valorar (de manera sistemática) el desempeño de la acción pública",⁽⁵¹⁾ desde que se concibe, su puesta en práctica y los resultados que se obtienen derivados de la intervención. De esta manera, la evaluación se convierte en un mecanismo articulador y transversal, pues vincula los contenidos de formulación de las políticas públicas con su implementación, la gestión de los recursos y los efectos sociales, y, además, refleja la interacción entre los distintos sectores de gobierno.

En esta lógica, la evaluación del Modelo se entiende como un sistema conformado por un conjunto de procedimientos técnicos utilizados para la obtención, procesamiento y análisis de información relevante que asegure obtener información veraz, pertinente, útil y consistente que permita tomar decisiones informadas, oportunas y de calidad en lo interno (orientar la asignación presupuestaria, definición de nuevas prioridades, fortalecimiento del Modelo, etc.) y en lo externo (satisfacer las necesidades en salud de la sociedad bajo esquemas de transparencia y rendición de cuentas, es decir, la generación de valor público más allá de la entrega de bienes y servicios).

Asimismo, contribuye en la identificación de fallas en la gestión y operación; las causas que influyen en el éxito o limitación en el avance en el cumplimiento de las estrategias establecidas, así como también para determinar nuevas intervenciones o mejoras. La evaluación del Modelo se articula como un elemento fundamental alineado a los siguientes instrumentos de política pública nacional y en particular del IMSS BIENESTAR (ver Figura 18):

- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024⁽⁵²⁾
- Programa Sectorial de Salud 2020-2024⁽⁵³⁾
- Programa Estratégico de Salud para el Bienestar 2022-2024⁽⁵⁴⁾
- Reglas de Operación del Programa IMSS BIENESTAR⁽⁵⁵⁾

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar contribuye al cumplimiento de las siguientes estrategias prioritarias del Programa Sectorial de Salud 2020-2024, las cuales, serán contempladas en Manuales operativos para la evaluación del Modelo de Atención.

Estrategia prioritaria 2.4 Consolidar un sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas que determine el impacto real en las condiciones de salud y que incorpore el cumplimiento de los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.

2.4.1 Sistematizar la evaluación de las nuevas políticas del sector salud, en la que se considere aspectos bioéticos, de accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad de los servicios prestados, así como su impacto en la población, considerando sus características diferenciadas.

2.4.2 Promover el uso de las evaluaciones en la toma de decisiones para el mejoramiento de los programas de salud.

2.4.3 Definir nuevos indicadores para monitorear la atención de los pacientes, y el impacto de las acciones, acorde al Modelo de Atención. En dichos indicadores de seguimiento y evaluación se deben considerar los avances en la organización comunitaria, la incorporación de promotoras de la salud, la suficiencia de personal capacitado, el proceso de abasto de medicamentos e insumos.

2.4.7 Sistematizar el seguimiento de indicadores que permitan analizar el desempeño de las acciones y programas en salud a través de mecanismos confiables y válidos.

Estrategia prioritaria 3.4 Modernizar el sistema de información y comunicación con el propósito de garantizar información confiable y oportuna que facilite las decisiones en política pública, anticipe las necesidades de la población y favorezca la pertinencia cultural en los servicios brindados en el SNS.

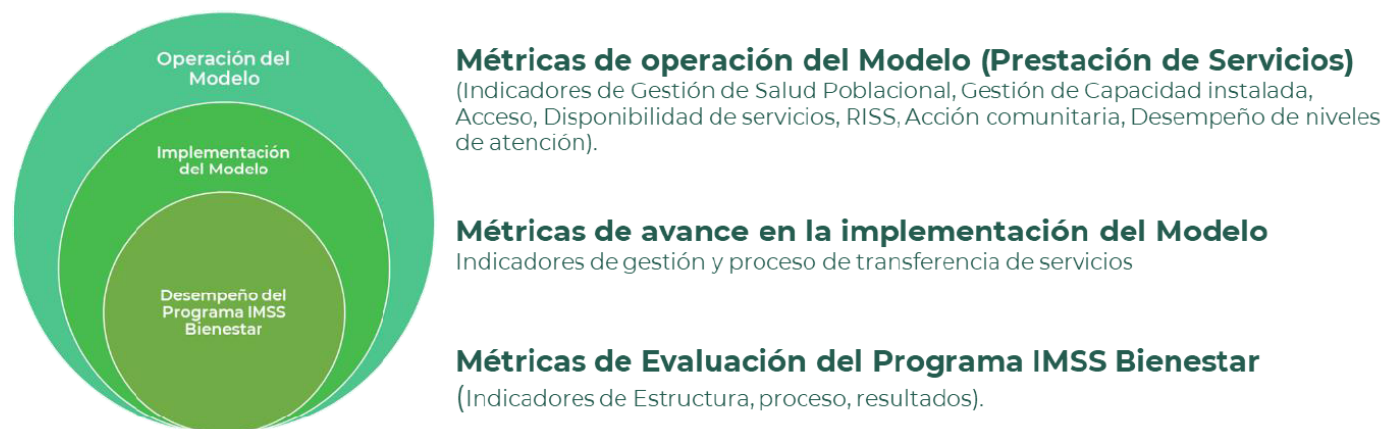
3.4.7 Consolidar la evaluación y gestión de tecnologías de información y comunicación en salud, para contribuir a mejorar la capacidad y calidad de los servicios.

En materia de evaluación, en su función de rectoría y en apego a la normatividad establecida en la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud participará en todas las etapas de evaluación del modelo y el Programa Estratégico. Asimismo, como cabeza de sector es responsable de reportar a instancias internacionales diversos indicadores que dan cuenta de los avances en la cobertura de salud y APS, propósitos que se espera tengan cambios favorables disminuyendo las brechas entre la población con y sin seguridad social en materia de salud, en el mediano y largo plazo a partir de la implementación del modelo.

Lo anterior con independencia que IMSS BIENESTAR o los Servicios de Salud Estatales que decidan no transferir sus unidades y hospitales al Programa, puedan seguir desarrollando mecanismos, de evaluación del Modelo, ya sea a través de sus propios recursos o por instancias externas a ellos.

En particular, es importante tener en cuenta que, el Programa IMSS-BIENESTAR es evaluado⁽⁵⁶⁾ tanto de manera externa como interna en apego a lo establecido en las disposiciones federales emitidas por el Consejo Nacional de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y la Unidad de Evaluación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP-UED); así como por la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados (UEOD) del IMSS.

Figura 18. Nivel de evaluación del Modelo y los Servicios de Salud del IMSS para el Bienestar



Mecanismo de evaluación y seguimiento

El mecanismo que se propone para evaluar y dar seguimiento al Modelo en los servicios estatales de salud que progresivamente implementen el MAS-Bienestar, consiste en valorar los avances en el cumplimiento del objetivo de cada una de las fases de ejecución del Modelo (ver Figura 19), a partir de dimensiones operativas con indicadores específicos que permitirán disponer de información periódica que apoyará y se complementará con el monitoreo de los servicios y las actividades de supervisión mencionadas en el capítulo 6.7 Supervisión y asesoría.

Figura 19. Fases del Modelo



Fase I: Planeación

El objetivo de esta fase es realizar el análisis situacional de la entidad federativa para la implementación del Modelo.

Fase II: Operación

El objetivo de esta fase es lograr que el Modelo opere en las entidades federativas que transfieran los Servicios Estatales de Salud, que actualmente atienden a población sin seguridad social.

Tabla 12. Dimensiones operativas y propósito de la medición en la fase de planeación y operación del modelo

Dimensión operativa	Propósito de la medición	
	Fase planeación	Fase operación
Disponibilidad de servicios		Analizar el grado de avance de la instrumentación del Modelo en las entidades federativas.
Infraestructura	Clasificar y conocer la infraestructura y equipamiento médico y electromecánico en salud de la entidad.	Clasificar y conocer la infraestructura en salud de la entidad. Funcionalidad de los equipos médicos y electromecánicos.
Recursos humanos	Conocer la cobertura y situación laboral del personal en salud.	Conocer la situación laboral del personal de salud.
Abasto y medicamentos	Identificar las claves de medicamentos y niveles de suministro con los que operan las unidades en transferencia.	Analizar en las unidades, la suficiencia con base en necesidad de claves de medicamentos y material de curación.
Gestión de la salud poblacional	Determinar la factibilidad de conformar comités de salud e identificar inmuebles que funjan como albergues comunitarios.	Medir el avance de ASIS (Análisis de Situación de Salud) realizados por Unidades Médicas donde se contemplen las necesidades de salud y de atención de la población correspondiente. Medir el avance de la integración de la organización comunitaria.
Tecnologías de la Información	Conocer el estado en el que se encuentran los equipos de	Analizar el funcionamiento y determinar las brechas de requerimientos de los equipos

	cómputo, impresoras y conectividad.	de cómputo, impresoras y conectividad.
Sistemas de información	Inventariar y conocer los sistemas de información que registran las intervenciones. Determinar la factibilidad de interoperabilidad de los sistemas, procesamiento e interpretación de la información	Analizar el grado de avance en materia de interoperabilidad de los sistemas de salud.
Capacitación en el Modelo	Establecer los criterios de la normatividad institucional para el personal médico de conducción y supervisión.	Analizar el grado de avance en la estandarización de los criterios de la normatividad institucional para el personal de salud. Grado de avance en el cumplimiento del plan de capacitación del modelo de atención.
Productividad	Conocer la capacidad de respuesta de las unidades en la provisión de la cartera de servicios.	Conocer la productividad de las unidades de acuerdo con nivel de atención y cartera de servicios
Cobertura		Medir la capacidad resolutive de los servicios de salud con base en indicadores.
Satisfacción del usuario	Establecer la línea base sobre la percepción de satisfacción de los usuarios derivado de la incorporación de los servicios de salud de las entidades federativas al IMSS Bienestar.	Contrastar y analizar la percepción de satisfacción de los usuarios.
Calidad y Seguridad de la Atención	Conocer el desempeño de la calidad de la atención médica en los servicios de salud	Grado de cumplimiento con los atributos de la atención médica: centrada en la persona, equitativa, oportuna integrada eficaz, eficiente, segura y efectiva
Recursos Financieros	Establecer el nivel de eficiencia en el manejo del presupuesto	Analizar el ejercicio del gasto y avance en el proceso de contratación.
Educación y Capacitación Continua	Determinar las necesidades de capacitación en todos los niveles	Cumplimiento al plan anual de capacitación. Valoración del conocimiento para la mejora continua.

Las dimensiones operativas que se integran en la tabla 16, son el punto de partida para dar seguimiento a la implementación del modelo, no obstante, de acuerdo con los avances, pueden incluirse otras dimensiones pertinentes. Al respecto los lineamientos para llevar a cabo las mediciones, así como el compendio de indicadores con las fichas técnicas correspondientes que medirán o definen los criterios de cumplimiento se encuentran en los manuales y lineamientos técnicos que se elaboren para la operación del Modelo.

Fase III: Evaluación del modelo

El objetivo de esta fase es evaluar, de acuerdo con los avances en la implementación, el diseño y resultados del Modelo, para conformar el ciclo que retroalimenta positivamente la operación del modelo, para ello, se retomará el marco de referencia para la instrumentación del Programa Estratégico de Salud para el Bienestar, el cual integra el componente de prestación de servicios a partir de la operación del modelo MAS Bienestar. En ese sentido la evaluación del modelo forma parte de un ciclo de evaluación del Programa Estratégico.

La evaluación del diseño del modelo tendrá el propósito de evaluar la consistencia y lógica interna del mismo en el marco del Programa Estratégico. La evaluación de resultados, en el marco del Programa Estratégico, estará enfocada en analizar los indicadores progresivos de implementación y de resultados (inmediato, intermedio y final) en las dimensiones de estructura, proceso y resultados en salud, a partir de la implementación del modelo. Para cumplir con dicho propósito se diseñarán metas e indicadores progresivos para la evaluación de los avances, así como indicadores de resultado en salud alineados a la política nacional de salud.

Para ello, es fundamental que los encargados estatales den seguimiento a los indicadores en los niveles de desagregación en los que operará el Modelo (municipio, región, localidad, DSB, etc.) por lo que será necesario definir, por un lado, el flujo de información que se genere y, por el otro, diseñar mecanismos de monitoreo y verificación de la información que se reporte.

El propósito de que a nivel local se dé seguimiento y el monitoreo de los indicadores de resultados del modelo, es generar una corresponsabilidad de los directivos responsables desde el nivel estatal hasta las unidades de salud y fortalecer sus capacidades gerenciales a partir de contar con información oportuna que permita orientar las acciones hacia los objetivos deseados.

Los dos tipos de evaluaciones que se proponen no son limitativos, ya que, en el marco del Programa Estratégico, pueden llevarse a cabo evaluaciones de mayor alcance tanto internas como externas.

Finalmente, IMSS Bienestar como las entidades que vayan implementando el Modelo MAS-Bienestar en sus servicios estatales de salud, además de la aplicación de los lineamientos técnicos que se emitan para normar el Mecanismo de Evaluación y Seguimiento del Modelo, darán continuidad a la evaluación externa de acuerdo con el Programa Anual de Evaluación (PAE) que emite el CONEVAL y la UEOD-SHCP, aunado a la participación de otras instancias como lo es la Secretaría de Salud, o bien la Unidad de Educación e Investigación en Salud del IMSS con la finalidad de que desarrollen estudios para generar conocimiento integral de otros determinantes sociales en salud que inciden en el impacto de la salud de la población que recibe atención.

8. Glosario

Acceso	Capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesita.
Acceso efectivo	Se refiere a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, social, financiero, organizacional, de género o identidad que limite el acceso de las personas a los servicios públicos de atención integral a la salud.
Acceso oportuno	Incluye el conjunto de circunstancias relativas a recibir atención en el tiempo requerido, vinculado con la ubicación geográfica de la población y la posibilidad física de llegar a un establecimiento de salud que presta cuidados de primer nivel de atención brindado por personal profesional de la salud. Se considera que la distancia a recorrer desde la vivienda de las personas a la unidad de salud más cercana no demore más de una hora en el medio de transporte habitual y que caminado la distancia no sea mayor a 7 kilómetros, salvo en zonas rurales con muy alta dispersión de la población.
Acción intersectorial	Intervención coordinada de más de un sector institucional destinada a la mejora de la salud y el bienestar de la población. Esta incluye tanto las acciones puramente horizontales entre ministerios y organismos como las acciones entre diferentes niveles del gobierno.
APS	Atención Primaria de Salud: Estrategia integral de "organización y operación del sistema de salud como un todo".
Asistencia sanitaria	Bienes y servicios diseñados para promover la salud de las personas, incluyendo intervenciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, tanto dirigidas individualmente a personas, como a conjuntos de personas.
Asistencia social	Acción dirigida a la población que en diversos momentos de la historia ha sido marginada y/o excluida de las condiciones materiales necesarias para su reproducción.
AVISA	Años de Vida Saludable Perdidos: Medición sobre la carga de la enfermedad equivalente a la suma de años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) y de los años vividos con discapacidad (AVD)
Bienestar	Se refiere a un concepto globalizador relacionados a la salud, la autonomía y la integridad.
Calidad de vida	Percepción de un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en los que vive y con respecto a sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus preocupaciones. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno.

Cartera de servicios	Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y la experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.
CS	Comité de Salud: Son la instancia de participación comunitaria que auxilia directamente a los equipos de salud para la prestación de servicios de salud, participando en el desarrollo de acciones de prevención, promoción y atención médica, así como en la vigilancia de las acciones desarrolladas.
Cobertura de salud	Capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y financiamiento.
Consulta externa en el primer nivel de atención	Se trata de la atención ambulatoria a la morbilidad y demanda de la población, brindada por personal médico y de enfermería dentro de la unidad médica o en la atención domiciliaria.
Continuidad de la atención	Se refiere a como un paciente experimenta la atención con el transcurso del tiempo, como coherente y vinculada y es el resultado del buen flujo de información, buenas aptitudes interpersonales y buena coordinación de la atención.
Derecho a la salud	Derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud y de la equidad y la solidaridad en relación con la salud
Desigualdad social en salud	Diferencia en la salud en poblaciones, es decir a la distribución de enfermedades, causas de muerte, factores de riesgo y otros aspectos relacionados con la salud, diferenciado por factores sociales.
Determinantes Sociales de la Salud	Modelo en el que las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas determinan el estado de bienestar y salud. Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales explican las desigualdades sociales en relación con la salud y, desde una perspectiva operativo-analítica, estas pueden diferenciarse entre desigualdades de la situación de salud y desigualdades en la atención de la salud.
Diagnóstico	Hay distintos tipos de diagnóstico: diagnóstico presuntivo, aquel que el profesional considera basándose en los datos obtenidos mediante la entrevista al paciente y el examen físico; diagnóstico sindrómico, dado por los profesionales médicos a los pacientes con base en el conjunto de signos y síntomas que presenta; diagnóstico sintomático, que tiene por objeto orientar la identificación y tratamiento de la enfermedad del paciente mediante la descripción de los síntomas que este presenta.
Diagnóstico integral de salud	Técnica de investigación para analizar la situación de una comunidad o población, con el objeto de identificar los principales problemas y las necesidades de salud, así como caracterizar los factores socioambientales que actúan como determinantes de la salud en el territorio y en las circunstancias que esta vive, como parte de un proceso que no concluye hasta que se encuentren soluciones a los problemas detectados. Dentro de este contexto, es importante destacar tres aspectos fundamentales: 1. Condiciones de salud, 2. Factores determinantes y 3. Respuesta social organizada.
Disponibilidad	Se refiere a los recursos humanos, materiales y de infraestructura para dar atención a los problemas de salud de la población conforme a las necesidades de la misma.
Efectividad	Se refiere al impacto positivo en la salud de las personas o colectividades como resultado final, obtenido como efecto de las intervenciones sanitarias aplicadas en el proceso de atención a individuos o en la salud poblacional como resultado de los programas de salud desarrollados.
Eficacia y criterios de eficacia	Se refiere al logro de resultados relacionados con cumplimiento de los objetivos y las metas del sistema de atención sanitaria individual o colectiva. Para ser eficaz se deben alcanzar los objetivos propuestos en el tiempo, grado y con la sustentabilidad planeada, los que suelen proyectarse bajo condiciones ideales o estándares. En la atención médica muchas veces se entiende como expresión del efecto positivo de determinada acción. La eficacia de un procedimiento o tratamiento también está relacionada con

la condición del paciente, expresando el grado en que la atención/intervención logra el resultado deseado o esperado.

Entornos saludables	Se refiere a los escenarios en los que las personas se desarrollan y en los que se produce una interacción intensa y continua transformación positiva hacia la adopción de estilos de vida saludables.
Equidad en salud	Ausencia de diferencias injustas, evitables o remediabiles entre los grupos de la población en el estado de salud y en el acceso a la salud y a los ambientes saludables. Orienta la priorización de los esfuerzos de políticas e intervenciones de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población en condiciones de vulnerabilidad social y económica.
Especialidades básicas en el segundo nivel de atención	Se consideran las especialidades de ginecología, pediatría, cirugía, medicina interna y geriatría.
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública Capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno de la salud pública, actuando sobre los factores y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población.
Gobernanza	Arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a la salud.
Hospitalización	Implica la internación del paciente en una unidad de salud de segundo o tercer nivel de atención. Comprende las consultas interhospitalarias y no incluye la consulta externa ambulatoria.
Igualdad	Que los servicios de salud se proporcionen de manera indistinta, sin exclusiones de ningún tipo por motivos de raza, sexo, religión o cualquier otra distinción de tipo étnico cultural, social, política y económica, con la única condición de no estar afiliado a una institución de seguridad social del país.
Integración	Referida a la atención primaria y la salud pública, se entiende como la vinculación de programas y actividades para promover la eficiencia y la eficacia en general y lograr ganancias en la salud de la población.
Intercambio de servicios	Programa que contribuye a proporcionar a la población, independientemente de su condición laboral, atención médica oportuna, eficiente y de calidad, a partir del óptimo aprovechamiento de la capacidad instalada en cualquiera de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, respecto a un paquete específico de servicios.
Intervenciones de promoción de la salud	Se refiere a los consejos y el asesoramiento a las personas que acuden a una consulta profesional; actividades educativas para la salud individual y colectiva impartidas en las unidades de salud o los lugares donde viven y acuden regular u ocasionalmente las personas; las acciones de información y comunicación social directa o a través de medios de difusión masivos; y las tareas de abogacía por la salud y su promoción en el nivel local.
Intervenciones quirúrgicas	Procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar o reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, con fines diagnósticos, terapéuticos, profilácticos o estéticos, mediante técnicas invasivas que implican generalmente el uso de anestesia y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos, que se lleva a cabo dentro o fuera de una sala de operaciones.
LAI	Localidad de Acción Intensiva
Modelo de atención	Modelo de Atención Integral a la salud para el Bienestar o MAS- Bienestar Planteamiento teórico y operacional que establece y describe la forma óptima de organizar las acciones de las autoridades de salud con la finalidad de satisfacer los requerimientos y demandas de la población, centrándose en la vinculación de las personas y comunidades con los servicios de salud
Prevención	Se define como las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, así como las dirigidas a la reducción y el control de factores de riesgo a la salud y las orientadas a detener el avance de los padecimientos y enfermedades, o atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Promoción de la Salud	Proceso que permite que las personas tengan mayor control sobre su propia salud y mejoren su salud Es el proceso que permite a las personas incrementar los conocimientos y el control de su salud para mejorarla. Abarca no solo las acciones dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, también las encausadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que actúan como determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación de las personas y comunidades puede ser un orientador para identificar si una intervención es o no de promoción de salud.
PNA	Primer Nivel de Atención Provisión de servicios integrados y accesibles por parte de personal de salud y en el contexto de la familia y la comunidad, con la intención de resolver la mayoría de las necesidades de salud de los individuos y con el establecimiento de una relación sostenida con las personas que reciben esos servicios
Objetivos de Desarrollo Sostenible	Se refieren a los objetivos globales que fueron adoptados por las Naciones Unidas en 2015 como un llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad.
Rectoría	Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud.
Rehabilitación	La rehabilitación es un conjunto de intervenciones de salud dirigidas a optimizar el funcionamiento físico, psicológico y social de las personas y reducir las limitaciones congénitas o provocadas por trastornos, lesiones o traumatismos que tienden a incapacitar a los individuos en forma aguda o crónica, incluyen ciertas condiciones fisiológicas como el embarazo, el envejecimiento y el estrés.
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud Red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.
RAMC	Ruta de Atención Médica Continua
Salud en todas las políticas	Enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que tiene en cuenta de forma sistemática las implicaciones de las decisiones sobre la salud, que busca sinergias y que evita efectos sanitarios nocivos para mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud.
Salud Pública	Práctica y campo de conocimiento de la acción colectiva del Estado, junto con la sociedad civil, para proteger y mejorar la salud de las personas y garantizar el derecho a la salud de la población.
Servicio Nacional de Salud Pública	Cuerpo de personas servidoras públicas responsables de realizar las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en el territorio mexicano.
Segmentación	Se refiere a la diversificación de fuentes de financiamiento condicionados a la prestación de servicios de salud.
Seguridad del paciente	Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable
Servicios médicos	Los que se proporcionan a la persona, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente, en los que se encuentran comprendidas las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
Sistema de salud	Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar o mejorar la salud.
Sociedad civil	Espacio extenso y complejo en el que toman lugar las confrontaciones ideológicas, políticas y culturales y en el que puede definirse la hegemonía de un bloque de poder sobre el conjunto de la sociedad.
Tratamiento	Se refiere al conjunto de medidas y medios terapéuticos que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad o alguna de sus complicaciones, considerando llegar a la esencia de aquello que

era desconocido y de transformar algo. El concepto es habitual en el ámbito de la medicina y las ciencias de la salud. La noción de tratamiento suele usarse como sinónimo de terapia. Puede tratarse de medios de diversa clase: quirúrgicos, fisiológicos, farmacológicos, etc. Su objetivo es paliar o curar los síntomas detectados a través de un diagnóstico y su consecuente intervención.

9. Anexos

Anexo 1. Intervenciones de salud colectiva

Tema	Intervenciones
Programa de Vacunación Universal	BCG (Bacilo de Calmette - Guérin), anti-Hepatitis B, Hexavalente: (DPaT+IPV+HB+Hib), Neumocócica conjugada, Antirotavirus, Influenza Estacional, Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP), DPT, Tdpa, Td, Adulto, Neumocócica Polisacárida, VPH, SR,
	Prevención, diagnóstico y tratamiento de Enfermedades Diarreicas Agudas, y de Infecciones Respiratorias Agudas
Violencia	Prevención del Maltrato Infantil en el Ámbito Familiar
Nutrición	Vigilancia y seguimiento de la Nutrición
Desarrollo	Seguimiento del desarrollo en niñas y niños
	Acceso a la estimulación temprana y prácticas de crianza para madres, padres y cuidadores primarios y la realicen con sus niñas y niños.
Tamizaje	Alteraciones sexuales congénitas ligadas a cromosomas
Accidentes	Prevención de accidentes en la infancia
Envejecimiento	Tamizaje de síndromes geriátricos con base en las guías de ICOPE
	Atención gerontológica
	Tratamiento de síndromes gerontólogo y osteoporosis
Cardiometabólicas	Prevención primaria de riesgo cardiovascular (gestión y promoción de entornos saludables)
	Prevención primaria de riesgo cardiovascular dirigidas al individuo de alto riesgo.
	Detecciones oportuna de hipertensión arterial (HTA) y diabetes (DM)
	Confirmación de las detecciones positivas
	Manejo NO farmacológico de pacientes con alto riesgo cardiovascular: DM, Hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad.
	Ingresos a tratamiento de las detecciones positivas
	Tratamiento y control de pacientes con HTA, OB y DM
	Identificación de posibles complicaciones de las Cardiometabólicas
	Detección de datos sugerentes de urgencias cardiovasculares (IAM y EVC)
	Tratamiento de urgencias cardiovasculares
Salud bucal	Prevención de enfermedades bucales en escolares
	Prevención de enfermedades bucales comunitario
	Atención Odontológica intramuros
	Atención Odontológica Comunitaria
Dirección de Urgencias Epidemiológicas y Desastres	Campaña preventiva general
	En conjunto con el programa de promoción de la salud)
	Campaña preventiva en zonas prioritarias
	(En conjunto con el programa de promoción de la salud)

	Detección oportuna de casos de diarreas
	Obtención de muestra fecal con hisopo rectal para diagnóstico de laboratorio de diarreas
	Redes integradas de servicios (APS)
	Atención multidisciplinaria de brotes de diarrea y ante casos confirmados de cólera
Vectores	Vigilancia entomológica
	Gestión de tratamiento a casos
	Operaciones de campo para prevención y control
	Eliminación de enfermedades transmitidas por vector
Zoonosis	Profilaxis Preexposición
	Profilaxis Postexposición
	Vacunación antirrábica canina y felina
	Acciones de control de focos rábicos
	Esterilización quirúrgica de perros y gatos
	Muestreo de virus rábico
	Atención de pacientes con brucelosis
	Diagnóstico de teniasis
	Atención de pacientes con teniasis
	Recolección de especímenes de garrapatas
	Atención de pacientes probables de padecer una rickettsiosis
	Prevención de rickettsiosis en el reservorio
	Prevención de rickettsiosis en el ambiente
	Vigilancia entomológica para garrapatas y pulgas transmisores de rickettsiosis
Tuberculosis	Prevención y control de tuberculosis pulmonar sensible a fármacos de primera línea
	Prevención y control de tuberculosis extrapulmonar sensible a fármacos de primera línea
	Prevención y control de tuberculosis con resistencia a fármacos
	Prevención y control de tuberculosis con resistencia a fármacos
Respiratorias Crónicas	Tamizaje enfermedades respiratorias crónicas
	Detección enfermedades respiratorias crónicas
	Diagnóstico enfermedades respiratorias crónicas
	Tratamiento enfermedades respiratorias crónicas
	Tratamiento de las complicaciones agudas de las enfermedades respiratorias crónicas
	Tratamiento no farmacológico de las enfermedades respiratorias crónicas
Neumonías e Influenza	Prevención de Neumonía e influenza
	Diagnóstico de Neumonía e influenza
	Tratamiento de Neumonía e influenza
Prevención y Control de la Lepra	Detección de casos de lepra
	Jornadas dermatológicas para la búsqueda intencionada de casos probables de lepra
	Tratamiento de lepra con poliquimioterapia; tratamiento de estados reaccionales; tratamiento de casos refractarios de lepra

	Red de laboratorios para realizar lectura de baciloscopias e histopatológicas de diagnóstico y seguimiento a los casos de lepra
	Toma de baciloscopia e histopatología para casos probables, en seguimiento y vigilancia postratamiento de lepra
	Sistema de información Registro y seguimiento de casos de lepra
	Rehabilitación a pacientes con discapacidad por lepra
	Capacitación al personal de Salud para el fortalecimiento de competencias en lepra
	Información, Educación, Capacitación a la población
	Supervisión y monitoreo a las unidades de salud
Planificación Familiar y Anticoncepción	Promoción y difusión de las acciones de anticoncepción y planificación familiar
	Orientación - consejería en anticoncepción y planificación familiar
	Dotación de métodos anticonceptivos
	Seguimiento de población usuaria de anticonceptivos
	Servicios de Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO)
	Atención a mujeres con alto riesgo reproductivo
	Prestación de servicios de vasectomía y de oclusión tubárica bilateral
Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes	Promoción y difusión de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes
	Orientación, información y servicios sobre salud sexual y derechos sexuales y reproductivos a población adolescentes en espacios públicos y en la comunidad
	Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a la población adolescentes
	Promoción, difusión y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para población adolescente, mediante Servicios Amigables Itinerantes EDUSEX
	Proporcionar atención de aborto seguro en Servicios Amigables estratégicos
	Capacitar a personal de salud, personal docente y personal estratégico en temas de salud sexual y reproductiva
Violencia de Género y Sexual	Taller presencial y/o virtual para la prevención de la violencia de género en el noviazgo para adolescentes y jóvenes
	Taller presencial y/o virtual para la prevención de la violencia de género en mujeres y hombres adolescentes y jóvenes
	Formación de Promotores para la Prevención de la Violencia de Género
	Seguimiento y acompañamiento a promotores que realizan actividades para la prevención de la violencia de género
	Coordinación de acciones para la planeación, implementación y seguimiento de la Intervención de Prevención de la Violencia de Género en la Adolescencia y la Juventud
	Taller presencial y/o virtual de Reeducción de Víctimas de Violencia de Pareja
	Taller presencial y/o virtual de Reeducción de Agresores de Violencia de Pareja
	Seguimiento de usuarias de los servicios de reeducación de víctimas y agresores de violencia de pareja
	Coordinación de acciones para la planeación, implementación y seguimiento de la Intervención de Reeducción de Víctimas y Agresores de Violencia de Pareja
	Taller Presencial y/o Virtual para Promoción del Buen Trato en la Atención del Embarazo Parto y Puerperio
	Coordinación para el desarrollo de un Protocolo Estatal y por unidades de salud para la atención de casos de violencia obstétrica
	Mecanismos de difusión de las responsabilidades del personal de salud para evitar actos de violencia obstétrica

	Mecanismos de coordinación en instancias de salud e interinstitucional para la prevención de la violencia obstétrica
	Coordinación de acciones para la planeación, implementación y seguimiento de la Estrategia de Prevención y Atención para la Eliminación de la Violencia Obstétrica y Promoción del Buen Trato
	Mecanismos de difusión del derecho de las personas usuarias de servicios de ginecoobstetricias para la identificación de la violencia obstétrica
	Diagnóstico para la Vertiente Intercultural del Modelo Integrado de Prevención y Atención de la Violencia de Género
	Estrategia de Articulación intersectorial con enfoque comunitario para las acciones de la Vertiente Intercultural del Modelo Integrado de Prevención y Atención de la Violencia de Género
	Grupos de Autoayuda con perspectiva intercultural
	Aplicación de herramientas para la detección de la violencia de género y tareas de registro
	Implementación de protocolo de atención psicológica para mujeres víctimas de violencia
	Supervisión y Capacitación de servicios especializados
	Atención oportuna a la violación sexual
Aborto Seguro	Servicios de Aborto Seguro
	Gestión, Supervisión y Capacitación
Salud Materna y Perinatal	Suplementación con ácido fólico
	Atención pregestacional
	Atención prenatal
	Atención del trabajo de parto y parto de bajo riesgo
	Atención del trabajo de parto y parto con factores de riesgo o complicaciones
	Atención de la persona recién nacida por personal calificado
	Apego inmediato, contacto piel con piel, e inicio de la lactancia materna
	Atención de la emergencia obstétrica
	Atención del Puerperio
	Fomento y protección de la lactancia materna
	Bancos de Leche Humana
	Lactarios hospitalarios (Red BLH-Lactarios)
	Tamiz metabólico neonatal y tamiz auditivo neonatal
	Monitoreo de la Muerte Materna
	Análisis de la mortalidad perinatal.
	Seguimiento de personas recién nacidas de madre con ZIKA V
	Monitoreo de morbilidad y mortalidad materna asociada a SARS-COV-2/COVID 19
	Sistema de referencia y contrarreferencia obstétrica
	Implementación de intervenciones comunitarias para favorecer la salud materna y perinatal a través de opciones de atención para acceder con oportunidad a los servicios de salud
	Formación de redes de apoyo social en salud materna y perinatal
	Apoyo a la vinculación de la partería tradicional con los servicios de salud
	Establecer acciones fundamentales, seguimiento y análisis de los procesos para la ejecución de la partería profesional

	Realizar el seguimiento de las acciones de promoción de la salud materna y perinatal que se realizan dentro y fuera de las unidades por parte de personal comunitario
	Línea 800 MATERNA (LM)
Salud Mental y Adicciones	Orientación a concurrentes
	Sesiones de orientación a familiares
	Talleres de prevención en SMA a personas en riesgo, familiares y a través de la crianza positiva
	Capacitación a grupos comunitarios
	Tamizaje
	Evaluación diagnóstica
	Sesiones de Apoyo Social (Consultas subsecuentes de trabajo social)
	Consejería breve en SMA
	Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA)
	Tratamiento breve para usuarios de marihuana y para usuarios de cocaína
	Tratamiento breve motivacional para fumadores
	Programa de intervención breve para bebedores en riesgo (PIBR)
	Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (PSC)
	Tratamiento para adolescentes en riesgo no consumidores
	Programa para familias que enfrentan problemas por el consumo de alcohol y drogas.
	Aplicación de la Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada (GI-mhGAP).
	Trabajo conjunto con las unidades de apoyo al sistema de justicia a través del tratamiento a pacientes en conflicto con la ley.
	Prevención de recaídas
Servicios de Atención Psiquiátrica	Reducción de daño
	Seguimiento y rescate
	Referencia a otra unidad de primer nivel especializada; referencia a segundo nivel y referencia a tercer nivel
	Consulta Externa Salud Mental
	Hospitalización Psiquiatría
VHC, VIH e ITS	Urgencias Psiquiatría
	Salud Mental Comunitaria
	Tele mentoría Psiquiatría
	Programa de condones
	Reducción de los daños
	PEP
	PrEP
	Detección VIH, Hepatitis, ITS
	Diagnóstico VIH, Hepatitis
	Vinculación a atención de casos nuevos
	Atención integral

Infecciones de transmisión sexual
Tuberculosis personas que viven con VIH
Salud Mental personas con VIH / hepatitis
Enfermedad Cardiometaabólicas personas con VIH
CD4
CV
Genotipo y tropismo viral
Prevención de transmisión vertical
Sistema de Información AAMATES / SALVAR
Salud Anal
Metabolismo mineral (personas viven con VIH)
Programa para personas privadas libertad, situación calle, migrantes

Anexo 2. Acciones esenciales por grupos de edad

Para otorgar una atención integral se deben estratificar los grupos de edad, ya que cada uno de ellos tiene características y necesidades en salud específicas. Las acciones de promoción, educación para la salud, prevención y protección de enfermedades, así como las detecciones oportunas, apoyo nutricional, actividad física y salud mental, se realizarán de acuerdo con la línea de vida de las personas; lo cual aplica tanto para la acción comunitaria como para la atención en las unidades de los tres niveles basados en las jornadas, estrategias y programas sectoriales de salud pública. En el caso de las unidades médicas se deberán otorgar las acciones de acuerdo con el tipo personas que atiendan y las especialidades que brinden, con base a la capacidad instalada.

Las acciones esenciales que se deben de seguir para cubrir los diferentes programas preventivos sectoriales y atender los principales problemas de salud de las personas, basados en la edad y en los grupos etarios, son los siguientes:

1. Promoción y educación de la salud.
2. Nutrición y actividad física.
3. Prevención y protección específica de enfermedades.
4. Detección de enfermedades.
5. Salud sexual y reproductiva (a los grupos que aplique).
6. Atención médica y cuidados de enfermería.

Es importante resaltar que las acciones específicas por grupo de edad deberán actualizarse de acuerdo con el cambio de prioridades en salud pública que se fijen en el país por parte de la Secretaría de Salud.

Niños y niñas de 0 a 9 años

Promoción y educación de la salud

1. Incorporación al programa de salud.
2. Cuidados a la persona recién nacida, niñez sana y lactancia materna.
3. Crecimiento y alimentación correcta.
4. Desarrollo y estimulación temprana.
5. Signos y síntomas de alarma (para enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas).
6. Higiene personal.
7. Salud bucal
8. Prevención de COVID-19.
9. Salud mental y prevención de adicciones.
10. Prevención y atención de violencia familiar y/o sexual.
11. Prevención de accidentes.
12. Cáncer niños y niñas.
13. Actividad física.
14. Entorno favorable a la salud (vivienda, escuelas y comunidad).

15. Dueños responsables con animales de compañía.
16. Incorporación a grupos de ayuda mutua (desnutrición, sobrepeso y obesidad).
17. Salud ambiental.
18. Otros que se consideren de importancia a nivel estatal o local, de acuerdo con su panorama epidemiológico.

Nutrición y actividad física

1. Evaluación y vigilancia del estado nutricional.
2. Índice de masa corporal (IMC).
3. Lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.
4. Orientación alimentaria.
5. Higiene alimentaria.
6. Complementos nutricionales.
7. Actividad física recomendada de acuerdo con la edad.
8. Otros de importancia estatal o local.

Prevención y protección específica de enfermedades

1. Esquema de vacunación.
2. Atención preventiva a la persona recién nacida
3. Quimioprofilaxis para tuberculosis.
4. Salud bucal.
5. Salud mental y adicciones.
6. Desparasitación intestinal.
7. Otras de importancia estatal o local.

Detección de enfermedades

1. Tamiz metabólico y auditivo neonatal
2. Valoración visual y motriz.
3. Evaluación del neurodesarrollo.
4. Salud mental y adicciones.
5. Enfermedades oncológicas.
6. Salud bucal.
7. COVID-19.
8. Tuberculosis
9. Otras de importancia estatal o local.

Atención médica y cuidados de enfermería

Se brindará la atención de acuerdo con las necesidades en salud de las niñas y niños de 0 a 9 años, así como la atención por personal calificado de la persona recién nacida, bajos los principios de cobertura universal, gratuidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad y calidad.

Adolescentes de 10 a 19 años**Promoción y educación de la salud**

1. Incorporación al programa de salud.
2. Higiene personal.
3. Alimentación correcta.
4. Actividad física.
5. Salud bucal.
6. Educación Integral en Sexualidad
7. Prevención de embarazo adolescente y erradicación de embarazos en niñas
8. Salud mental y prevención de adicciones.
9. Cáncer en adolescentes.

10. Prevención de COVID-19.
11. Prevención de accidentes.
12. Prevención de violencia familiar y/o sexual.
13. Entorno favorable a la salud.
14. Cultura para la donación de órganos.
15. Dueños responsables con animales de compañía.
16. Incorporación a grupos de ayuda mutua.
17. Acción y participación comunitaria para la salud.
18. Determinantes sociales de la salud y salud ambiental.
19. Otros que se consideren de importancia a nivel estatal o local, de acuerdo con su panorama epidemiológico.

Nutrición y actividad física

1. Evaluación y vigilancia del estado nutricional.
2. Índice de masa corporal (IMC).
3. Orientación alimentaria.
4. Higiene alimentaria.
5. Complementos nutricionales.
6. Actividad física recomendada de acuerdo con la edad.
7. Otros de importancia estatal o local.

Prevención y protección específica de enfermedades

1. Esquema de vacunación.
2. Salud bucal.
3. Prevención de VIH, hepatitis C, VPH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
4. Salud mental y prevención de adicciones.
5. Tratamiento para infección por tuberculosis latente.
6. Atención bucal a embarazadas.
7. Salud mental y adicciones.
8. Desparasitación intestinal.
9. Otras de importancia estatal o local.

Detección de enfermedades

1. Defectos visuales.
2. Trastornos alimenticios.
3. Enfermedades oncológicas.
4. Tuberculosis pulmonar.
5. Problemas de salud mental y adicciones.
6. Violencia.
7. Detección de VIH, sífilis, hepatitis C y otras ITS.
8. Salud bucal.
9. COVID-19.
10. Otras de importancia estatal o local.

Salud sexual y reproductiva

1. Anticoncepción, incluyendo consejería y dotación gratuita de métodos.
2. Atención prenatal, del trabajo de parto y parto.
3. Vigilancia postparto y lactancia materna.
4. Prevención y atención de violencia familiar y/o sexual.
5. Atención al aborto seguro de acuerdo con el marco legal vigente

6. Otras de importancia estatal o local.

Atención médica y cuidados de enfermería

Se brindará la atención de acuerdo con las necesidades en salud de los adolescentes, bajo los principios de cobertura universal, gratuidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad y calidad.

Mujeres, personas con capacidad de gestar, de 20 a 59 años

Promoción y educación de la salud

1. Incorporación al programa de salud.
2. Higiene personal y alimentación correcta.
3. Actividad física.
4. Salud bucal.
5. Salud sexual y reproductiva.
6. Salud mental, prevención de adicciones y medidas de reducción de riesgo y daño.
7. Prevención de COVID-19.
8. Prevención de Violencia familiar y/o sexual.
9. Prevención de accidentes.
10. Prevención de tuberculosis.
11. Prevención de cáncer de cuello uterino y mamario.
12. Sobrepeso y obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia.
13. Entorno favorable a la salud.
14. Dueños responsables con animales de compañía.
15. Cultura para la donación de órganos.
16. Incorporación a grupos de ayuda mutua.
17. Acción y participación comunitaria para la salud.
18. Determinantes sociales de la salud y salud ambiental.
19. Higiene, salud y seguridad ocupacional.
20. Otros que se consideren de importancia a nivel estatal o local, de acuerdo con su panorama epidemiológico.

Nutrición y actividad física

1. Evaluación y vigilancia del estado nutricional.
2. Lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.
3. Orientación alimentaria.
4. Higiene alimentaria.
5. Complementos nutricionales (hierro y ácido fólico) y suplementos alimenticios en caso necesario.
6. Actividad física recomendada de acuerdo con la edad.
7. Otros de importancia estatal o local.

Prevención y protección específica de enfermedades

1. Esquema de vacunación.
2. Prevención de VIH, hepatitis C, VPH y otras ITS.
3. Salud mental, prevención de adicciones y medidas de reducción de riesgo y daño.
4. Infección por tuberculosis latente.
5. Salud bucal.
6. Atención bucal a embarazadas.
7. Salud mental y adicciones.
8. Desparasitación intestinal.
9. Otras de importancia estatal o local.

Detección de enfermedades

1. Cáncer de mama y de cuello uterino.
2. Otros tipos de cáncer.

3. Enfermedades cardiometabólicas.
4. Tuberculosis.
5. Violencia familiar y de género.
6. Osteoporosis.
7. Problemas de salud mental y adicciones.
8. Detección de VIH, hepatitis C y otras ITS.
9. Salud bucal.
10. COVID-19.
11. Otras detecciones de importancia estatal o local.

Salud sexual y reproductiva

1. Anticoncepción, incluyendo consejería y dotación gratuita de métodos.
2. Vigilancia prenatal y atención del parto.
3. Vigilancia posparto, lactancia materna y depresión posparto.
4. Vigilancia de climaterio y post menopausia.
5. Prevención y atención de la Violencia familiar y/o sexual.
6. Atención al aborto seguro de acuerdo con el marco legal vigente
7. Otras de importancia estatal o local.

Atención médica y cuidados de enfermería

Se brindará la atención de acuerdo con las necesidades en salud de las mujeres de 20 a 59 años, bajo los principios de cobertura universal, gratuidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad y calidad.

Hombres de 20 a 59 años

Promoción y educación de la salud

1. Incorporación al programa de salud.
2. Higiene personal y alimentación correcta.
3. Actividad física.
4. Salud bucal.
5. Salud sexual y reproductiva.
6. Salud mental, prevención de adicciones y medidas de reducción de riesgo y daño.
7. Prevención de COVID-19.
8. Prevención de violencia familiar y/o sexual.
9. Prevención de accidentes.
10. Prevención de tuberculosis.
11. Enfermedades prostáticas.
12. Sobrepeso y obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia.
13. Entorno favorable a la salud.
14. Dueños responsables con animales de compañía.
15. Cultura para la donación de órganos.
16. Incorporación a grupos de ayuda mutua (sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y adicciones).
17. Acción y participación comunitaria para la salud.
18. Determinantes sociales de la salud y salud ambiental.
19. Higiene, salud y seguridad ocupacional.
20. Otros que se consideren de importancia a nivel estatal o local, de acuerdo con su panorama epidemiológico.

Nutrición y actividad física

1. Evaluación y vigilancia del estado nutricional.
2. Orientación alimentaria.
3. Higiene alimentaria.

4. Complementos nutricionales (hierro y ácido fólico).
5. Actividad física recomendada de acuerdo con la edad.
6. Otros de importancia estatal o local.

Prevención y protección específica de enfermedades

1. Esquema de vacunación.
2. Prevención de VIH, hepatitis C y otras ITS.
3. Salud mental, prevención de adicciones y medidas de reducción de riesgo y daño.
4. Tratamiento de tuberculosis pulmonar.
5. Quimioprofilaxis de Infección por tuberculosis latente.
6. Salud bucal.
7. Desparasitación intestinal.
8. Otras de importancia estatal o local.

Detección de enfermedades

1. Cáncer de próstata.
2. Otros tipos de cáncer.
3. Enfermedades cardiometabólicas.
4. Tuberculosis.
5. Adicciones.
6. Problemas de salud mental y adicciones.
7. Detección de VIH, hepatitis C y otras ITS.
8. Salud bucal.
9. COVID-19.
10. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma.
11. Otras detecciones de importancia estatal o local.

Salud sexual y reproductiva

1. Planificación familiar.
2. Métodos anticonceptivos y oferta sistemática de la vasectomía
3. Prevención de violencia familiar y/o sexual
4. Otras de importancia estatal o local.

Atención médica y cuidados de enfermería

Se brindará la atención de acuerdo con las necesidades en salud de los hombres de 20 a 59 años, bajo los principios de cobertura universal, gratuidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad y calidad.

Personas adultas mayores de 60 años o más

Promoción y educación de la salud

1. Incorporación al programa de salud.
2. Higiene personal y alimentación correcta.
3. Prevención de COVID-19.
4. Actividad física.
5. Salud bucal.
6. Salud sexual, reproductiva, climaterio y menopausia.
7. Envejecimiento saludable y síndromes geriátricos.
8. Higiene postural.
9. Salud mental, prevención de adicciones y medidas de reducción de riesgo y daño.
10. Prevención de la violencia familiar y de género.
11. Prevención de accidentes (con énfasis en caídas).
12. Prevención de tuberculosis.

13. Prevención de cáncer de cuello uterino y mamario.
14. Enfermedades prostáticas.
15. Sobrepeso y obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia.
16. Entorno favorable a la salud.
17. Dueños responsables con animales de compañía.
18. Acción y participación comunitaria para la salud.
19. Determinantes sociales de la salud y salud ambiental.
20. Higiene, salud y seguridad ocupacional.
21. Incorporación a grupos de ayuda mutua (sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, demencias y adicciones).

Nutrición y actividad física

1. Evaluación y vigilancia del estado nutricional.
2. Orientación alimentaria.
3. Higiene alimentaria.
4. Complementos nutricionales de acuerdo a edad y necesidades.
5. Actividad física recomendada de acuerdo con la edad.
6. Otros de importancia estatal o local.

Prevención y protección específica de enfermedades

1. Esquema de vacunación.
2. Prevención de VIH, hepatitis C y otras ITS.
3. Salud mental, prevención de adicciones y medidas de reducción de riesgo y daño.
4. Prevención de caídas.
5. Tratamiento de tuberculosis pulmonar.
6. Quimioprofilaxis de Infección por tuberculosis latente.
7. Salud bucal.
8. Salud mental y adicciones.
9. Prevención de síndromes geriátricos.
10. Desparasitación intestinal.
11. Otras de importancia estatal o local.

Detección de enfermedades

1. Examen clínico de mama.
2. Mastografía de acuerdo a los lineamientos de la NOM-041-SSA2-2011 en mayores de 69 años
3. Citología cervical e identificación de VPH alto riesgo
4. Medición de glucosa en sangre capilar.
5. Medición de presión arterial.
6. Medición de colesterol.
7. Baciloscopia.
8. Salud bucal.
9. COVID-19.
10. Otras detecciones (dislipidemia y perfil de lípidos).

Atención médica y cuidados de enfermería

Se brindará la atención de acuerdo con las necesidades en salud de las personas adultas mayores, bajo los principios de cobertura universal, gratuidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad y calidad.

Anexo 3. Relación de unidades de tercer nivel

CLUES	Nombre de la entidad	Clave de la jurisdicción	Nombre de la unidad del tercer nivel de atención
-------	----------------------	--------------------------	--

ASSSA000042	Aguascalientes	Aguascalientes	Hospital de la Mujer
ASSSA001331	Aguascalientes	Aguascalientes	Centenario Hospital Miguel Hidalgo
CCSSA000100	Campeche	Campeche	Hospital Dr. Manuel Campos
CCSSA017670	Campeche	Campeche	Hospital General de Especialidades Dr. Javier Buenfil Osorio
CHSSA000565	Chihuahua	Cuauhtémoc	Hospital de Gineco-Obstetricia de Cuauhtémoc
CHSSA000640	Chihuahua	Chihuahua	Centro Estatal de Cancerología
CHSSA001603	Chihuahua	Parral	Hospital de Gineco-Obstetricia Parral
CHSSA001796	Chihuahua	Juárez	Hospital de la Mujer
CHSSA018012	Chihuahua	Juárez	Hospital Infantil de Especialidades de Ciudad Juárez
CHSSA018514	Chihuahua	Chihuahua	Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua
CLIMS000490	Coahuila de Zaragoza	Torreón	Hospital de Especialidades 71 Torreón
CLSMP002602	Coahuila de Zaragoza	Torreón	Andalucía Clínica de Especialidades S.A. de C.V.
CLSSA001136	Coahuila de Zaragoza	Saltillo	Hospital del Niño Dr. Federico Gómez Santos
CMSMP000203	Colima	Colima	Hospital de Especialidades Puerta de Hierro Colima S.A. de C.V.
CMSSA010975	Colima	Colima	Instituto Estatal de Cancerología Lic. Carlos De la Madrid Virgen
CSSSA008882	Chiapas	Tapachula	Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud
CSSSA008894	Chiapas	Tuxtla Gutiérrez	Hospital de Especialidades Pediátricas
DFIMS000020	Ciudad de México	Azcapotzalco	Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza
DFIMS000056	Ciudad de México	Azcapotzalco	Hospital de Infectología Centro Médico La Raza
DFIMS000184	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Hospital de Gineco-Pediatría Magdalena de las Salinas
DFIMS000196	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Hospital-Ortopedia Magdalena Salinas
DFIMS000575	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Hospital Cardiología Centro Médico Nacional Siglo XXI
DFIMS000580	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
DFIMS000604	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Hospital Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI
DFIMS000616	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Hospital Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI
DFIST000090	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Hospital Regional "Primero de Octubre"
DFIST000160	Ciudad de México	Iztapalapa	Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza"
DFIST000201	Ciudad de México	Álvaro Obregón	Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"
DFIST000312	Ciudad de México	Benito Juárez	Centro Médico Nacional "20 de noviembre"
DFPMX000012	Ciudad de México	Azcapotzalco	Hospital Central Norte
DFPMX000024	Ciudad de México	Tlalpan	Hospital Central Sur de Alta Especialidad
DFSDN000050	Ciudad de México	Miguel Hidalgo	Hospital Militar de Zona Constituyentes
DFSDN000086	Ciudad de México	Miguel Hidalgo	Hospital Central Militar
DFSMA000010	Ciudad de México	Álvaro Obregón	Centro Médico Naval
DFSMA000046	Ciudad de México	Coyoacán	Centro Médico Naval
DFSMP000015	Ciudad de México	Álvaro Obregón	The American British Cowdray Medical Center, I.A.P. (Hospital ABC)

DFSMP000032	Ciudad de México	Miguel Hidalgo	Sociedad de Beneficencia Española I.A.P. (Hospital Español)
DFSMP001123	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Nuevo Sanatorio Durango, S.A. de C.V.
DFSSA000053	Ciudad de México	Azcapotzalco	Hospital Pediátrico Azcapotzalco
DFSSA000065	Ciudad de México	Azcapotzalco	Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo
DFSSA000350	Ciudad de México	Coyoacán	Hospital Pediátrico Coyoacán
DFSSA000835	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Hospital Pediátrico San Juan de Aragón
DFSSA000840	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Hospital Pediátrico Villa
DFSSA000852	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Hospital Materno Infantil Cuauhtémoc
DFSSA001296	Ciudad de México	Iztacalco	Hospital Pediátrico Iztacalco
DFSSA001511	Ciudad de México	Iztapalapa	Hospital Pediátrico Iztapalapa
DFSSA001926	Ciudad de México	Magdalena Contreras	Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras
DFSSA002491	Ciudad de México	Tláhuac	Hospital Materno Infantil Tláhuac
DFSSA002923	Ciudad de México	Xochimilco	Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Xochimilco
DFSSA002993	Ciudad de México	Xochimilco	Hospital Materno Pediátrico Xochimilco
DFSSA003372	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Hospital Pediátrico Peralvillo
DFSSA003536	Ciudad de México	Miguel Hidalgo	Hospital Pediátrico Tacubaya
DFSSA003541	Ciudad de México	Miguel Hidalgo	Hospital Pediátrico Legaria
DFSSA003664	Ciudad de México	Venustiano Carranza	Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza
DFSSA003705	Ciudad de México	Venustiano Carranza	Hospital Materno Infantil Inguarán
DFSSA003710	Ciudad de México	Venustiano Carranza	Hospital Pediátrico Moctezuma
DFSSA003944	Ciudad de México	Gustavo A. Madero	Hospital Juárez de México
DFSSA003956	Ciudad de México	Tlalpan	Instituto Nacional de Rehabilitación
DFSSA003961	Ciudad de México	Tlalpan	Hospital General Dr. Manuel Gea González
DFSSA003973	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Hospital General de México
DFSSA003990	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Hospital Nacional Homeopático
DFSSA004002	Ciudad de México	Miguel Hidalgo	Hospital de "La Mujer"
DFSSA004014	Ciudad de México	Coyoacán	Instituto Nacional de Pediatría
DFSSA004026	Ciudad de México	Tlalpan	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas
DFSSA004031	Ciudad de México	Tlalpan	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
DFSSA004043	Ciudad de México	Tlalpan	Instituto Nacional de Cancerología
DFSSA004055	Ciudad de México	Tlalpan	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
DFSSA004060	Ciudad de México	Tlalpan	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez
DFSSA004084	Ciudad de México	Cuauhtémoc	Hospital Infantil de México Federico Gómez
DFSSA004096	Ciudad de México	Miguel Hidalgo	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de Los Reyes
DFSSA004265	Ciudad de México	Iztapalapa	Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez
DGSSA000186	Durango	Durango	Centro Estatal de Cancerología
DGSSA000611	Durango	Durango	Hospital de Salud Mental
GRSSA011782	Guerrero	Acapulco	Instituto Estatal de Cancerología
GTIMS000226	Guanajuato	León	Hospital de Especialidades 1 León

GTIST000091	Guanajuato	León	Hospital Regional León
GTSSA002096	Guanajuato	León	Hospital de Especialidad Materno Infantil de León
GTSSA002101	Guanajuato	León	Hospital Estatal de Atención al Covid-19
GTSSA002615	Guanajuato	León	Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León
GTSSA016796	Guanajuato	León	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío
GTSSA017315	Guanajuato	Salamanca	Centro Estatal de Cuidados Críticos Salamanca
GTSSA017472	Guanajuato	San Miguel De Allende	Hospital Materno de San Luis de La Paz
GTSSA017525	Guanajuato	León	Hospital de Especialidades Pediátrico León
GTSSA017530	Guanajuato	Celaya	Hospital Materno Celaya
GTSSA017542	Guanajuato	Irapuato	Hospital Materno Infantil Irapuato
HGDIF000014	Hidalgo	Pachuca	Hospital del Niño DIF (Gobierno de Hidalgo)
JCIMS000301	Jalisco	Centro Guadalajara	Hospital de Especialidades Oblatos
JCIMS000325	Jalisco	Centro Guadalajara	Hospital Pediátrico Oblatos
JCIST000132	Jalisco	Centro Zapopan	Hospital Regional "Valentín Gómez Farías"
JCSDN000022	Jalisco	Centro Guadalajara	Unidad de Especialidades Médicas, Jalisco
JCSMP004974	Jalisco	Centro Zapopan	Hospital Real San José, S.C.
JCSSA002171	Jalisco	Centro Guadalajara	O.P.D. Instituto Jalisciense de Cancerología
JCSSA002195	Jalisco	Centro Guadalajara	Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde
JCSSA002200	Jalisco	Centro Guadalajara	Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva Dr. José Guerrero Santos
JCSSA005881	Jalisco	Centro Tlaquepaque	Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Prolongada
JCSSA007042	Jalisco	Centro Zapopan	Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Breve
JCSSA008466	Jalisco	Centro Zapopan	Hospital Ángel Leaño
JCSSA013050	Jalisco	Ameca	Unidad Especializada en Atención Obstétrica y Cuidados Neonatales Tala
JCSSA013091	Jalisco	Tepatitlán	Unidad Especializada para la atención Obstétrica y Neonatal San Miguel El Alto
JCSSA013506	Jalisco	Centro Tonalá	Unidad Especializada en Atención Obstétrica y Cuidados Neonatales
JCSSA013692	Jalisco	La Barca	Unidad Especializada en Atención Obstétrica y Cuidados Neonatales Ocotlán
MCIMS000454	México	Naucalpan	Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes
MCIST000425	México	Cuautitlán	Hospital Regional "Bicentenario de la Independencia"
MCSME000764	México	Toluca	Centro Oncológico Estatal, ISSEMYM
MCSME000863	México	Ecatepec	Centro Médico ISSEMYM Ecatepec
MCSME000921	México	Toluca	Centro Médico ISSEMYM Lic. Arturo Montiel Rojas, ISSEMYM
MCSSA000224	México	Teotihuacán	Hospital Especializado Tepexpan Dr. Gustavo Baz Prada
MCSSA007673	México	Toluca	Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz

MCSSA010222	México	Toluca	Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos
MCSSA014641	México	Naucalpan	Centro Especializado de Atención a Personas con Discapacidad Visual
MCSSA018453	México	Amecameca	Hospital Materno Infantil Chalco Josefa Ortiz de Domínguez
MCSSA018564	México	Ixtlahuaca	Hospital Materno Infantil José María Morelos y Pavón Bicentenario San José del Rincón
MCSSA018622	México	Nezahualcóyotl	Hospital Materno Infantil Miguel Hidalgo y Costilla Los Reyes La Paz
MCSSA018680	México	Texcoco	Hospital Materno Infantil Vicente Guerrero Chimalhuacán
MCSSA018733	México	Atizapán de Zaragoza	Hospital Materno Infantil Guadalupe Victoria Atizapán De Zaragoza
MCSSA018774	México	Zumpango	Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango
MCSSA018786	México	Amecameca	Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca
MNSSA001862	Michoacán De Ocampo	Morelia	Hospital de La Mujer
MNSSA001886	Michoacán De Ocampo	Morelia	Centro Estatal de Atención Oncológica
MSIST000293	Morelos	Cuernavaca	Centenario de la Revolución Mexicana
MSSSA002361	Morelos	Cuautla	Hospital de La Mujer
MSSSA002863	Morelos	Cuernavaca	Hospital del Niño Morelense
NLHUN000014	Nuevo León	Monterrey	Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González
NLIMS000303	Nuevo León	Monterrey	Hospital Especialidades 25 Monterrey
NLIMS000315	Nuevo León	Monterrey	Hospital de Cardiología 34 Lincoln
NLIMS000344	Nuevo León	Monterrey	Hospital de Traumatología 21 Monterrey
NLIST000105	Nuevo León	Monterrey	Hospital Regional Monterrey
NLSMP000052	Nuevo León	Monterrey	Christus Muguerza Monterrey, S. A. de C. V.
NLSMP005886	Nuevo León	Guadalupe	Hospital y Clínica Oca S.A de C.V./Doctors Hospital East
OCIST000112	Oaxaca	Valles Centrales	Hospital Regional presidente Benito Juárez
OCSSA001463	Oaxaca	Valles Centrales	Hospital de Especialidades de la Niñez Oaxaqueña
OCSSA007483	Oaxaca	Valles Centrales	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca
PLIMS000200	Puebla	Puebla	Hospital de Especialidades Puebla
PLIMS000212	Puebla	Puebla	Hospital de Traumatología y Ortopedia Puebla
PLIST000101	Puebla	Puebla	Hospital Regional Puebla
PLSSA0005710	Puebla	Puebla	Hospital de la Mujer
PLSSA0008272	Puebla	Tehuacán	Hospital de la Mujer y Neonatología
PLSSA0008881	Puebla	Huejotzingo	Hospital para el Niño Poblano
PLSSA0009394	Puebla	Puebla	Hospital de Traumatología y Ortopedia Doctor y General Rafael Moreno Valle
QRSSA000361	Quintana Roo	Chetumal	Hospital Materno Infantil Morelos
QRSSA001843	Quintana Roo	Chetumal	Hospital de Especialidades de Chetumal
QTSMPO00845	Querétaro	Querétaro	Hospital Infantil Teletón de Oncología
SLIST000085	Sinaloa	Culiacán	Dr. Manuel Cárdenas De la Vega
SPSSA001102	San Luis Potosí	San Luis Potosí	Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

SPSSA001563	San Luis Potosí	San Luis Potosí	Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña
SPSSA003482	San Luis Potosí	San Luis Potosí	Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto
SPSSA017301	San Luis Potosí	San Luis Potosí	Hospital del Niño y la Mujer Dr. Alberto López Hermosa
SRIMS000145	Sonora	Ciudad Obregón	Hospital de Especialidades Ciudad Obregón
SRIMS000150	Sonora	Ciudad Obregón	Hospital de Especialidades 2 Centro Médico Obregón
SRSME000011	Sonora	Hermosillo	Centro Médico Dr. Ignacio Chávez
SRSSA001105	Sonora	Hermosillo	Hospital Infantil del Estado de Sonora
TCSSA001040	Tabasco	Centro	Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón
TCSSA001052	Tabasco	Centro	Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez
TCSSA001064	Tabasco	Centro	Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casassus
TCSSA001076	Tabasco	Centro	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer
TLSSA017645	Tlaxcala	Tlaxcala	Hospital Infantil de Tlaxcala
TLSSA017913	Tlaxcala	Tlaxcala	Hospital de la Mujer
TSSSA002793	Tamaulipas	Victoria	Hospital Infantil de Tamaulipas
TSSSA005160	Tamaulipas	Tampico	Hospital Psiquiátrico de Tampico
TSSSA018292	Tamaulipas	Victoria	Hospital Regional de Alta Especialidad en Ciudad Victoria Bicentenario 2010
VZIMS001112	Veracruz De Ignacio De La Llave	Veracruz	Hospital de Especialidades 14 Centro Médico Nacional Veracruz
VZIST000301	Veracruz De Ignacio De La Llave	Veracruz	Hospital Regional Veracruz
VZSSA002953	Veracruz De Ignacio De La Llave	Xalapa	Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa
VZSSA002965	Veracruz De Ignacio De La Llave	Xalapa	Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio
VZSSA006972	Veracruz De Ignacio De La Llave	Veracruz	Hospital de Alta Especialidad de Veracruz
YNIMS000071	Yucatán	Mérida	Hospital de Especialidades 1 Mérida
YNIST000030	Yucatán	Mérida	Hospital Regional Mérida
YNSSA013423	Yucatán	Mérida	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán
ZSSSA012450	Zacatecas	Zacatecas	Hospital de la Mujer

Anexo 4. Programas sociales que contribuyen al bienestar

Programas relevantes para atender el derecho a la seguridad social	
1	Pensión para el bienestar de las personas adultas mayores
2	Servicios de guardería del IMSS
3	Servicios de estancias de bienestar y desarrollo infantil del ISSSTE
4	Atención a la salud
5	Atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral
6	Jóvenes construyendo el futuro
7	Programa IMSS-BIENESTAR

8	Programa de apoyo para el bienestar de las niñas y niños, hijos de madres trabajadoras
9	Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones
Programas relevantes para atender el derecho a la salud	
1	Fortalecimiento a la atención médica de la Secretaría de Salud
2	Jóvenes construyendo el futuro
3	Programa IMSS-BIENESTAR
4	Prevención y control de enfermedades del IMSS
5	Atención a la salud del IMSS
6	Suministro de claves de medicamentos del ISSSTE
7	Prevención y control de enfermedades del ISSSTE
8	Atención a la salud del ISSSTE
9	Formación y capacitación de recursos humanos para la salud
10	Investigación y desarrollo tecnológico en salud
11	Atención a la salud
12	Prevención y atención contra las adicciones
13	Programa de vacunación
14	Calidad en la atención médica
15	Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes
16	Vigilancia epidemiológica
17	Atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral
18	Investigación y desarrollo tecnológico en salud del IMSS
19	Investigación y desarrollo tecnológico en salud del ISSSTE

Fuente: Elaboración propia.

1 Diario Oficial de la Federación publicado el 7 de septiembre del 2022. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0

2 Secretaría de Salud, 1995. Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta. Disponible en: http://dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/MASPA_1995.pdf

3 Secretaría de Salud, 2015. Modelo de Atención Integral a la Salud. Disponible en: <https://www.saludtaulipas.net/descargas/Modelo%20Atencion%20Integral.pdf>

4 Secretaría de Salud, 2021. Coordinación de Análisis Estratégico y Evaluación. Desafíos de la Atención Primaria de Salud en México. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/651873/Informe_Desaf_os_APS_ENERO_2021_final.pdf

5 Diario Oficial de la Federación, 2019. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019

6 Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

7 La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the Sustainable Development Goals. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>

8 World Health Organization. Declaration of Astana. World Health Organization and United Nations Childrens Fund, 2018.

- 9 Comisión de alto nivel organizada por OPS avanza en versión final de su informe. Visitado el 04 de julio de 2022 en: https://www3.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1404:comision-de-alto-nivel-organizada-por-ops-avanza-en-version-final-de-su-informe&Itemid=499
- 10 Programas de Acción Específicos 2020-2024. Disponibles en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico>
- 11 Leavell H, Clark E. Textbook of preventive medicine. New York: McGraw-Hill; Third Edition, 1965.
- 12 Organización Mundial de la Salud. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 1986 noviembre 21: 1-4.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
- 14 Ratcliffe HL, Schwarz D, Hirschhorn LR, et al. PHC Progression Model: a novel mixed methods tool for measuring primary health care system capacity. BMJ Global Health 2019;4: e001822. doi:10.1136/bmjgh-2019-001822. Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/5/e001822.full.pdf>
- 15 The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). Population Health Management. Disponible en: <https://improvingphc.org/improvement-strategies/population-health-management>
- 16 Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- 17 Schottenfeld L, Petersen D, Peikes D, Ricciardi R, Burak H, McNellis R, Genevro J. Creating Patient-Centered Team-Based Primary Care. AHRQ Pub. No. 16-0002-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Marzo 2016.
- 18 Peikes D, Reid R, Day T, et al. Staffing patterns of primary care practices in the Comprehensive Primary Care Initiative. Ann Fam Med 2014; 12(2):142-149.
- 19 Some D, Edwards JK, Reid T, et al. Task Shifting the Management of Non-Communicable Diseases to Nurses in Kibera, Kenya: Does It Work? 2016;11(1): 2016, Jan 26. Anand TN, Joseph LM, et.al. Task sharing with non-physician health-care workers for management of blood pressure in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Global Health. 2019 Nov;7(11): e761-e771.
- 20 The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). Facility Organization and Management. Disponible en: <https://improvingphc.org/improvement-strategies/facility-organization-and-management>
- 21 The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). Availability of Effective Primary Health Care Services. Disponible en: <https://improvingphc.org/improvement-strategies/availability-effective-primary-health-care-services>
- 22 The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). Access. Disponible en: <https://improvingphc.org/improvement-strategies/access>
- 23 Starfield B. Basic concepts in population health and health care. J Epidemiol Community Health 2001;55:452-454.
- 24 Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y la aplicación. HR/PUB/12/5. 2012 Naciones Unidas.
- 25 Organización Panamericana de la Salud. Gente sana en entornos saludables. Informe Anual del Director. 1996. Documento Oficial No. 283.
- 26 Coronel Carbo Jorge, Marzo Páez Nathaly. La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. MEDISAN [en línea]. 2017 Dic [citado 2021 Sep. 09]; 21(12-): 3415-3423. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001200016&lng=es.
- 27 Organización Panamericana de la Salud, 2019. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>
- 28 Martínez Calvo, 2020. Análisis de situación de salud. Una nueva mirada. Tercera edición.
- 29 Organización Panamericana de la Salud, 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No.4. Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS%202010-Doc%20Posicion%20revisado%20pos%20CD.pdf>
- 30 Organización Panamericana de la Salud, 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS%202010-Doc%20Posicion%20revisado%20pos%20CD.pdf>

- 31 Fuente: Censos INEGI de 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000 y 2010.
- 32 Propuesta de la mesa, en virtud de no contar con una definición oficial y dar flexibilidad al Modelo.
- 33 Acciones retomadas del Programa Salud en tu vida, Salud para el Bienestar. Consultado en saludentuvida.cdmx.gob.mx
- 34 Si bien las unidades de salud del sector privado son autónomas en su gestión, las normas y recomendaciones técnica que emite la autoridad sanitaria son de observancia por estas.
- 35 Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. México: 30 noviembre 2012. Disponible en: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-035-SSA3-2012.pdf>
- 36 Organización Panamericana de la Salud, 1997. Planificación estratégica y regionalización en salud reproductiva. Módulo 2. Washington DC: OPS/OMS/FNUAP.
- 37 Frakes, B., T. Flowe, and Sherrill, K. R. (2015). National Park Service travel time cost surface model (TTCSM): March 2015. Natural Resource Report NPS/NRSS/NRR-2015/933. National Park Service. Fort Collins, Colorado
- 38 Bajo el supuesto de que una persona debiera acceder a un destino en el menor tiempo posible, haciendo uso de un automóvil como primer escenario o desplazándose a pie y posteriormente en automóvil, como segundo escenario.
- 39 Fuente: Continuo de elevaciones mexicana (INEGI, 2012); Red nacional de caminos (SCT-INEGI, 2018); Uso de suelo y vegetación (INEGI, 2017); Pendiente del terreno (INEGI, 2012); Velocidad definida en función de los límites especificados por la SCT (SCT-INEGI, 2018); Velocidad promedio a pie.
- 40 Un ráster consta de una matriz de celdas (o píxeles) organizadas en filas y columnas (o una cuadrícula) en la que cada celda contiene un valor que representa información, como la temperatura. Los rásteres son fotografías aéreas digitales, imágenes de satélite, imágenes digitales o incluso mapas escaneados.
- 41 Con las principales instituciones públicas IMSS, ISSSTE, SSA, IMSS-Bienestar, PEMEX, SEDENA y SEMAR.
- 42 Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México: 29 abril 1986. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>
- 43 Manual de Organización de Unidades de Segundo Nivel 2000-002-005, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 44 Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
- 45 Organización Mundial de la Salud. Actualización de la estrategia frente a la COVID 19. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf
- 46 Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
- 47 Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2015. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
- 48 Organización Mundial de la Salud. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-09-2015-ensure-healthy-lives-and-promote-well-being-for-all-at-all-ages>.
- 49 Chiavenato, Idalberto. La supervisión de las personas, Gestión del talento humano. Mc Graw Hill; México: 2012 pp. 504.
- 50 Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Salud Pública México 1986;28:324-7.
- 51 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Acerca de evaluación de políticas y programas públicos. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/evaluacion-de-politicas-y-programas/acerca-evaluacion-politicas-programas-publicos>
- 52 Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, DOF: 12/07/2019. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0
- 53 Programa Sectorial de Salud 2020-2024 DOF: 17/08/2020. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0
- 54 Programa Estratégico de Salud para el Bienestar. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0

55 Reglas de Operación del Programa IMSS Bienestar DOF: 24/12/2021. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639354&fecha=24/12/2021#gsc.tab=0

56 Desde 2003 a la fecha, IMSS-BIENESTAR ha sido sujeto a 22 evaluaciones externas y 5 internas realizadas por diversos organismos e instituciones académicas; así como por personal del Programa, respectivamente. Adicionalmente, de manera interna la Unidad de Evaluación de Órganos Desconcentrados (UEOD) en su ámbito de su competencia, a partir del 2008 ha realizado: 177 evaluaciones en sitio y seguimiento al plan de mejora; 17 verificaciones en sitio sobre el seguimiento al plan de Respuesta ante la Pandemia COVID-19; 12 evaluaciones a distancia mediante videoconferencias; 79 verificaciones virtuales de infraestructura a través de una APP y tabletas conectadas a la red IMSS en: 79 hospitales, una muestra de 90 unidades de salud, 7 Centros de Atención Rural Obstétrica y 19 Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD).