

Instituto Nacional de Salud Pública  
Escuela de Salud Pública de México

Proyecto Terminal

Propuesta de lineamientos Metodológicos para el análisis funcional  
de las redes de servicios de salud a nivel de jurisdicciones sanitarias

**Maestría en salud pública con área de concentración en administración en salud**

**Sede Tlalpan**

**Generación 2013-2015**

Nombre del alumno

**Gerardo Ramos González**

Comité de Proyecto Terminal

**Directora**

**Mtra. Janet Real Ramirez**

**Asesor**

**Mtro. José de Jesús Vertiz Ramírez**

México, Ciudad de México. Mayo 2016

## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES.....	4
CONTEXTO INTERNACIONAL.....	4
COLOMBIA.....	4
CHILE.....	5
BRASIL.....	5
CONTEXTO NACIONAL.....	7
MARCO TEÓRICO.....	9
MARCO CONCEPTUAL.....	12
JURISDICCIONES SANITARIAS.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	17
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	46
ANEXOS.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	56

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad el derecho a la salud es un gran reto para los sistemas de salud que se enfrentan mayormente a la fragmentación y segmentación de las instituciones de salud con las que se cuenta. En 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publica la resolución CD49.R22 sobre redes integradas de servicios de salud basadas en atención primaria en la que hace una propuesta para la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con el objetivo de:

- Facilitar el acceso oportuno a los servicios de primer nivel de atención
- Mejorar el acceso a otros niveles de atención en casos necesarios.
- Evitar la duplicación innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos
- Mejorar los procesos de decisión compartida entre el prestador y el paciente, facilitar la implementación de estrategias de autocuidado y seguimiento de enfermedades crónicas.<sup>1</sup>

Una RISS se define como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos necesarios para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.<sup>1</sup> Un sistema efectivo y funcional de RISS, constituye un aspecto esencial del modelo de cobertura universal que se implementa en diversos sistemas de salud.

Uno de los objetivos en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, así como en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, es lograr la cobertura universal con acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud para los mexicanos, por lo que para lograr este objetivo es indispensable que las instituciones de salud realicen análisis homologados o estandarizados sobre el funcionamiento de las redes de servicio, las características demográficas y epidemiológicas de las poblaciones; así como los resultados en los indicadores positivos y negativos en salud, a fin de tener mediciones basales que permitan comparaciones entre las acciones en salud promovidas por la respuesta social organizada para evaluar los impactos en el bienestar de la población.

Con el planteamiento de este proyecto terminal, se pretende desarrollar una guía metodológica que permita evaluar de una manera integral la funcionalidad de las actuales redes de servicios de salud y los servicios que se proveen en las mismas dentro del ámbito jurisdiccional con lo cual se tenga información que conduzca hacia la integración de una RISS.

## ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades, debiéndose entender la relación que existe con el medio ambiente, la nutrición, la alimentación, el trabajo y las condiciones de vida”<sup>2</sup> es decir, que es necesario considerar los determinantes sociales que impactan en la salud de las personas.

La Constitución de la OMS indica que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”<sup>2</sup>

A partir de esta conceptualización, la salud es comprendida como un derecho humano y no como una condición de la situación de trabajo de las personas.

## CONTEXTO INTERNACIONAL

Los sistemas de salud en América Latina se originaron, al igual que en México, replicando una estructura social muy excluyente y estratificada, a partir de presiones y demandas de distintos grupos sociales.

En América Latina, existe una figura de ámbito público que atiende a los segmentos más pobres de la población que se encuentran fuera del esquema de la seguridad social, otro de la seguridad social para el sector formal de la economía y un ámbito privado que atiende a los segmentos más ricos. Por lo general los servicios de salud no están configurados a las necesidades y características de la población a cargo, imperando el modelo hospitalario, lo que deja de lado la Atención Primaria de la Salud debilitando el alcance de los servicios de primer nivel de atención.

## COLOMBIA

Colombia inicia su proceso descentralizador del sector salud con su Constitución en 1991, desarrollando las leyes 10,60 y 100 cuya finalidad fue la de devolver las instalaciones de salud junto con su personal a los departamentos y municipalidades de este país.<sup>3</sup>

Dicho proceso estuvo acompañado de importantes reformas que generaron competitivas instituciones de seguridad pública y privada, a las que se otorgó recursos por brindar servicios de salud a la población más vulnerable. Los recursos fueron transferidos a las municipalidades en forma gradual para cubrir los costos de la atención de la salud.

La experiencia colombiana refleja éxitos indiscutibles tales como el aumento de los recursos en salud y de la cobertura de aseguramiento, así como un importante avance en gestión y calidad en la atención hospitalaria y en la reducción del gasto de bolsillo. Sin embargo, Colombia enfrenta importantes problemas, ya que la creación de aseguradoras no sólo genera enorme controversia

en su funcionamiento, sino que también hace peligrar la sustentabilidad del modelo dado su interés por maximizar su utilidad frente a la insuficiente rectoría por parte del Estado, lo cual afecta seriamente la eficiencia y la legitimidad del modelo en su conjunto.<sup>4</sup>

## CHILE

En la década de los 80's Chile inicia la descentralización del sistema de salud delegando funciones y responsabilidades en los 308 gobiernos municipales existentes en el país. De esta manera, los hospitales quedan bajo el control de las direcciones regionales del ministerio de salud y los trabajadores de la salud al sistema municipal regulados como funcionarios públicos.<sup>4</sup>

Se creó un sistema de financiamiento: el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en el cual se utiliza la Facturación por Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales (FAPEM) lo que provocó un incremento del gasto. Así fue como se involucró a los gobiernos locales para la operación de la FAPEM, para el financiamiento del sistema como resultado de la negociación para su implementación.<sup>4</sup>

Fueron implementadas las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) las cuales dieron lugar a la inversión en infraestructura por parte de empresas privadas incrementándose la demanda de estos servicios. Las personas afiliadas con posibilidades para cubrir las primas cobradas por las ISAPRE tenían diferentes alternativas de acuerdo a sus necesidades de salud, mientras que las personas mayores de 60 años de edad y los individuos con enfermedades crónicas que incurrían en gasto catastrófico, casi no tenían acceso al sistema privado o tenían muy pocas opciones de quedarse en el sistema o de cambiar de una institución a otra.<sup>4</sup>

En el año 2005, se introdujo el plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), el cual, busca garantizar el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud de los grupos de población desprotegidos.

## BRASIL

El sistema de salud en Brasil tiene sus bases en la década de 1920 y 1930 donde el derecho y la protección de la salud del individuo estaban relacionados a la situación en el mercado formal del trabajo. El modelo del sistema de protección social era caracterizado por la centralización y la fragmentación del sistema de salud.<sup>5</sup>

En 1974, se crea el Ministerio de la Seguridad Social y Salud y posteriormente en 1975 el Sistema Nacional de Salud, con el que se consolidan las instituciones de salud pública y privada a través de mecanismos de coordinación interinstitucional.<sup>5</sup>

La creación del Fondo de Apoyo al desarrollo Social (FAS), proporcionó una base financiera, aunado a la creación de un sistema de información llamado DATAPREV provisto por una empresa

pública que sistematiza la información de la seguridad social, dieron las bases para la constitución de la reforma en Salud.<sup>5</sup>

En 1978, la creación del Sistema Nacional de Seguridad Social SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) reforzaba sus atribuciones en materia política y financiera; así como la hegemonía de la asistencia médica en el Sistema de Salud.<sup>5</sup>

La intervención de la fundación Rockefeller, desde 1916, en la formación de recursos humanos en salud pública contribuyó al desarrollo de las iniciativas que dieron forma al sistema de salud bajo un panorama de la salud pública para el desarrollo de políticas en salud.<sup>6</sup>

Entre los años setenta y ochenta se originó un movimiento impulsado por un sector de profesionales del área de la salud pública con el que se logra la creación en 1976 del Centro Brasileño de Estudios en Salud (CEBES) y la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), cuya finalidad fue la de diseñar políticas para la formación de recursos humanos, así como la generación y difusión de propuestas y análisis críticos del modelo asistencial de salud.<sup>6</sup>

En marzo de 1986 se efectúa en Brasilia la octava conferencia nacional de salud en la que se propuso un Sistema Único de Salud (SUS), con el que se alcanzaría el acceso universal y equitativo, además de atención integral en todos los niveles, con el que se privilegiaría al sector público y permitiera la regulación efectiva del sector privado.<sup>6</sup>

Actualmente el 75% de la población en Brasil está cubierta por el sector público, mientras que el 25% restante se cubre a través del sector privado, regulado por el SUS. Los impuestos generales y las contribuciones sociales recaudadas por los tres niveles de gobierno son la base del financiamiento del sistema.<sup>7</sup>

La descentralización de los servicios de salud, así como el desarrollo de políticas cuya finalidad sea la de ampliar la cobertura de los derechos de la salud, es un fin en común que se ha buscado en los servicios de salud de América Latina; la fragmentación y segmentación ha sido el principal obstáculo a vencer en los sistemas de salud.

El proceso de descentralización ha sido el proceso transformador de los servicios de salud, el cual debe funcionar de manera que se puedan diseñar programas de desarrollo acordes a las necesidades de la población, de sus regiones y localidades.

## CONTEXTO NACIONAL

En la constitución de 1917 La protección de la salud en México no estaba definida como un derecho para todos los mexicanos, sino solo para los trabajadores con empleo formal y sus familias; posteriormente en 1983 se adicionó en el artículo 4to constitucional, el concepto de protección en salud, en el que se especifica que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.<sup>8</sup>

En 1943 surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) producto de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, y como consecuencia de una serie de acuerdos de coordinación entre las autoridades federales, estatales y municipales, que tenían como fin el promover la provisión de servicios básicos de salud, así como el control de epidemias y la disminución de la morbilidad y la mortalidad.<sup>9</sup>

Anterior al surgimiento de la SSA, es fundado en 1942 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual se encarga de proporcionar seguridad social a los trabajadores del sector privado y a sus familias. En 1960 se creó el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del estado (ISSSTE). Se crearon también servicios equivalentes para los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y Fuerzas Armadas.<sup>9</sup>

Como resultado de esta estrategia, se creó una doble estructura desigual en la atención de la salud, que provocó un acceso diferenciado a las instituciones de salud, excluyendo de la seguridad social a los trabajadores por cuenta propia, los desempleados, los trabajadores del sector informal de la economía y las persona que estaban fuera del mercado laboral.<sup>8</sup>

En 1984 se establece en la Ley General de Salud, que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, aunque no define con qué recursos será efectivo este derecho.

La descentralización de los servicios de salud se inicia en el año de 1985 con la finalidad de reducir el aparato burocrático, además de desconcentrar, delegar y devolver funciones y responsabilidades en materia de salud a los estados.<sup>9</sup>

En 1989 se lanza un programa que busca desarrollar las jurisdicciones sanitarias en México fortaleciendo su capacidad técnico administrativa con el objetivo de promover la extensión de la cobertura de los servicios de salud, especialmente de las acciones de Atención Primaria de la Salud (APS), además de que busca la integración del sector salud y la coordinación intersectorial a través de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Este es el primer acercamiento del sistema de salud al concepto de RISS.<sup>10</sup>

En 1995 derivado de la necesidad de proporcionar servicios de salud a la población que no contaba con ningún tipo de seguridad social, la SSA diseña un “Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), en el que la unidad funcional en los centros de salud fueron los núcleos básicos de servicios conformados por un médico familiar o general y dos enfermeras quienes eran responsables de la atención intramuros y de las actividades de campo de la población del área geográfica de su responsabilidad.<sup>11</sup>

En el diseño de este modelo se identifica la necesidad de configurar redes de servicios de salud que permitan una atención integral a la población y postula a las jurisdicciones sanitarias como el sistema que agrupa, integra y coordina la red de servicios de atención a la salud, en el nivel administrativo y operativo.

Es hasta 2003 que se aprobó una reforma de la Ley General de Salud que establece el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en el cual se crea una estructura financiera que busca cubrir a los mexicanos que han quedado excluidos de la seguridad social convencional a través del Seguro Popular de Salud (SPS), quienes representaban en 2004 la mitad de la población total del país.<sup>12</sup>

El Seguro Popular de Salud fue creado como mecanismo de operación del SPSS, el cual tiene por objetivo, proporcionar servicios de salud a las personas carentes de algún tipo de seguridad social a través de un conjunto acotado de prestaciones descritas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que consiste en 284 intervenciones de primero y segundo nivel de atención.<sup>4</sup>

Sobre las bases del MASPA se desarrolla en el año 2006 el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) el cual busca " *la integración de todas las instituciones de salud y todos los sectores y también contempla la utilización cruzada de servicios, con ello se busca romper el paradigma de pirámides de servicios verticales para sustituirlo por redes coordinadas horizontalmente, que faciliten la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención*".<sup>13</sup>

Actualmente la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) en agosto de 2015 emite el Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) el cual incorpora los avances y lecciones aprendidas de los modelos desarrollados con anterioridad centrandolo en la persona, opera en redes integrales de servicios y promueve la participación de la población a través de la integración de redes sociales.<sup>14</sup>

A pesar del diseño cuidadoso de esta reforma, el éxito de su instrumentación representa un desafío significativo para el Sistema de Salud en México, el cual consiste en desarrollar mecanismos que conduzcan a la integración del sistema de salud, superando con esto la segmentación y el costo que genera, alcanzado el objetivo inicial del seguro popular, y al final, ejercer el derecho a la salud al que hace referencia el artículo 4to de la Constitución Mexicana.<sup>15</sup>

## MARCO TEÓRICO

En la búsqueda de sistemas de salud equitativos, solidarios y eficientes, surge la necesidad de organizar, integrar la pluralidad y estructurar la diversidad, es decir, promover la convivencia de un sin número de actores en un ámbito integrado, regulado y orgánico. Para ello, la OPS/OMS ha planteado políticas públicas universales de salud, financiamiento a través de fondos mancomunados, compra estratégica a proveedores, organización de proveedores públicos y privados en RISS basados en la atención primaria, homogénea de la calidad, reglas de juegos comunes y transparentes, y el empoderamiento de las personas y las comunidades locales.<sup>1</sup>

El 2 de octubre del 2009, durante el 49º Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD49.R22 sobre RISS Basadas en la APS; en dicha resolución define a las RISS 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”.<sup>1</sup>*

De acuerdo a la definición de RISS no se requiere que los servicios que las componen sean propios, por el contrario, en esta propuesta se faculta hacer operaciones contractuales o alianzas estratégicas denominadas: "integración virtual".<sup>1</sup>

Tal es el caso de la experiencia en una región de Cataluña España en donde se integró la agencia de salud pública, con el conjunto de organizaciones implicadas en la realización de actividades de salud pública en el territorio (atención primaria, entes locales, organizaciones no gubernamentales, universidad, colegios profesionales), y se consiguió la adhesión al proyecto de diversas empresas locales (supermercados, empresas alimentarias). Crearon una comisión de salud pública (CSP) cuya misión es la de ser la herramienta de coordinación de la prestación de servicios de salud pública en el territorio correspondiente en base a la estrategia y los objetivos marcados por el Consejo de Dirección de la Región Sanitaria, de acuerdo con las necesidades y expectativas de su población. Los representantes de estas organizaciones se reúnen en plenarios como mínimo dos veces al año.<sup>16</sup>

La implementación de una CSP, tiene gran potencialidad que puede constituir una buena herramienta para mejorar la efectividad de la prestación de servicios de salud pública en el ámbito territorial.

En Ontario, Canadá, desarrollaron la integración de los sistemas locales de salud “LHINs” (Local Health Integration Networks) en 2006, utilizando un plan de servicios integrados de salud “IHSPs” (Integrated Health Service Plans). El ministerio de salud de Ontario antes de la implementación de los LHINs realizó talleres con los proveedores de servicios de salud de primer nivel en los cuales se generaron prioridades dentro de sus áreas de trabajo para poder desarrollar servicios integrados de salud, esto llevó a la creación de grupos de trabajo en cada área que proporcionó una visión inicial de lo que se podría hacer para mejorar la prestación de servicios de salud.<sup>17</sup>

Se desarrollaron objetivos en común y se involucró a los jefes ejecutivos no solo para escuchar y dirigir sus respectivas áreas de responsabilidad sino para aportar habilidades y estrategias gerenciales que le permitieran ser parte del equipo. Desarrollaron una hoja de ruta en donde se

especifican las fuentes de información para ser utilizadas en el desarrollo de IHSPs. Consideran la participación de la comunidad como una parte esencial de LHINs. Cada plan de servicios integrados de salud es revisado y ajustado anualmente. Varias prioridades comunes emergieron de este plan de servicios, más notablemente el acceso a la atención primaria. Afirman que el cuidado de la salud no es responsabilidad de una sola persona sino de trabajo en equipo.

El Sistema Único de Salud (SUS) implementado en Brasil ha proporcionado evidencia en materia de redes de servicios de salud dentro de las que destacan que el sistema de redes de una organización debe tener como elemento decisivo la utilización de tecnologías de la información para su implantación, además de que es necesario tener bien definido quiénes son los participantes, cuáles son los recursos involucrados, las responsabilidades de cada uno en la red y los objetivos a alcanzar. Las redes de servicios de salud son una forma de organización de acciones y servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud en todos los niveles de complejidad de un territorio determinado, de modo que permita la articulación y la interconexión de todos los conocimientos, habilidades, tecnologías, profesionales y organizaciones existentes de manera que los ciudadanos puedan acceder a ellos de acuerdo a sus necesidades de salud de forma racional, armónica, sistémica, regulada y conforme una lógica técnico-sanitaria.<sup>18</sup>

La finalidad de una red de servicios de salud debe ser la de mejorar la eficiencia y racionalidad de los servicios, la mejora al acceso, evitar la duplicación de servicios y la repetición innecesaria de pruebas y procedimientos.

Muchos son los factores que influyen en la funcionalidad e implementación de una red de servicios de salud como: la coordinación entre niveles asistenciales, la falta de un sistema de información unificado, las actitudes y los valores del equipo de trabajo. El primero, suele ser el principal factor para la coordinación de un sistema de redes de servicios de salud, el segundo se tendría la expectativa de que el usuario porte toda su información. En el tercero, se tienen barreras para relacionarse, conocer el desempeño de los demás niveles de atención de la salud. Todo lo anterior repercute negativamente en la coordinación.<sup>19</sup>

Las estrategias que se proponen en el sistema de salud de Cataluña España, para la mejora en la coordinación entre los niveles asistenciales, están orientadas a mejorar la comunicación el conocimiento y compartir la información. Esta propuesta fue desarrollada por directivos y personal de salud; los primeros ven la necesidad de integrar un personaje directivo que dirija los aspectos relacionados con la coordinación entre niveles de salud y el personal de salud propone la integración de un profesional que sirva de enlace e interlocutor que facilite la comunicación entre los niveles de salud, además de implementar sesiones clínicas con los trabajadores implicados en la atención para homologar criterios de atención, así también se sugiere capacitar al personal para que desarrolle habilidades como el trabajo en equipo y la comunicación efectiva entre profesionales de la salud.<sup>19</sup>

Los valores y principios característicos de cada cultura y organizaciones son piezas clave para el desarrollo de redes de servicios de salud. La iniciativa de salud “Barrio Adentro” desarrollada en Venezuela, es claro ejemplo.

Dicho programa se originó por la necesidad de ofrecer servicios de salud a toda la población, principalmente a la población más vulnerable, por lo que en 2003 se realizó una convocatoria a

médicos venezolanos para desarrollar un programa integral de salud dirigido a los barrios de este país; solo 50 médicos atendieron el llamado de los cuales 30 se negaron aludiendo la peligrosidad del trabajo y los otros 20 contaban con especialidad por lo que fueron asignados a centros de atención especializada.<sup>20</sup>

Debido a la poca respuesta de los médicos, en 2003 solicita la embajada venezolana a Cuba la colaboración de médicos para el desarrollo del programa denominado "Barrio adentro". Los médicos cubanos que se integraron al programa "barrio adentro" son médicos con especialidad en medicina general integral, además de una segunda especialidad o maestrías adicionales.<sup>20</sup>

La disponibilidad, la formación y la vocación de los médicos cubanos fueron el factor principal para la participación de la comunidad en el programa. Como base para la planeación de estrategias, los médicos cubanos realizaron un censo casa por casa, familia por familia de las comunidades asignadas para saber la situación de salud. Con la información obtenida desarrollaron estrategias acordes a las necesidades de equipamiento e infraestructura.<sup>20</sup>

Dichas estrategias marcan la diferencia entre la planeación habitual de los servicios de salud en la que la oferta de servicios es instalada de acuerdo a criterios técnicos y dando respuesta a presiones sociales. Al obtener la información de las características de la población se pudo organizar la oferta de servicios, adecuando redes de servicios enfocadas en APS.

El programa "Barrio adentro" está basado en acciones preventivas, potenciando los servicios de atención primaria de la salud situando a estos como eje integrador y central de la atención de la salud de la población.<sup>20</sup>

La capacitación de recursos humanos se perfila como un elemento clave para la sustentabilidad del programa; se inició un programa de formación de medicina integral comunitaria centrado en la persona, la familia y la comunidad, asesorado y dirigido por los médicos cubanos en el que el escenario formativo es el consultorio popular de "barrio adentro".<sup>20</sup>

## MARCO CONCEPTUAL

### JURISDICCIONES SANITARIAS

De acuerdo con los lineamientos de la SSA, cada uno de los estados en México, se encuentra dividido por jurisdicciones sanitarias, las cuales, a su vez, se dividen en municipalidades en donde se cuenta con centros de salud para la atención de su población a cargo.<sup>9</sup>

Actualmente existen 234 jurisdicciones sanitarias de la secretaria de salud (SSA). Estas son organismos técnico administrativos, que fueron creados en 1952 con la finalidad de vigilar la salubridad general en el país.<sup>21</sup>

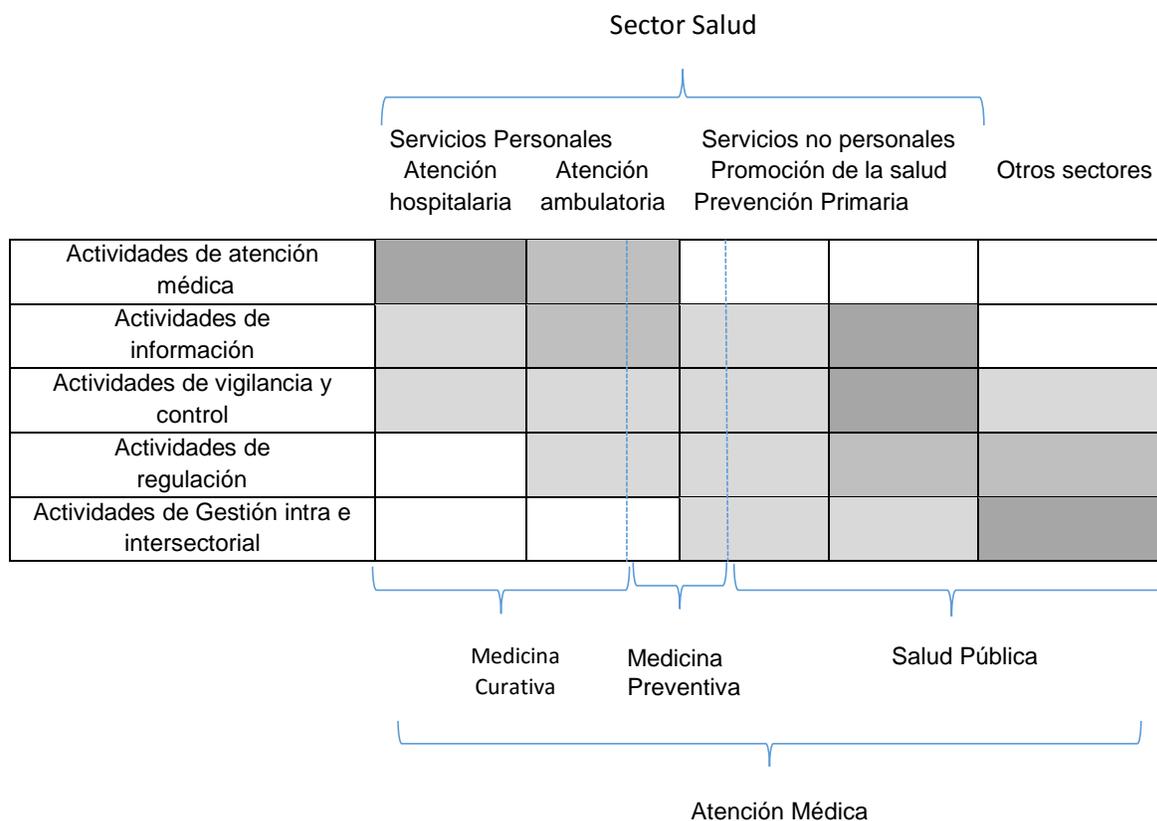
Los centros de salud se organizan por áreas geoestadísticas básicas (AGEB), por lo que un centro de salud tiene bajo su área de influencia uno o varios AGEB, de acuerdo con su categoría. En la Ciudad de México los centros de salud se clasifican en centros TI, TII Y TIII; Los TI son los de menor tamaño, conformados por un núcleo básico de atención (médico general y enfermera), hasta los TIII quienes centralizan uno o varios TI Y TII. Estos TIII, tienen como mínimo cinco módulos de atención médica, además de contar con laboratorio de análisis clínicos y estudios de rayos X.<sup>22</sup>

El Modelo de Atención Integral de Salud, en el apartado de: funciones de la jurisdicción sanitaria, señala que es la responsable de las acciones de coordinación y de gestión para la participación intersectorial para afrontar los determinantes sociales de la salud de la región.<sup>14</sup>

La capacidad regulatoria de la Secretaría de Salud a través de las jurisdicciones sanitarias, es un elemento esencial para monitorear las acciones de atención primaria de salud, entendiendo a estas acciones como: la atención médica general o básica focalizada en los cuidados preventivos y en los tratamientos de enfermedades habituales. La APS es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.<sup>14</sup>

López Moreno y Pineda Pérez, en su artículo “Evaluación de las actividades de salud pública” publicado en el observatorio de la salud pública en México 2010, señalan que en la medida en que las acciones de salud pública se orienten al diseño, articulación y control de esfuerzos organizados colectivamente para prevenir enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud, será necesario generar evidencia mediante la evaluación, la cual no debe estar limitada solo a resultados de acciones preventivas, de vigilancia y control (servicios de salud personales), sino que también abarque las actividades fuera del sector salud, que tengan impacto en la salud de la población (servicios no personales de salud).<sup>23</sup>

**Figura 1.** Ubicación de los servicios personales y no personales en relación a las acciones de salud Pública.



Fuente: López Moreno Sergio, Pineda Pérez Dayana. "Evaluación de las actividades de salud pública". Observatorio de la salud pública en México 2010. Primera edición 2011. Disponible en: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/salud\\_publica/saludpublica\\_2010.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/salud_publica/saludpublica_2010.pdf)

En las acciones destinadas a la regulación sanitaria y vigilancia del cumplimiento de las normas de las acciones de salud, es necesario involucrar diversos sectores y actores ubicados fuera del sector salud.

Para realizar la monitorización, medición y evaluación es necesario contar con una base de datos confiable que nos permite identificar los servicios personales y no personales existentes en las jurisdicciones sanitarias.

Derivado de que la información producida por el sector salud en México, era recopilada de por lo menos diez sistemas diferentes, cada uno con su método particular de captura, términos, periodos distintos y con objetivos e intereses particulares de cada institución, en septiembre de 2005 se publicó en el Diario Oficial de la Federación(DOF), la Norma Oficial Mexicana **NOM-040-SSA2-2004** en "En Materia de Información en salud" la cual tiene por objeto establecer los criterios para integrar, organizar, procesar, analizar, y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del sistema nacional de salud, respondiendo a la necesidad de contar

con un sistema de información único e integrado que sirva de apoyo para la toma de decisiones, que oriente al proceso de planeación, la gestión de programas y servicios.<sup>24</sup>

Posteriormente, en noviembre de 2012 se realiza la modificación de la norma oficial mexicana anteriormente descrita, quedando como **NOM -035-SSA3-2012**, en la que resalta la integración de una Clave Única de Establecimientos de salud (CLUES) como un identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en salud de manera obligatoria a cada establecimiento de salud (entre los que se encuentran: unidades médicas, laboratorios, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas, sean éstos fijos o móviles) que exista en el territorio nacional, sea público, privado o social, y con la cual se identifica toda la información reportada por el mismo a cada uno de los componentes del Sistema Nacional de Información en Salud.<sup>25</sup>

Para conocer los detalles de uso y aplicación de las CLUES, en diciembre del mismo año se publica en el Diario Oficial de la Federación el “Acuerdo por el que se emiten los lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la clave única de establecimientos de salud”, cuya finalidad es mejorar el flujo de información del catálogo, además de mejorar la calidad y oportunidad del proceso de integración de establecimientos al Sistema Nacional de Salud.<sup>26</sup>

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE), a efecto de garantizar la presencia y funcionalidad de los establecimientos de salud, que busquen obtener recursos del Sistema de Protección Social en Salud a través del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) Busca validar técnicamente los establecimientos de salud mediante la acreditación.

La acreditación tiene como propósito garantizar las condiciones fundamentales para llevar a cabo procesos de atención de la salud, así como para la calidad y seguridad de los pacientes. Este proceso consiste en evaluar un establecimiento de salud, fijo o móvil, público o privado, que determine si cuenta con los mínimos indispensables para otorgar servicios definidos por el Sistema de Protección social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Posterior a la evaluación se emite un dictamen de acreditación el cual constituye un requisito para que los prestadores de servicios sean incorporados al régimen estatal.<sup>27</sup>

La base de datos proporcionada por la Dirección General de Información en salud (DGIS) a través de su catálogo CLUES, muestra solo información en su mayoría de servicios de salud públicos, sin mostrar datos de establecimientos de salud de carácter comercial, como lo son los consultorios médicos adyacentes a farmacias, consultorios dentales del sector privado, guarderías del sector privado y demás establecimientos que por su infraestructura pudiesen ser utilizados para integrar una RISS.

El Instituto Nacional de Estadística y geografía (INEGI) en el año 2010 recabó la información obtenida de los censos económicos y puso a disposición pública el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENU). Esta base de datos proporciona información actualizada de las unidades económicas, cuyas actividades están clasificadas en todos los sectores del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, 2013 (SIAN México), el cual es el clasificador obligatorio para las unidades del estado que generan estadísticas económicas de acuerdo con el

DOF publicado el 10 de julio de 2009. El clasificador en mención se encuentra en la siguiente ruta: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/scian> (última consulta 08 de diciembre de 2015).<sup>28</sup>

El orden de presentación de los sectores en el SCIAN México 2013, tiene su base en la agrupación tradicional de actividades económicas en tres grandes grupos:

- Actividades primarias, es decir, las que se relacionan con el aprovechamiento directo de los recursos naturales.
- Actividades secundarias mediante las cuales se efectúa la transformación de todo tipo de bienes o productos.
- Actividades terciarias que se refieren al comercio y los servicios.

Dentro de las actividades terciarias el SCIAN clasifica al sector 62 el cual comprende las unidades económicas dedicadas a proporcionar servicios de cuidados de la salud y de asistencia social.<sup>28</sup>

Las unidades económicas incluidas en el DENUÉ están ubicadas a lo largo del territorio nacional; para su estudio, el INEGI divide el territorio en áreas geográficas que tienen tres niveles de desagregación:

- Área geoestadísticas estatal (AGEE): extensión territorial que contiene todos los municipios que pertenecen a una entidad federativa o delegaciones para el caso de la Ciudad de México definidos por límites geoestadísticos que se apegan en lo posible en los límites político administrativos.
- Área geoestadística municipal (AGEM): extensión territorial integrada por cada uno de los municipios del país o delegaciones para el caso de la Ciudad de México definidos por límites geoestadísticos que se apegan en lo posible en los límites político administrativos.
- Área geoestadística básica (AGEB) que puede ser urbana o rural.<sup>29</sup>
  - Área geoestadística urbana: extensión territorial de las localidades estadísticas urbanas, conformada por un conjunto de manzanas que generalmente incluyen de una hasta cincuenta, delimitadas principalmente por calles, avenidas y andadores.
  - Área geoestadística rural: es donde el uso del suelo se destina, principalmente, a actividades agropecuarias o forestales, y generalmente está constituida por superficies de 11 mil hectáreas en promedio que pueden o no contener localidades.

Las unidades económicas que el DENUÉ incluye, están ubicadas en las 32 entidades federativas; 2 mil 457 municipios estadísticos; 4 mil 543 localidades estadísticas urbanas, 7 mil 150 rurales, 755 localidades económicas y 890 mil 577 manzanas en las que se sitúa al menos un establecimiento. Cabe mencionar que esta base de datos fue actualizada en el año 2014 con base en el recorrido que realizado en los censos económicos del mismo año.

Es posible que la información recabada por el DENUÉ sea visualizada a través del mapa digital de México que es impulsado por el INEGI en dos plataformas diferentes, una versión disponible para su consulta en Internet y la versión de escritorio que integra información de los elementos que conforman el entorno geográfico del país y permite relacionarlos con información estadística, tablas de datos y documentación, entre otras capacidades.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como ya se ha mencionado, el sistema de salud en México es un sistema fragmentado, en el cual la comunicación entre las diferentes instituciones de salud es escasa o nula; inclusive la comunicación y organización entre niveles de atención de una misma institución se dificulta, lo que repercute en el acceso a los servicios de salud y la atención de la población.

La oferta de servicios de salud en el primer nivel de atención no ha sido la ideal para cada región del país, lo que ocasiona que las enfermedades, en especial las crónico-degenerativas, sean identificadas en segundo y tercer nivel de atención causando una mayor demanda de estos servicios de salud.

A pesar de los programas desarrollados en el país (SILOS, MASPA, MIDAS, MAI), no se ha logrado fortalecer los servicios de Atención Primaria a la Salud ni consolidar en las jurisdicciones sanitarias la supervisión y el logro de las metas planteadas desde la rectoría de la SSA.

Actualmente no se cuenta con una herramienta metodológica que homologue los elementos necesarios para la identificación de redes de servicios de salud dentro del contexto de nuestro país; la organización, el análisis y seguimiento de indicadores o metas para la resolución de las necesidades de los servicios de salud que requiere determinada población permitiría a través del tiempo desarrollar redes de servicios de salud acordes a la situación de salud de la población.

## JUSTIFICACIÓN

En respuesta a las consecuencias negativas documentadas de los sistemas sanitarios segmentados y fragmentados, la OPS propone implementar las RISS. Con esto se facilitaría el acceso oportuno a servicios de primer nivel de atención, cuando sean requeridos; se mejoraría el acceso a otros niveles de atención, con lo que se evitaría la duplicación innecesaria las acciones administrativas y médicas; mejorarían las decisiones compartidas entre el prestador y el paciente, y facilitarían la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de enfermedades crónicas.<sup>1</sup>

En México se han realizado esfuerzos para lograr la cobertura universal y el acercamiento de los servicios de salud a las personas carentes de seguridad en salud, pese a estos esfuerzos no se ha logrado consolidar este objetivo.

Un sistema funcional de RISS sería un aspecto esencial para dar forma a la cobertura universal; por lo que el análisis funcional de las redes de servicios de salud a través de una herramienta metodológica que marque la pauta para la identificación de la situación de la red, constituye un elemento básico para lograr dicho objetivo.

Es necesario desarrollar una herramienta metodológica, que utilice la información existente y generada por las diferentes instituciones de nuestro país, que permita integrar y organizar la información disponible con relación a las características sociodemográficas de las personas y sus determinantes de salud, así como los servicios de salud disponibles en el área en la que habitan, con el objetivo de ofertar los servicios de salud de acuerdo a las necesidades de la población a cargo.

La rectoría ejercida desde las jurisdicciones sanitarias es clave para el desarrollo de un sistema de RISS, por lo que para este proyecto se perfila a los centros de salud TIII de la Ciudad de México como primera línea de organización y administración de los establecimientos de salud que se encuentran dentro de sus delimitaciones.

Dentro del programa académico de la Maestría en Salud Pública (MSP) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en la sede Tlalpan, se encuentra la unidad didáctica: Diagnóstico Integral de Salud Poblacional (DISP) la cual se desarrolla en una comunidad específica de la Jurisdicción Tlalpan. Los alumnos de la MSP generación 2014-2016 del INSP desarrollaron su DISP en los AGEB de correspondencia del Centro de Salud TIII Pedregal de las Águilas. De tal manera, que al conocer el área de estudio, se tenía un mejor contexto de la zona, siendo este el motivo por el cual fue seleccionada dicha jurisdicción y el Centro de salud antes mencionado.

## OBJETIVO GENERAL

Generar una guía metodológica-instrumental que defina los contenidos a desarrollar, la secuencia y la organización funcional desde un enfoque local (jurisdicciones sanitarias) de redes de servicios de salud.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Crear un marco conceptual y operativo sobre las redes integradas de servicios de salud a nivel jurisdiccional tomando como referente el modelo de redes de salud de la OPS.
2. Diseñar una serie de lineamientos metodológicos para la identificación y funcionalidad de las redes de servicios de salud.
3. Generar un instrumento integrador que recabe información y sirva de insumo para el análisis del funcionamiento de redes integradas de servicios de salud.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de este proyecto, fue necesario utilizar las bases de datos del INEGI, las cuales, contienen información útil para la planeación y desarrollo de RISS. El INEGI obtiene su información por tres tipos de fuentes: censos, encuestas y registros administrativos. Es de interés de este proyecto, el censo de población y vivienda de 2010 y el censo económico del mismo año, así como el DENUE y la herramienta de mapa digital como principal generador de imágenes geográficas y de referencia.

Se utilizó la herramienta de mapa digital para graficar en la zona de la jurisdicción Tlalpan los establecimientos reportados por el DENUE y se comparó con los establecimientos con clave CLUES.

La información del censo de población y vivienda de 2010 generó información de gran utilidad a través de la herramienta del mapa digital que permitió realizar el análisis de las características sociodemográficas de la población que habita en la delegación Tlalpan.

Se delimitó el área que corresponde al centro de salud T III del Pedregal de las Águilas con la finalidad de graficar de manera local la posible red de servicios de salud, identificando los establecimientos que conformaría una RISS.

El análisis de las diferentes bases de datos graficados a través del mapa digital, permitió la creación de indicadores que pudieran medir las acciones de atención primaria de la salud, con la finalidad de fortalecer dicho modelo de atención a la salud.

El estudio se llevó a cabo durante el período Junio- diciembre 2015; sin embargo, la redacción de la presente propuesta dio inicio desde diciembre 2014.

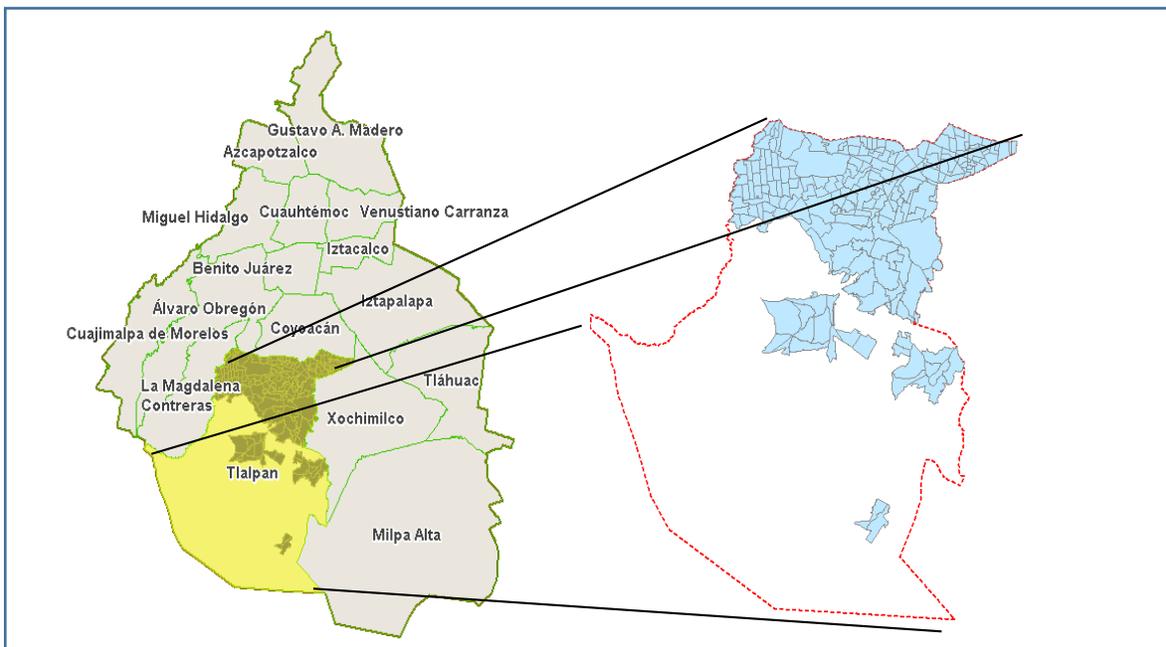
## RESULTADOS

La finalidad de este proyecto fue el desarrollo de una guía metodológica que permita el análisis de la información existente en salud que generan diferentes instituciones en el país tales como el INEGI, DGIS, entre otras, a las cuales el acceso sea de forma general sin necesidad de tener autorización o claves para su acceso.

Para poder realizar el análisis fue necesario consultar los datos correspondientes en primer lugar, a los establecimientos de salud ubicados en la jurisdicción sanitaria de Tlalpan. Los datos que proporcionó la DGIS, muestran un total de 94 establecimientos de salud con CLUES, de los cuales 49 corresponden a SSA, 24 a establecimientos de salud privados, 6 a IMSS PROSPERA, 5 a ISSSTE, 3 A IMSS, 4 CLUES correspondientes al DIF, 1 clave de PEMEX, 1 de SEDENA Y 1 de SEMAR.

La información disponible por parte de la DGIS se encuentra publicada en los cubos dinámicos: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos.html) (Última consulta 08 de diciembre de 2015) y solo contempla los establecimientos de salud que cuentan con el registro y la CLUES.

**Figura 2.** Delegación Tlalpan

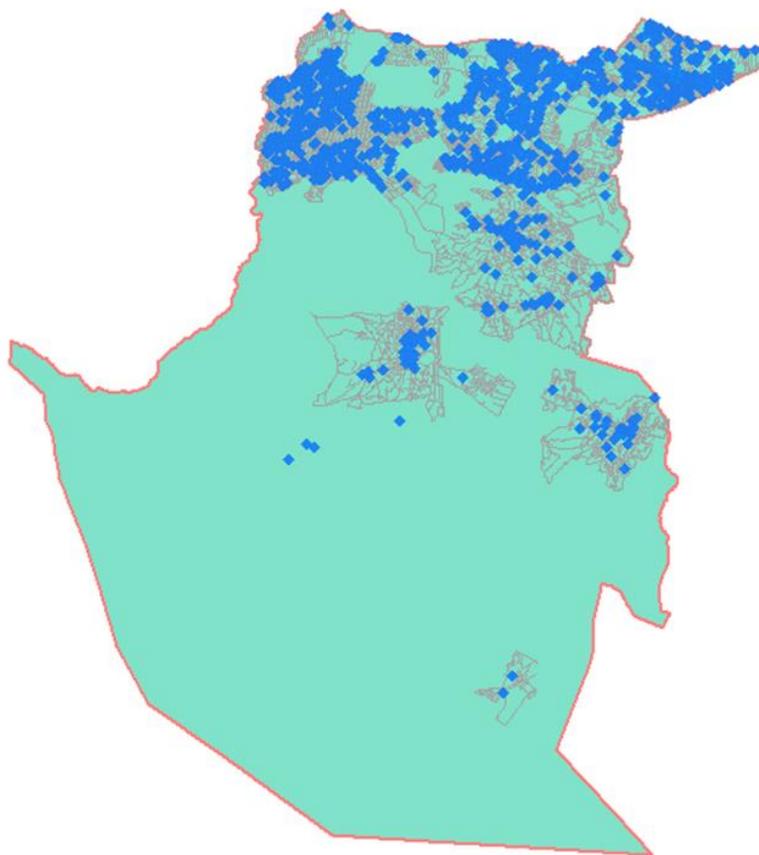


Fuente: Mapa Digital. INEGI 2015

Además de la base de datos que genera la DGIS sobre establecimientos de salud, el INEGI a través del DENU, en el apartado de servicios de salud y asistencia social, muestra los establecimientos relacionados a esta actividad económica, la cual define con la clave 62. Se consultó el sistema de Clasificación Industrial de América del Norte SCIAN 2013, en el cual se basa el INEGI para la clasificación de las unidades económicas. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825051693> (Última consulta 08 de Diciembre de 2015).

De acuerdo a la información que presenta el DENU de la jurisdicción Tlalpan relacionada a los establecimientos de salud y asistencia social, existen 1920 establecimientos dedicados a esta actividad económica, incluidos los 94 establecimientos reportados por la DGIS.

**Figura 3.** Distribución y localización de los establecimientos de servicios de salud y asistencia social en la delegación Tlalpan reportados por el DENU 2015



Fuente: Mapa Digital. INEGI 2015

En la tabla 1 se clasifica a los establecimientos por tipo de actividad económica que existen en la jurisdicción Tlalpan. El 25% corresponde a servicios dentales del sector privado, siendo estos

establecimientos los de mayor presencia, seguido de los consultorios de medicina especializada del sector privado con 24% y en tercer lugar con un 16% por los consultorios de medicina general del sector privado. En contraste el sector público representa el 5% del total de servicios de salud.

**Tabla 1.** Establecimientos de salud y asistencia social de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, Ciudad de México.

<b>Total de establecimientos</b>	<b>Código de la clase de actividad SCIAN</b>	<b>Nombre de clase de la actividad</b>
118	624191	Agrupaciones de autoayuda para alcohólicos y personas con otras adicciones
8	623311	Asilos y otras residencias del sector privado para el cuidado de ancianos
6	624122	Centros del sector público dedicados a la atención y cuidado diurno de ancianos y discapacitados
4	624121	Centros del sector privado dedicados a la atención y cuidado diurno de ancianos y discapacitados
8	621116	Clínicas de consultorios médicos del sector público
13	621115	Clínicas de consultorios médicos del sector privado
2	621114	Consultorios de medicina especializada del sector público
458	621113	Consultorios de medicina especializada del sector privado
22	621112	Consultorios de medicina general del sector público
311	621111	Consultorios de medicina general del sector privado
27	621391	Consultorios de nutriólogos y dietistas del sector privado
2	621320	Consultorios de optometría
1	621332	Consultorios de psicología del sector público
57	621331	Consultorios de psicología del sector privado
13	621311	Consultorios de quiropráctica del sector privado
1	621342	Consultorios del sector público de audiología y de terapia ocupacional, física y del lenguaje
22	621341	Consultorios del sector privado de audiología y de terapia ocupacional, física y del lenguaje

3	621212	Consultorios dentales del sector público
477	621211	Consultorios dentales del sector privado
23	624412	Guarderías del sector público
71	624411	Guarderías del sector privado
2	622312	Hospitales del sector público de otras especialidades médicas
9	622311	Hospitales del sector privado de otras especialidades médicas
20	622112	Hospitales generales del sector público
9	622111	Hospitales generales del sector privado
3	622212	Hospitales psiquiátricos y para el tratamiento por adicción del sector público
2	621512	Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector público
56	621511	Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector privado
1	623992	Orfanatos y otras residencias de asistencia social del sector público
13	623991	Orfanatos y otras residencias de asistencia social del sector privado
1	621492	Otros centros del sector público para la atención de pacientes que no requieren hospitalización
8	621491	Otros centros del sector privado para la atención de pacientes que no requieren hospitalización
3	621399	Otros consultorios del sector público para el cuidado de la salud
88	621398	Otros consultorios del sector privado para el cuidado de la salud
7	624199	Otros servicios de orientación y trabajo social prestados por el sector público
1	624221	Refugios temporales comunitarios del sector privado
2	623111	Residencias del sector privado con cuidados de enfermeras para enfermos convalecientes, en rehabilitación, incurables y terminales
1	623211	Residencias del sector privado para el cuidado de personas con problemas de retardo mental
1	623221	Residencias del sector privado para el cuidado de personas con

		problemas de trastorno mental y adicción
13	624212	Servicios de alimentación comunitarios prestados por el sector público
10	624211	Servicios de alimentación comunitarios prestados por el sector privado
1	621910	Servicios de ambulancias
2	621991	Servicios de bancos de órganos, bancos de sangre y otros servicios auxiliares al tratamiento médico prestados por el sector privado
1	624312	Servicios de capacitación para el trabajo prestados por el sector público para personas desempleadas, subempleadas o discapacitadas
2	621610	Servicios de enfermería a domicilio
16	624112	Servicios de orientación y trabajo social para la niñez y la juventud prestados por el sector público
1	624111	Servicios de orientación y trabajo social para la niñez y la juventud prestados por el sector privado

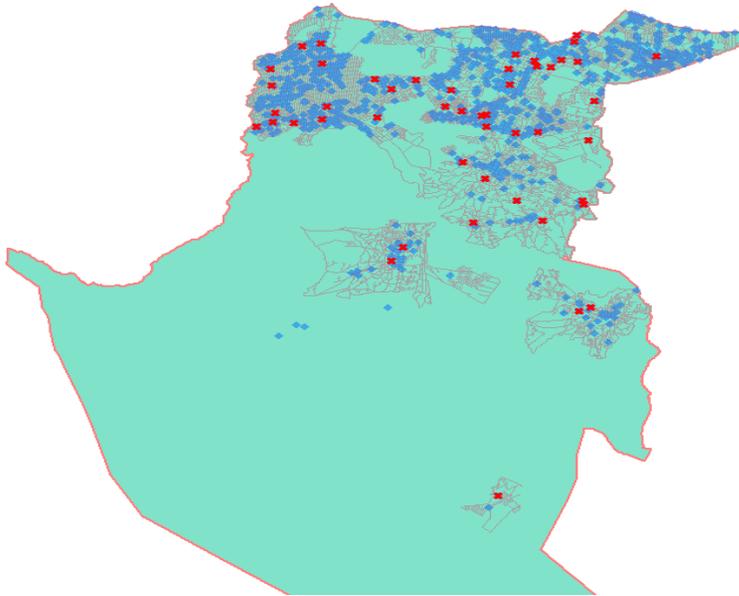
Total de establecimientos: 1920

Fuente: DENUE 2015. INEGI

De acuerdo a datos del INEGI, en la Delegación Tlalpan existen 641 550 habitantes, quienes resuelven sus necesidades de salud en algunos de los 1920 establecimientos de salud de la zona.

De acuerdo con lo observado se realizó el siguiente indicador con la finalidad de medir la rectoría de la Secretaría de Salud ante los establecimientos de salud existentes en la jurisdicción Tlalpan.

**Indicador 1.** Establecimientos de salud y asistencia social de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, Ciudad de México.



**Descripción de los términos de la formula**

Se considera en el numerador a los establecimientos de salud que cuentan con CLUES según la DGIS

En el denominador se incluirá al total de unidades económicas reportadas por el INEGI como establecimientos de servicios de salud y asistencia social de la Jurisdicción Tlalpan.

**Nombre del indicador:**

Establecimientos de salud y asistencia social de la jurisdicción Tlalpan, Ciudad de México.

**Objetivo del indicador:**

Identificar el total de establecimientos de salud del que se tiene conocimiento por parte de la secretaria de salud.

**Formula del indicador:**

$$\frac{\text{Número de Establecimientos de salud con CLUES}}{\text{Número de unidades económicas dedicadas a la salud y asistencia social reportadas por INEGI}}$$

$$94/1920 = 0.049 \times 100 = 4.89\%$$

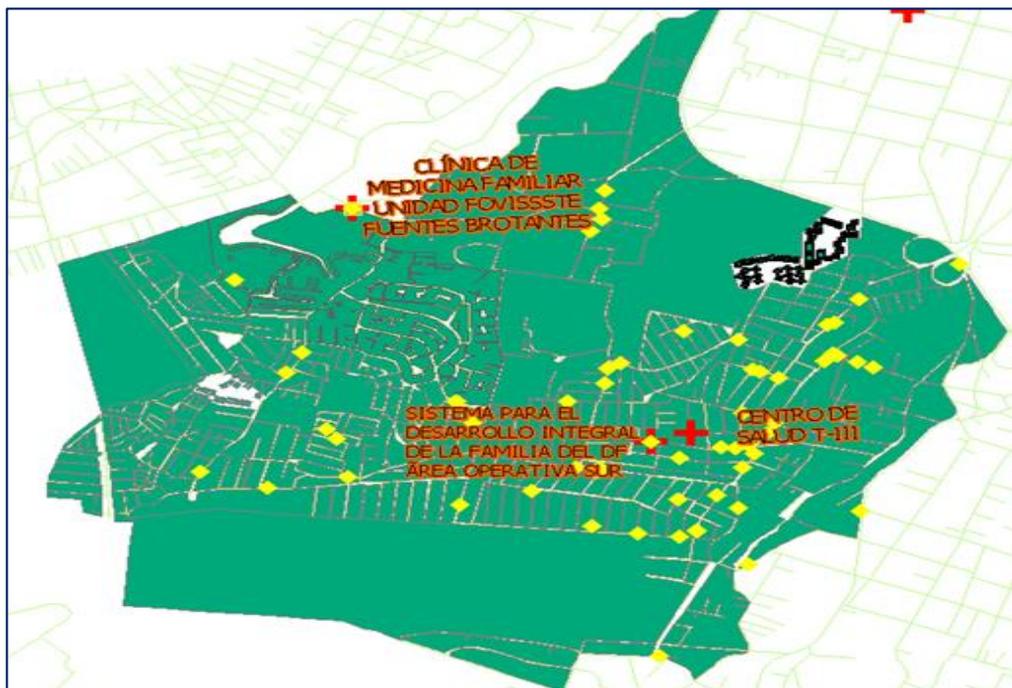
**Interpretación del indicador**

A menor proporción de establecimientos registrados ante la DGIS mediante la CLUES, menor capacidad de rectoría de la jurisdicción sanitaria.

Fuente: Elaboración Propia



**Figura 5.** Establecimientos de servicios de salud y asistencia social existentes en las 16 AGEB de



responsabilidad del Centro de Salud T III Pedregal de las Águilas

Fuente: Mapa Digital. INEGI 2015

-  Establecimientos de salud y asistencia social reportados por el DENE 2015
-  Establecimientos de Salud con CLUES.

En el área de los 16 AGEB se logró identificar 110 establecimientos del código 62 del SCIAN, referente a servicios de salud y asistencia social, en donde se clasifican los establecimientos o unidades económicas dedicadas a proporcionar dichos servicios. Del total de establecimientos con código 62 reportados por el DENE, solo tres establecimientos cuentan con CLUES.

En la tabla 2 se detalla el nombre del establecimiento, lo que permite conocer el tipo de actividad específica que se realiza en los establecimientos reportados. Coincide que el mayor porcentaje de establecimientos son de carácter privado, predominando los consultorios dentales del sector privado.

**Tabla 2.** Establecimientos de salud y asistencia social en los 16 AGEB del Centro de Salud T III Pedregal de las Águilas.

Código de la clase de actividad SCIAN	Nombre de clase de la actividad	Nombre del establecimiento	AGEB	Número de establecimientos	Número Total
624191	Agrupaciones de autoayuda para alcohólicos y personas con otras adicciones	Alcohólicos anónimos (AA)	1072	1	11
		Alcohólicos anónimos "Arca de Noé"	1123	1	
		Alcohólicos anónimos	1142	1	
		Alcohólicos anónimos "Camino a la vida"	1161	6	
		AA Grupo reencuentro	1424	1	
		AA "Una visión para ti"	2278	1	
624122	Centros del sector público dedicados a la atención y cuidado diurno de ancianos y discapacitados.	Centro de convivencia para pensionados y jubilados ISSSTE CONVIVE	2085	1	1
621116	Clínicas de consultorios médicos del sector público.	Casa de la Salud	2225	1	1
621115	Clínicas de consultorios médicos del sector privado.	Clínica Santísima Trinidad	223A	1	1
621113	Consultorios de medicina especializada del sector privado.	Consultorio Médico	1123	1	5
		Electro acupuntura, Óptica Lince	1119	2	
		Consultorio Optométrico	939	1	
		Ortopedista sin Nombre	2225	1	
621112	Consultorios de medicina general del sector público.	Casa de Salud Texcaltenco	223A	1	3
		Consultorios periféricos de la delegación Tlalpan	1566	1	
		<b>*Sistema para el desarrollo integral de la familia del DF, Área operativa Sur</b>	1119	1	
621111	Consultorios de medicina general del sector privado.	Fundación Best A. C.	939	1	13
		Servicio médico Karbel	1072	1	
		Medicina General	1104	4	
		Clínica Centro de Atención a la mujer CAME	1119	2	
		Consultorio Médico	1142	1	
		Consultorio Médico	1161	2	
		Consultorio Médico	1424	1	

		Consultorio Médico	2225	1	
621331	Consultorios de psicología del sector privado.	Psicóloga	1072	1	7
		Consultorio de Psicología	1104	2	
		Oficina Particular de Psicólogo	1142	1	
		Centro comunitario "Los Volcanes"/ Centro Psicopedagógico "Practicando y Aprendiendo"	1161	2	
		Centro de atención psicológica	2225	1	
621311	Consultorios de quiropráctica del sector privado.	"Sobadas"	1142	1	1
621341	Consultorios del sector privado de audiología y de terapia ocupacional, física y del lenguaje.	Centros de rehabilitación "Nueva Entidad" A.C. (Adicciones)	939	1	1
621211	Consultorios dentales del sector privado.	Quality Dental Clinic	939	2	37
		Clínica dental "Fuentes y Salgado"	1072	4	
		Dentista Ortodoncista	1104	1	
		Consultorio dental	1119	6	
		Grupo de especialidades Médicas dentales	1123	5	
		Consultorio dental	1142	4	
		Consultorio dental	1161	7	
		Odontología Integral	1424	3	
		Consultorio dental	2225	1	
		Consultorio dental	2278	1	
		Consultorio dental	2282	2	
		Consultorio dental	223A	1	
624411	Guarderías del sector privado.	Centro infantil "Los burundis crecemos Juntos"	1123	1	4
		Centro infantil Simba / Estancia Infantil "Solecito Feliz"	223A	2	
		Estancia Infantil Paal Y Kei Ki Li	1142	1	
622112	Hospitales generales del sector público.	<b>*Centro de Salud T- III</b>	1119	1	2
		<b>*Clínica de Medicina Familiar Unidad FOVISSSTE "Fuentes Brotantes"</b>	2085	1	

<b>621511</b>	Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector privado.	Laboratorio ALVA LAV / Servicios de análisis clínicos Laboratorio Tlalcoligía	1119	2	4
		Laboratorios para diagnóstico clínico Alva Lav	1123	1	
		Ultrasonido y Diagnóstico	1104	1	
<b>623991</b>	Orfanatos y otras residencias de asistencia social del sector privado.	Casa Cuna "Oasis del Niño"	939	1	2
		Fundación Infantil Ronald Mcdonald	1072	1	
<b>621491</b>	Otros centros del sector privado para la atención de pacientes que no requieren hospitalización.	Soporte renal integral	1072	1	1
<b>621398</b>	Otros consultorios del sector privado para el cuidado de la salud.	Terapia Corporal	1072	1	6
		Acupuntura	1161	1	
		Tienda Naturista y medicina alternativa	1104	1	
		Consultorio de Medicina Tradicional	1119	1	
		Consultorio de podología	1123	1	
		Clínica Podológica	1142	1	
<b>624199</b>	Otros servicios de orientación y trabajo social prestados por el sector público.	Unidad de Atención y prevención de la violencia familiar	939	1	1
<b>624221</b>	Refugios temporales comunitarios del sector privado.	Unión de los vecinos de los Volcanes A.C.	1142	1	1
<b>624212</b>	Servicios de alimentación comunitarios prestados por el sector público.	Centro Comunitario DIF	2225	1	1
<b>624211</b>	Servicios de alimentación comunitarios prestados por el sector privado.	Comedor Comunitario 49	2278	1	2
		Comedor Santa María A.C.	223A	1	
<b>621910</b>	Servicios de ambulancias	XE Ingeniería Médica	1123	1	1
<b>621610</b>	Servicios de enfermería a domicilio	Servicio de Enfermería	1104	1	1
<b>624112</b>	Servicios de orientación y trabajo social para la niñez y la juventud prestados por el sector público.	Centro comunitario Ceforma	2085	1	2
		Centro Comunitario Tlalcoligia	1119	1	
<b>624111</b>	Servicios de orientación y trabajo social para la niñez y la juventud prestados por el	Centro comunitario de desarrollo infantil "Las Palomas" A.C.	2278	1	1

	sector privado.				
				110	110

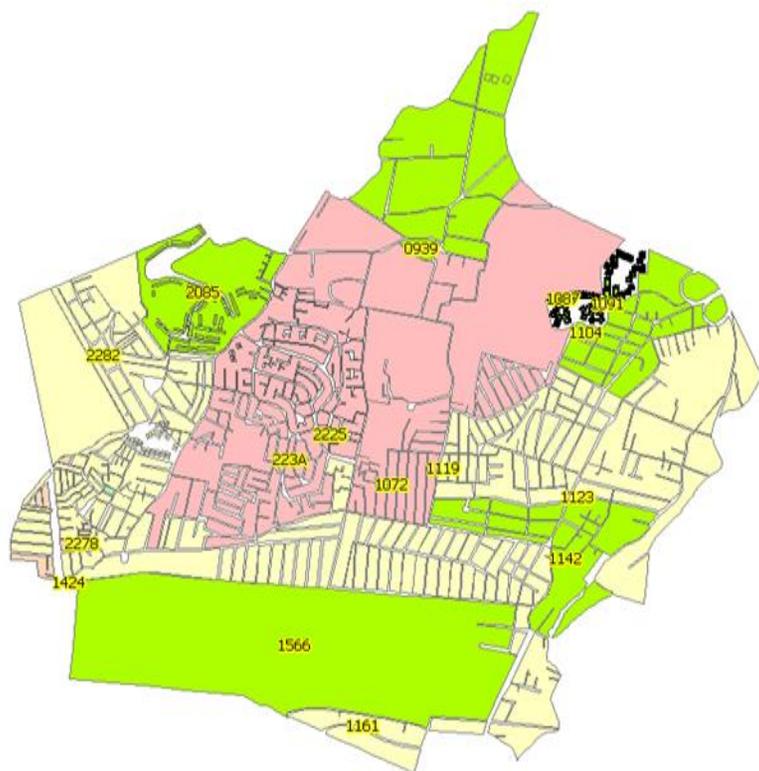
Fuente: DENUÉ 2015. INEGI

\* Establecimiento de salud que cuentan con CLUES

Derivado de esta información se crearon indicadores sobre la capacidad para realizar acciones de Atención Primaria de la Salud, Utilizando los establecimientos que existen dentro del área de responsabilidad del Centro de Salud Pedregal de las Águilas. Se tomó como referente las acciones que fueron consideradas en las Cartillas Nacionales de Salud dentro de la estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud que encuentran publicadas en la página de internet <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas.html> (Última consulta 08 de Diciembre de 2015) , en las que se impulsan acciones de carácter preventivo con la finalidad de reducir el impacto de las secuelas por tratamientos tardíos de enfermedades y lesiones en individuos, familias y comunidades.

Se identificó a través de mapa digital, la derechohabiencia a instituciones de salud de las personas que habitan en el área de estudio. Se encontró que de la población que habitan en los AGEb de responsabilidad del centro de salud el 44% no cuenta con algún servicio de salud, 31% son derechohabientes del IMSS, 16% corresponde al ISSSTE, 4.5% al Seguro Popular.

## Indicador 2. Derechohabiencia a Instituciones de Servicios de Salud



### Descripción de los términos de la formula

Se considera en el numerador a los habitantes reportados ante el INEGI sin derechohabiencia a instituciones de seguridad social

En el denominador se incluirá al total de habitantes reportados por el INEGI En el censo de población y vivienda 2010

### Nombre del indicador:

Derechohabiencia a Instituciones de servicios de salud

### Objetivo del indicador:

Identificar el porcentaje de habitantes que pueden ser atendidos por la posible red de servicios de salud

### Formula del indicador:

$$\frac{\text{Número de habitantes sin derechohabiencia a instituciones de servicios de salud}}{\text{Total, de habitantes de la misma población}}$$

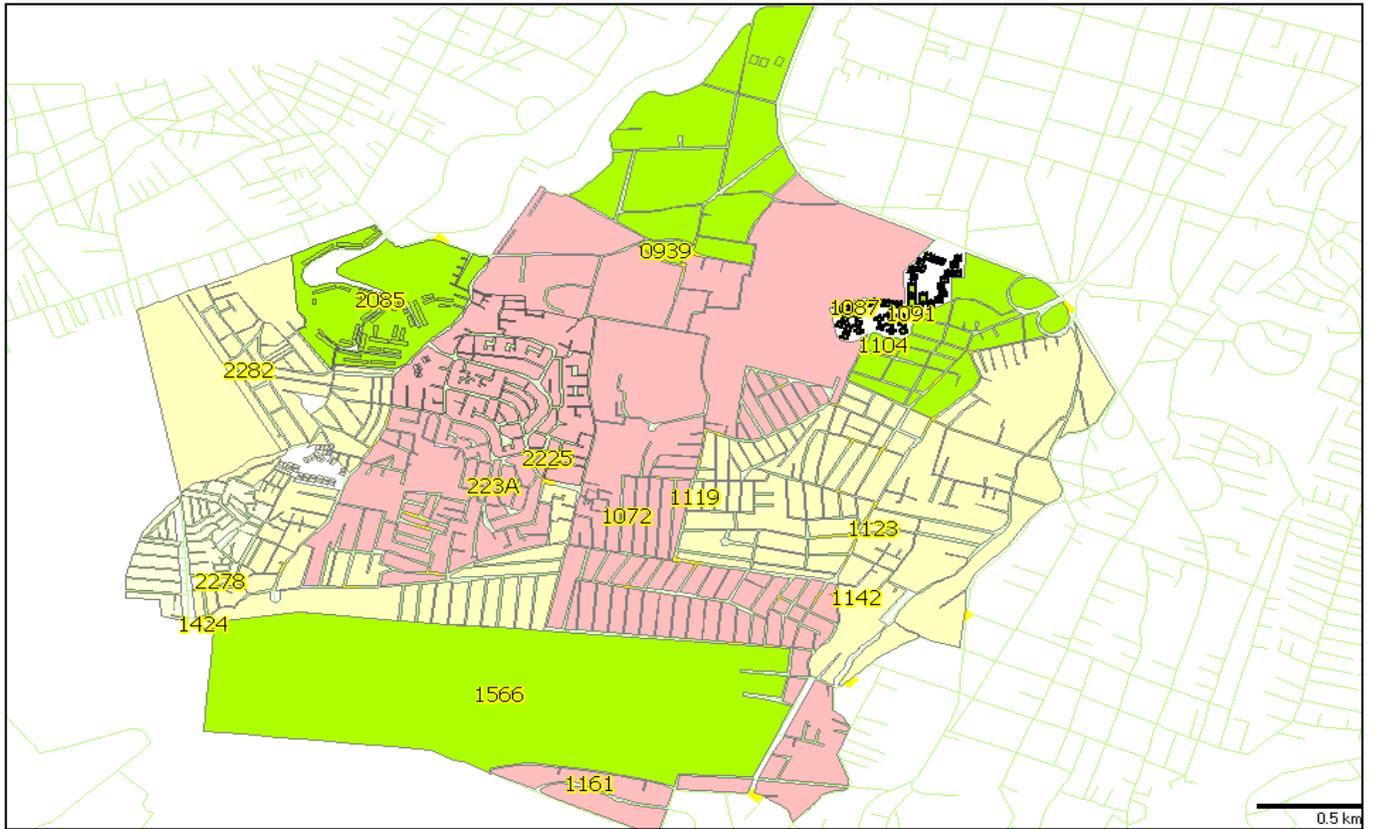
$$28151/63614 = 0.44 \times 100 = 44.3\%$$

### Interpretación del indicador

A mayor porcentaje de habitantes sin derechohabiencia a instituciones de servicios de salud, menor alcance de la red de servicios en las acciones de atención primaria de la salud.

Fuente: Elaboración Propia

**Figura 6.** Distribución de la población en la zona de influencia del Centro de Salud T III Pedregal de las Águilas

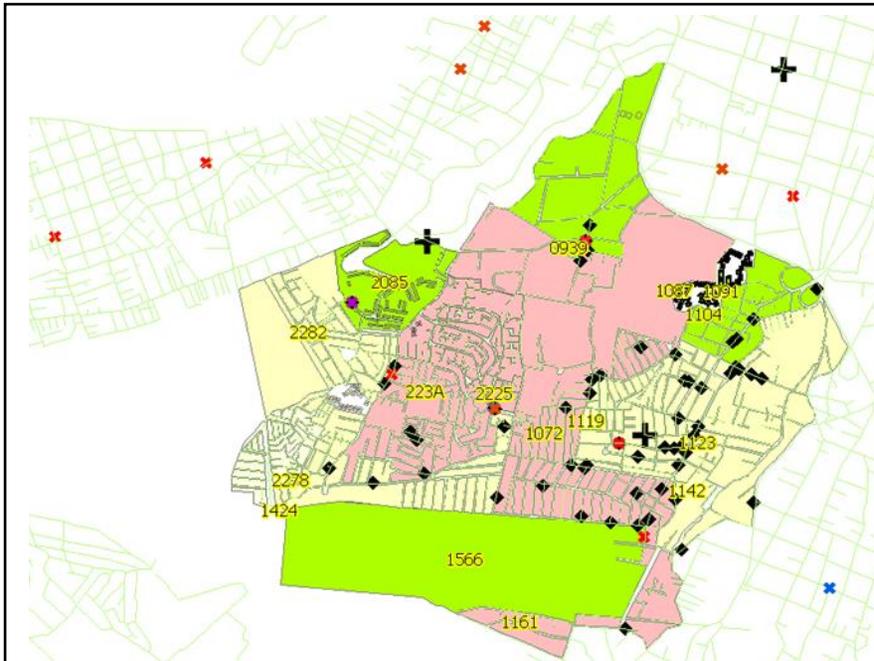


Fuente: Mapa Digital. INEGI 2015

-  AGEB con mayor concentración de Población derechohabiente (2225,223A,1161,1072)
-  AGEB con mediana concentración de Población derechohabiente
-  AGEB con menor concentración de Población derechohabiente



**Indicador 3.** Establecimientos de servicios de salud y asistencia social dentro de los AGEB de responsabilidad del C.S. T III Pedregal de las Águilas.



**Nombre del indicador:**

Establecimientos de servicios de salud y asistencia social dentro de los AGEB de responsabilidad del C.S. T III Pedregal de las Águilas.

**Objetivo del indicador:**

Conocer el número de establecimientos que integran la red de servicios de los que se puede obtener información de las actividades que realiza

**Formula del indicador:**

$$\frac{\text{Número de establecimientos agregados a la red de servicios de salud}}{\text{Número de establecimientos identificados en los AGEB de responsabilidad del C. S.T III Pedregal de las águilas}}$$

$$11/110 = 0.1 \times 100 = 10\%$$

**Descripción de los términos de la formula**

Se considera en el numerador a los establecimientos de salud y asistencia social que han sido agregados a la red local.

En el denominador se incluirá al total de establecimientos reportados por el DENUE 2015

**Interpretación del indicador**

A mayor porcentaje de establecimientos de salud y asistencia social integrados a la red local de servicios de salud, mayor posibilidad de integrar información de las acciones que se realizan en la zona.

Fuente: Elaboración Propia

En el indicador 3, se considera la posibilidad de que los establecimientos reportados por el DENUE 2015 puedan formar parte de la red de servicios de salud desde la rectoría local de cada Centro de Salud T III, formando así una rectoría Jurisdiccional. A mayor número de establecimientos agregados a la red, mayor será el control que se tenga sobre las posibles acciones de salud que se otorguen a la población, lo que fortalecería la rectoría y acercaría las acciones de atención primaria a la población. Para la fórmula del indicador 3 se consideró en el numerador a los establecimientos de salud y asistencia social del sector público reportados por el DENUE 2015.

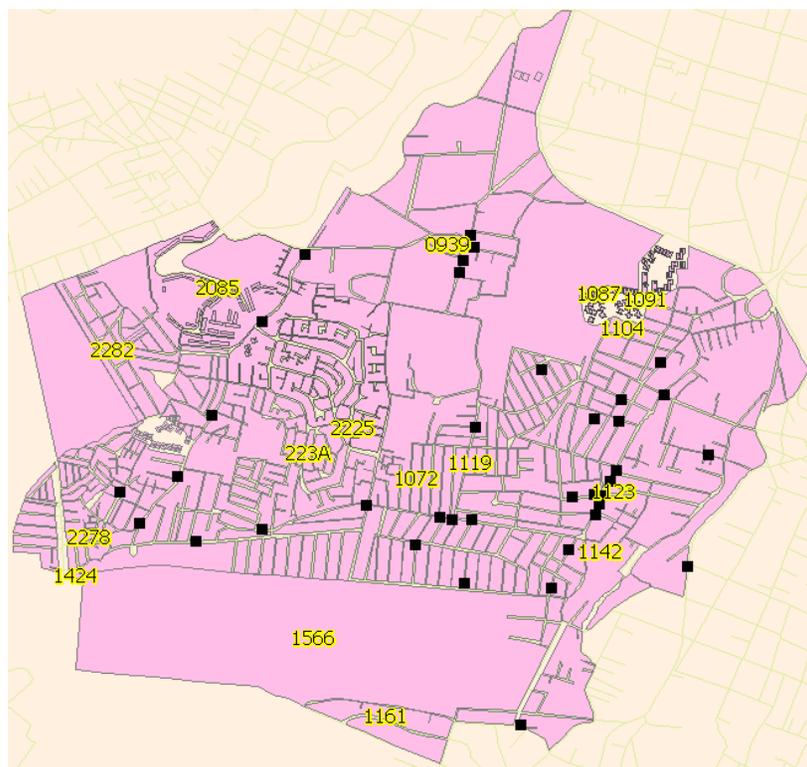
El mayor número de establecimientos de esta zona, corresponden a servicios odontológicos con 37 establecimientos, por lo que, de establecerse la red local de servicios de salud, se podrían realizar las acciones de atención bucal a las que se refieren la Dirección General de Promoción de la Salud en las Cartillas Nacionales de salud en las que se encuentran:

1. Detección de placa bacteriana.
2. Enseñanza de la técnica de cepillado dental (desde el primer año de edad).
3. Aplicación de Flúor (A partir de los 3 años, una vez al año).
4. Enseñanza de uso de hilo dental (A partir de los 8 años de edad).
5. Atención Bucal a embarazadas.
6. Revisión de Tejidos Bucales e higiene de prótesis.

Al realizarse estas acciones dentro de los establecimientos identificados dentro de la red local de salud, será necesario medir el impacto de estas acciones en la población de responsabilidad del C.S. T III, por lo tanto, el Indicador 4, se propone como ejemplo para realizar esta medición, en el cual, el numerador es un número posible de personas atendidas dentro de los establecimientos de la red. Para recabar dicha información será necesario un instrumento organizador de la información donde se registren por grupo de edad y por tipo de acción correspondiente de la población atendida por establecimiento de la red. La tabla 3 se propone como ejemplo de instrumento para la organización de datos de las acciones de salud bucal realizadas, con la que se complementaría el indicador número 4, ya que de esta tabla se obtendría el numerador, desagregando por grupo de edad para conocer el alcance y el avance del indicador de acuerdo a la acción de atención bucal medida.

El grupo de edad tomado en cuenta para la elaboración de la tabla es de acuerdo a datos proporcionados por el INEGI; para un mejor análisis, es recomendado solicitar al INEGI la información por grupo de edad de acuerdo al interés del estudio, por ejemplo, estratificar las edades de acuerdo a lo contemplado en la Cartillas Nacionales de Salud en donde clasifica, de 0 a 9 años a los niños, de 10 a 19 a adolescentes, 20 a 59 años a hombres y mujeres, y a partir de los 60 años a adultos mayores.

#### Indicador 4. Establecimientos de la red de servicios de salud dedicados a la salud bucal



#### Descripción de los términos de la fórmula

En el numerador se incluirá a todas las personas que hayan recibido acciones de atención bucal en los establecimientos de la red local de servicios de salud

Se considera en el denominador al total de Población de los AGEB de responsabilidad del C.S. T III reportado por el INEGI.

#### Nombre del indicador:

Acciones de salud bucal realizadas en la población por los establecimientos de la red de servicios de salud.

#### Objetivo del indicador:

Medir el porcentaje de población con atenciones de salud bucal realizadas en los establecimientos de la red local de salud.

#### Fórmula del indicador:

Número de personas a las que se realizaron acciones de atención bucal

Población Total de los AGEB de Responsabilidad del C.S. T III

$$34877/63614 = 0.54 \times 100 = 54\%$$

#### Interpretación del indicador

A mayor porcentaje de población atendida con acciones de atención bucal, mejor oportunidad de atención preventiva en salud bucal

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla 3.** Instrumento Organizador de acciones de Atención Bucal realizadas a Población de responsabilidad del C.S T III

	<b>0 a 2 años</b>	<b>3 a 11 años</b>	<b>8-17 años</b>	<b>18 - 24 años</b>	<b>15 a 64 años</b>	<b>65 y &gt;</b>
<b>Acciones en Cartilla Nacional de Salud</b>						
Detección de placa bacteriana		<i>1320</i>	<i>1823</i>	<i>491</i>	<i>6196</i>	<i>324</i>
Aplicación de flúor (A partir de los 3 años una vez al año)						
Enseñanza de la técnica de cepillado dental (Desde el primer año de edad)	<i>920</i>	<i>1100</i>	<i>3250</i>	<i>645</i>	<i>7558</i>	<i>226</i>
Enseñanza de uso de hilo dental (A partir de los 8 años de edad)		<i>1691</i>	<i>3581</i>	<i>633</i>	<i>2236</i>	<i>222</i>
Atención bucal a Embarazadas.			<i>461</i>	<i>400</i>	<i>619</i>	
Revisión de tejidos bucales e higiene de prótesis.				<i>9</i>	<i>843</i>	<i>329</i>
<b>Totales</b>	<i>920</i>	<i>4111</i>	<i>9115</i>	<i>2178</i>	<i>17452</i>	<i>1101</i>
<b>*Población Potencial</b>	<b>2634</b>	<b>8960</b>	<b>13066</b>	<b>7753</b>	<b>44046</b>	<b>3765</b>
<b>Porcentaje alcanzado</b>	<b>35%</b>	<b>46%</b>	<b>69%</b>	<b>28%</b>	<b>39%</b>	<b>29%</b>

Fuente: Elaboración Propia. Los datos presentados en cursivas fueron puestos al azar tratando de ejemplificar lo que se esperaba que reportaran los establecimientos integrados a la red y su análisis con relación a lo reportado por INEGI.

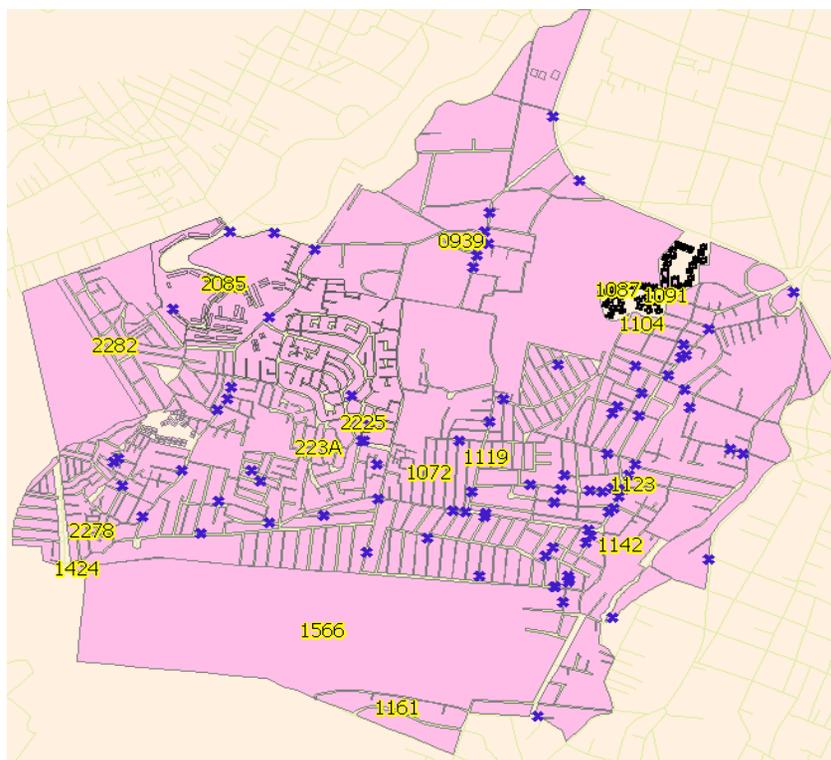
\*Población reportada por el censo de población y vivienda INEGI 2010.

El indicador 5 hace referencia a las posibles acciones de educación para la salud que se pueden realizar en los establecimientos de salud y asistencia social funcionando como red de servicios de salud. El numerador utilizado en la fórmula de este indicador solo es ejemplo y no hace referencia a algún dato del que se tenga conocimiento. Los temas de educación para la salud que contienen las cartillas nacionales de salud, pudieran ser impartidos por la mayoría de los establecimientos que se encuentran dentro de la red de servicios y a su vez ser medidos a través de un indicador. Los temas son los siguientes:

1. Alimentación correcta
2. Actividad física
3. Salud bucal
4. Signos y síntomas de alarma para enfermedades diarreicas agudas, e infecciones respiratorias agudas.
5. Salud sexual y reproductiva.
6. Salud mental.
7. Violencia Familiar y de género.
8. Envejecimiento saludable
9. Higiene postural
10. Prevención de accidentes
11. Prevención y tratamiento de adicciones.
12. Infecciones de transmisión sexual, VIH /SIDA
13. Prevención de Tuberculosis
14. Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino y mamario.
15. Sobre peso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias
16. Entorno favorable a la salud.

Será necesario realizar un análisis detallado de las actividades que se realizan en los establecimientos de salud y asistencia social de la red de servicios que permita identificar los establecimientos de mejor elección para atender las necesidades de la población, es decir, las que sean de mejor referencia para el tema que sea requerido. La tabla 4 se presenta como ejemplo del análisis de establecimientos con posibilidad de orientar sobre temas de educación para la salud. Los datos utilizados para la elaboración de la tabla 4 provienen de la información analizada de la tabla 2.

**Indicador 5.** Establecimientos de la red de servicios de salud que realicen actividades de educación para la salud



**Nombre del indicador:**

Población informada sobre temas de salud, en los establecimientos de la red de servicios de salud

**Objetivo del indicador:**

Medir el porcentaje de población a la que se informó sobre temas de educación para la salud dentro de la red de servicios.

**Formula del indicador:**

Número de personas a las que se informó sobre temas de educación para la salud dentro de la red de servicios.  
Población Total de los AGEB de Responsabilidad del C.S. T III

$$977/63614 = 0.015 \times 100 = 1.5\%$$

**Descripción de los términos de la formula**

En el numerador se incluirá a todas las personas que hayan sido informados sobre temas de educación para la salud, en los establecimientos de la red local de servicios de salud

Se considera en el denominador al total de Población de los AGEB de responsabilidad del C.S. T III reportado por el INEGI.

**Interpretación del indicador**

A mayor porcentaje de población informada sobre temas de salud, mejor oportunidad de prevención de enfermedades y lesiones en individuos, familias y comunidades.

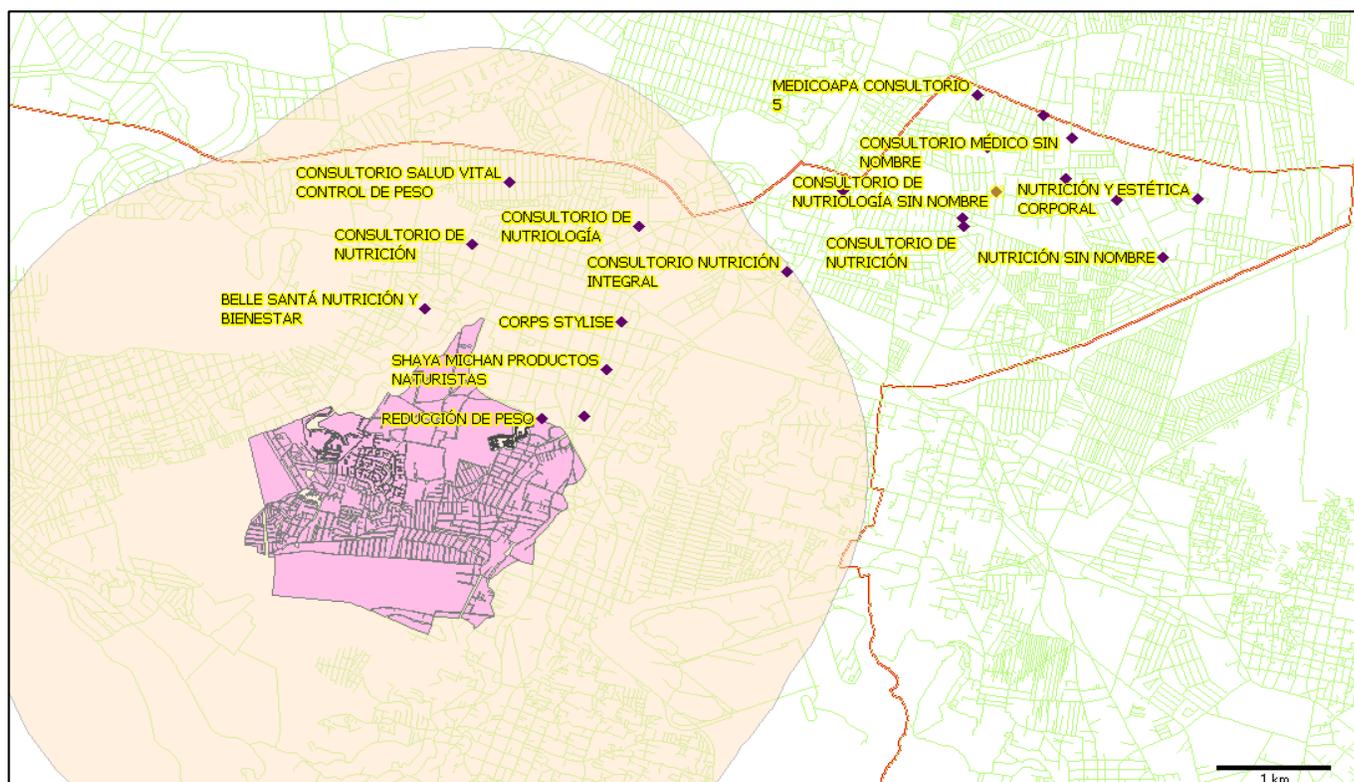
Fuente: Elaboración Propia

Dentro de las acciones que se realizan en la Cartilla Nacional de Salud se encuentra la evaluación y vigilancia del estado nutricional, esta medida es indispensable para el cuidado de la salud de la población ya que el sobrepeso y la obesidad es el mayor problema de salud pública actualmente. Esta medida puede ser efectuada utilizando los establecimientos de servicios de salud y asistencia social funcionando como red de servicios de salud.

La evaluación del estado nutricional consta de: La medición de la cintura, la medición del peso, la medición de la talla y el cálculo del índice de Masa Corporal, así como también orientación alimentaria. Tales acciones pueden ser realizadas en la mayoría de los establecimientos de la red, pero para el tratamiento y seguimiento del sobrepeso y la obesidad, requiere de profesionales con mayor conocimiento.

Dentro de los AGEB de correspondencia del C.S. T III, los establecimientos reportados por el DENUE 2015, no se encuentra alguno que corresponda a servicios de nutrición y/o orientación nutricional; mediante la herramienta de mapa digital, se graficó un radio de 5 km alrededor de esta zona para ampliar la posibilidad de utilizar servicios de salud con estas características para el manejo del sobrepeso y obesidad. La figura 8 muestra los consultorios de Nutriólogos y dietistas del sector privado, que pudieran ser utilizados como referencia para la derivación de pacientes con sobrepeso y obesidad para su control y tratamiento.

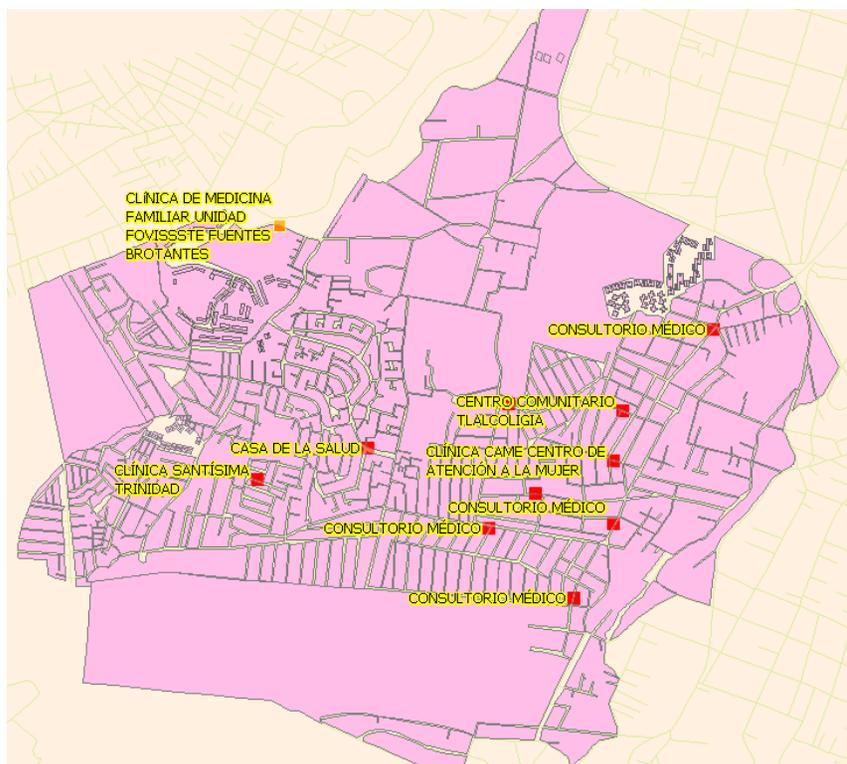
**Figura 8.** Consultorios de Nutriólogos y dietistas del Sector Privado



Fuente: Mapa Digital. INEGI 2015

En el indicador 6, se busca al igual que en los anteriores, medir de una manera hipotética las acciones de evaluación del estado nutricional realizadas en los establecimientos funcionando como una red de servicios, a la población a cargo.

**Indicador 6.** Establecimientos de la red de servicios de salud que realicen actividades de evaluación del estado nutricional



**Nombre del indicador:** Población a la que se ha realizado evaluaciones nutricionales dentro de los establecimientos de la red de servicios de salud.

**Objetivo del indicador:**

Medir el porcentaje de población a la que se le evaluó nutricionalmente dentro de la red de servicios.

**Formula del indicador:**

Número de personas a las que se evaluó el estado nutricional dentro de la red de servicios.

Población Total de los AGEB de Responsabilidad del C.S. T III

$$25896/63614 = 0.40 \times 100 = 40\%$$

**Descripción de los términos de la formula**

En el numerador se incluirá a todas las personas que hayan sido evaluados nutricionalmente, en los establecimientos de la red local de servicios de salud

Se considera en el denominador al total de Población de los AGEB de responsabilidad del C.S. T III reportado por el INEGI.

**Interpretación del indicador**

A mayor porcentaje de población evaluada nutricionalmente y asesorada, será menor la población con factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas.

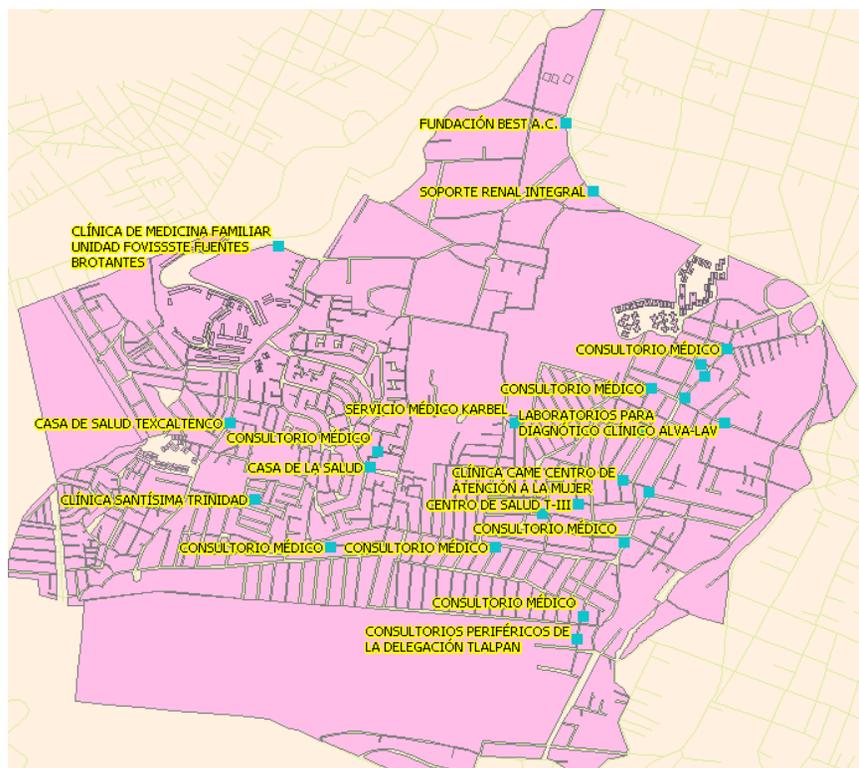
La identificación oportuna de enfermedades se posiciona como una de las mejores alternativas para evitar complicaciones de las enfermedades crónico degenerativas que actualmente asociadas al sobrepeso y obesidad se vuelven una importante carga para el sistema de salud. El adecuado control de la población que padece enfermedades crónico degenerativas, permitirá que las complicaciones aparezcan en menor frecuencia y mejore la calidad de vida de la población, por lo que contar con la infraestructura suficiente y cercana de la población vulnerable es indispensable para alcanzar este objetivo. Una red de servicios disponible para la población en la que se puedan otorgar acciones como las propuestas en la Cartilla Nacional de Salud en el apartado de identificación oportuna de enfermedades podría cambiar el escenario actual de estas enfermedades.

El indicador 7 muestra la manera en que pueden ser medidas estas acciones si se realizan a través de la red de servicios de salud. Las acciones que recomienda la Cartilla Nacional de salud son:

- Tamiz Neonatal Ampliado
- Exploración de la Agudeza Visual
- Examen clínico de mama
- Mastografía
- Detección de Cáncer cérvico-uterino.
- Medición de Glucosa en sangre capilar.
- Medición de la presión arterial.
- Medición de colesterol.
- Baciloscopia.

En el numerador de este indicador se incluye de manera hipotética al número de personas que recibirían identificación oportuna de enfermedades en los establecimientos de salud, funcionando como red de servicios de salud, cabe mencionar que sería posible realizar un indicador por cada acción de identificación que propone la Cartilla Nacional de Salud.

**Indicador 7.** Establecimientos de la red de servicios de salud que realicen actividades de prevención y detección de enfermedades



**Nombre del indicador:**

Acciones de prevención y detección de enfermedades realizadas en la red de servicios de salud a la población del área de influencia.

**Objetivo del indicador:**

Medir el porcentaje de población a la que se realizaron acciones de prevención y detección de enfermedades dentro de la red de servicios.

**Formula del indicador:**

Número de personas a las que se realizó acciones de prevención y detección de enfermedades dentro de la red de servicios.  
Población Total de los AGEB de Responsabilidad del C.S. T III

$$31752/63614 = 0.49 \times 100 = 49\%$$

**Descripción de los términos de la formula**

En el numerador se incluirá a todas las personas que recibieron acciones de prevención e identificación de enfermedades en los establecimientos de la red local de servicios de salud

Se considera en el denominador al total de Población de los AGEB de responsabilidad del C.S. T III reportado por el INEGI.

**Interpretación del indicador**

A mayor porcentaje de población atendida con acciones de prevención y detección de enfermedades, menor impacto de las secuelas por tratamientos tardíos de enfermedades y lesiones en individuos, familias y comunidades.

Fuente: Elaboración Propia

## DISCUSIÓN

Las redes integradas de servicios de salud es un tema primordial del sistema de salud de México y América Latina la cual se caracteriza por la segmentación y fragmentación en los servicios de salud, derivando en dificultad del acceso a los servicios, poco alcance de las acciones de atención primaria de la salud y saturación de los servicios hospitalarios y de urgencias.

Otros países cuentan con esta información desagregada en las áreas locales ya que se realizan de manera regular análisis de la situación de salud como un mecanismo de evaluación de las acciones en los diferentes países. México por su parte, tiene información valiosa y relevante a nivel nacional la cual es el primer punto de partida para la toma de decisiones, sin embargo al evaluarla de manera global se pierden las diferencias e inequidades a nivel local. Situación que limita la toma de decisiones.

En México el uso de los servicios privados de salud se ha incrementado con el surgimiento de los consultorios adyacentes a farmacias lo que conlleva a que solo se pueda observar o medir los servicios de salud que recibe la población en instituciones públicas y en menor porcentaje los recibidos en instituciones del sector privado.

El presente proyecto propone alternativas ante esta problemática, ya que a través del análisis de información recolectada por el INEGI Y graficada a través del mapa digital, se pueden ubicar en cualquier parte del país los establecimientos económicos dedicados a servicios de cuidados de la salud y de asistencia social, identificando con esto los posibles establecimientos que conformen la red de servicios de salud, además de que ampliaría la vigilancia por parte de la secretaria de salud a través de las jurisdicciones sanitarias de aquellos establecimientos en los que la irregularidad ponga en riesgo la salud de las personas que acuden en busca de atención ante las necesidades de salud. Incentivar a que los establecimientos de servicios de cuidados de la salud y asistencia social se unan a la red de servicios de salud, y con esto proporcionen información medible de la salud de la población, es un gran reto al que se debe buscar soluciones para lograr la integración de una red de servicios de salud que responda a las demandas de la población e incremente el número de acciones de atención primaria de la salud.

Una alianza estratégica de la Secretaría de Salud con el INEGI sería una gran oportunidad para unificar criterios de recolección de información para lograr obtener un mayor potencial de la información recolectada que impacte en la toma de decisiones en materia de salud poblacional y del primer nivel de atención, que daría un mejor alcance para las metas nacionales.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a la OPS, una RISS se define como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos necesarios para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. En este proyecto se demuestra que es posible la identificación de establecimientos del sector público a nivel de jurisdicciones sanitarias, del sector privado y de las organizaciones de la sociedad civil, con lo que se tendría el primer insumo para la toma de decisiones y colaboración de éstos en una RISS.

Esta propuesta aporta elementos que le permitan a las jurisdicciones sanitarias mejorar sus mecanismos de rectoría para la autorización, regularización, asesoramiento y supervisión de los establecimientos de salud. Con lo que este trabajo contribuye a identificar la localización y el tipo de servicio que se ofrece en cada uno de ellos y posteriormente ser analizados como posibles establecimientos incorporables en la red de servicios de salud, en los que se puedan otorgar servicios de salud de calidad principalmente en las acciones de Atención Primaria de la Salud.

Este proyecto se realizó una propuesta metodológica que puede ser usada en los ámbitos locales, mediante el uso de bases de datos secundarias públicas que cuentan con rigor metodológico y actualización periódica de calidad para la identificación de establecimientos susceptibles de integrar una RISS acorde a las características poblacionales; como se desarrolló en el ejemplo de los AGEB de responsabilidad del C.S. TIII Pedregal de las Águilas de la delegación Tlalpan en la Ciudad de México. De esta manera, los centros de salud TIII, podrían ser considerados como los establecimientos primarios de análisis de información de la red de servicios de salud, los principales indicadores sociodemográficos para la toma de decisiones local y el mejoramiento de la integración de información a nivel jurisdiccional.

La herramienta del mapa digital utilizada en este proyecto permite utilizar la información recabada por el INEGI a través de imágenes que señalan la localización de los establecimientos de salud, lo que es de gran utilidad para la toma de decisiones al establecer, desarrollar o implementar un RISS. La información que recaba el INEGI es de gran utilidad para el desarrollo de políticas de salud, por lo que una alianza en la que se comparta, difunda y estandarice la información ante autoridades sanitarias, crearía una fuente de información actualizada, intersectorial e integral que favorezca la toma de decisiones ajustadas al contexto local.

Además de ser una información que puede ser analizada de manera comparativa a lo largo de los censos poblacionales con lo que se pueden registrar las modificaciones de las tendencias de las acciones en salud y también ser un mecanismo de evaluación a mediano y largo plazo.

Con el desarrollo de este proyecto se propone la herramienta de mapa digital como elemento necesario para el desarrollo de diagnósticos de salud que se realizan en programas educativos y de salud con una filosofía de participación social que sume a la construcción de evidencia para la acción.

Adicionalmente este proyecto presentó las propuestas de algunos instrumentos de recolección de información que podrían ser utilizados como insumo para el desarrollo de una RISS al interior de las jurisdicciones sanitarias.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La información analizada en este proyecto proviene de los resultados de los censos que realiza el INEGI, dicha información no cuenta con desagregación de la población por grupos de edad que sean compatibles con las edades que se utilizan para realizar acciones de atención primaria de la salud que propone la Dirección General de Promoción de la Salud en las cartillas nacionales de salud. Se requiere que en las áreas a implementar la metodología que aquí se propone, la solicitud de la información ante el INEGI sea por grupo de edad de acuerdo a lo recomendado en las cartillas nacionales de salud, además de capacitación y conocimiento de las funciones que permitan el uso y manejo de la herramienta de mapa digital. Mapa digital es una herramienta amigable, pero requiere de conocimiento avanzado de esta misma para poder obtener el máximo potencial que ofrece el software.

## ANEXOS

Tabla 5. Características de la Población que habita los AGEB de correspondencia del C.S. TIII Pedregal de las Águilas

AGEB/INDICADOR	0939	2085	2282	2278	1566	2225	223A	1424	1161	1142	1119	1123	1091	1087	1104	1072
<b>POBLACION</b>																
Población Total	3170	2661	4104	3223	326	6257	6615	4127	6305	3394	4896	4257	1056	1165	3154	8904
Población Masculina	1478	120	1996	1548	157	3063	3143	1988	3010	1632	2299	2079	475	550	1539	4251
Población Femenina	1692	1461	2108	1675	169	3194	3472	2139	3295	1762	2597	2178	581	615	1615	4653
Población de 0 a 2 años	124	71	212	141	9	349	296	153	244	132	203	160	26	20	126	368
Población de 3 a 5 años	104	83	201	174	12	414	349	159	275	126	219	186	22	33	129	379
Población de 6 a 11 años	209	170	466	366	25	717	724	407	624	298	455	435	56	48	293	802
Población de 8 a 14 años	219	200	555	427	32	800	815	442	726	342	495	498	62	72	367	941
Población de 12 a 14 años	97	83	223	167	16	325	323	171	294	148	199	196	28	41	161	404
Población de 15 a 17 años	129	114	231	169	19	410	321	224	322	200	229	191	26	29	161	422
Población de 18 a 24 años	362	286	511	426	43	864	821	462	726	454	610	509	110	139	393	1037
Población de 18 a 24 años Masculino	184	130	244	210	21	439	395	231	364	224	285	267	44	69	202	483
Población de 18 a 24 años Femenino	178	156	267	216	22	425	426	231	362	230	325	242	66	70	191	554
Población de cero a 14 años	534	407	1102	848	62	1805	1692	890	1437	704	1076	977	132	142	709	1953
Población de 15 a 64 años	2141	1867	2838	2184	236	4013	4497	2937	4403	2440	3453	2913	732	874	2180	6338
Población de 65 años y más	305	122	108	120	25	194	298	252	447	199	358	352	113	83	232	557
<b>DISCAPACIDAD</b>																
Población con limitación en la actividad	162	66	68	89	9	298	243	115	298	77	220	99	50	9	156	232

Población con limitación para caminar o moverse, subir o bajar	108	44	31	49	6	169	162	57	153	42	107	54	31	8	84	112
Población con limitación para ver, aún usando lentes	35	12	22	18	0	91	60	19	94	10	52	13	9	0	30	59
Población con limitación para hablar, comunicarse o conversar	12	0	9	12	0	33	25	11	20	5	21	11	4	0	11	20
Población con limitación para escuchar	21	3	5	6	0	28	17	13	42	10	40	12	6	0	19	17
Población con limitación para vestirse, bañarse o comer	10	6	6	7	0	28	18	0	18	4	8	11	0	0	4	13
Población con limitación para poner atención o aprender cosas sencillas	14	0	4	8	0	17	28	6	17	0	8	0	3	0	5	11
Población con limitación mental	14	11	12	12	0	27	19	14	35	12	19	23	5	0	22	26
Población sin limitación en la actividad	2808	2315	3942	3005	312	5681	6183	3883	5976	3254	4637	4128	928	1066	2957	8529
<b>CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS</b>																
Población económicamente activa	1504	1249	1908	1428	137	2773	3025	1917	3007	1597	2335	2001	472	611	1468	4318
Población masculina económicamente activa	819	651	1117	866	81	1667	1850	1164	1761	935	1354	1195	251	310	837	2467
Población femenina económicamente activa	685	598	791	562	56	1106	1175	763	1246	662	981	806	221	301	631	1851
Población no económicamente activa	1031	819	1252	1032	137	1733	2063	1424	2117	1182	1662	1448	399	386	1097	2957

Población masculina no económicamente activa	335	266	377	295	45	501	572	442	644	390	499	447	127	157	388	921
<b>SERVICIOS DE SALUD</b>																
Población sin derechohabencia a servicios de salud	1039	636	1947	1511	156	3745	3396	1918	2916	1519	2218	1886	259	309	1315	3381
Población derechohabiente a servicios de salud	1922	1753	2086	1627	159	2250	3068	2133	3362	1820	2663	2349	717	778	1806	5449
Población derechohabiente del IMSS	878	684	1167	928	92	1302	1835	1256	2001	1171	1547	1436	375	370	1007	2770
Población derechohabiente del ISSSTE	535	913	571	352	57	518	824	624	930	496	692	597	242	253	495	1353
Población derechohabiente del ISSSTE estatal (ISSSET, ISSSEMyM, ISSSTEZAC, ISSSPEA o ISSSTESON).	11	6	3	0	0	0	0	5	5	5	3	9	5	0	0	0
Población derechohabiente del seguro popular o Seguro Médico para una Nueva Generación	109	37	234	276	0	265	281	184	223	103	258	116	11	16	158	355
<b>HOGARES CENSALES/ VIVIENDAS</b>																
Total de hogares censales	910	825	1081	806	72	1480	1688	1075	1628	920	1254	1138	384	417	888	2405
Total de viviendas	1120	1044	1280	849	78	1634	1808	1141	1698	1058	1368	1230	476	503	970	2714
Total de viviendas habitadas	976	913	1100	829	73	1561	1728	1089	1632	938	1256	1143	410	439	897	2426

Promedio de ocupantes en viviendas particulares habitadas	3.21	2.91	3.74	3.91	4.49	4.06	3.85	3.8	3.87	3.61	3.9	3.73	2.55	2.64	3.52	3.66
Viviendas particulares habitadas con piso de material diferente de tierra	901	791	1033	790	70	1394	1630	1047	1614	910	1243	1116	378	404	882	2371
Viviendas particulares habitadas con piso de tierra	0	9	42	11	0	79	43	11	4	4	4	12	0	0	3	18
Viviendas particulares habitadas que disponen de luz eléctrica, agua entubada de la red pública y drenaje	899	805	1053	776	68	1428	1604	1032	1604	903	1245	118	381	409	877	2372
Viviendas particulares habitadas que disponen de radio	843	776	1009	722	68	1324	1562	1011	1507	866	1177	1067	355	379	834	2243
Viviendas particulares habitadas que disponen de televisor	887	811	1056	783	69	1428	1656	1057	1598	910	1233	1118	378	405	863	2369
Viviendas particulares habitadas que disponen de refrigerador	865	807	950	710	67	1245	1511	977	1507	876	1147	1061	381	409	814	2246
Viviendas particulares habitadas que disponen de lavadora	798	752	850	619	62	1058	1328	861	1292	756	997	941	338	358	700	2029
Viviendas particulares habitadas que disponen de automóvil o camioneta	653	575	579	296	43	481	741	488	802	479	546	558	292	325	360	1499

Viviendas particulares habitadas que disponen de computadora	668	625	479	296	35	421	717	492	798	482	585	573	319	361	448	1481
Viviendas particulares habitadas que disponen de línea telefónica fija	776	726	757	548	55	843	1126	768	1182	682	900	832	360	386	601	1917
Viviendas particulares habitadas que disponen de teléfono celular	787	759	886	562	53	1022	1266	784	1204	738	939	887	354	398	710	2012
Viviendas particulares habitadas que disponen de internet	612	473	355	204	24	294	524	377	601	375	452	472	291	334	349	1285
<b>CARACTERISTICAS EDUCATIVAS</b>																
Población de 3 a 5 años que no asiste a la escuela	22	16	69	55	0	142	100	36	78	42	63	48	3	4	40	88
Población de 6 a 11 años que no asiste a la escuela	4	0	13	4	0	27	13	7	10	3	8	10	3	0	0	17
Población de 12 a 14 años que no asiste a la escuela	4	0	8	6	0	27	17	9	8	5	6	6	0	0	10	17
Población de 15 a 17 años que asiste a la escuela	97	104	189	120	11	251	242	173	251	175	184	151	23	28	125	344
Población de 8 a 14 años que no saben leer y escribir	0	0	0	3	0	19	8	3	3	4	5	5	0	0	4	13
Población de 15 años y más analfabeta	30	12	51	77	0	129	132	76	103	31	102	54	5	0	42	141
Población masculina de 15 años y más analfabeta	7	3	19	22	0	39	40	26	31	7	25	11	0	0	14	47

Población femenina de 15 años y más analfabeta	23	9	32	55	0	90	92	50	72	24	77	43	5	0	28	94
Población de 15 años y más sin escolaridad	40	315	70	131	87	357	307	149	149	62	133	103	3	4	66	223
Población masculina de 15 años y más sin escolaridad	15	139	24	38	42	163	116	53	43	18	37	30	0	0	24	82
Población femenina de 15 años y más sin escolaridad	25	176	46	93	45	194	191	96	106	44	96	73	3	3	42	141
Grado promedio de escolaridad	12.68	10.99	10.27	8.96	6.99	8.27	9.48	10.16	10.43	11.2	10.1	10.49	14.8	15.13	10.6	11.49

Fuente: Censo de Población y vivienda INEGI 2010

**Tabla 4.** Establecimientos de salud con posibilidad de realizar actividades de educación para la salud y temas a abordar.

Temas de educación  Tipo de establecimiento	Alimentación correcta	Actividad Física	Salud Bucal	Signos y síntomas de Alarma para IRAS Y EDAS	Salud Sexual y Reproductiva	Salud Mental	Violencia Familiar y de Género	Envejecimiento saludable	Higiene postural	Prevención de Accidentes	Prevención y tratamiento de adicciones	Infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA.	Prevención de Tuberculosis	Prevención de cáncer Cérvico uterino y mamario	Sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias.	Entorno Favorable a la Salud.
Agrupaciones de autoayuda para alcohólicos y personas con otras adicciones.																
Centros del sector público dedicados a la atención y cuidado diurno de ancianos y discapacitados.																
Clínicas de consultorios médicos del sector público.																
Clínicas de consultorios médicos del sector privado.																
Consultorios de medicina especializada del sector privado.																
Consultorios de medicina general del sector público.																
Consultorios de medicina general del sector privado.																



Refugios temporales comunitarios del sector privado.	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	■	□
Servicios de alimentación comunitarios prestados por el sector público.	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	■	□
Servicios de alimentación comunitarios prestados por el sector privado.	■	■	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	■	□
Servicios de ambulancias	□	□	□	□	□	□	□	□	□	■	□	□	□	□	□	□	□
Servicios de enfermería a domicilio	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Servicios de orientación y trabajo social para la niñez y la juventud prestados por el sector público.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Servicios de orientación y trabajo social para la niñez y la juventud prestados por el sector privado.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fuente: Elaboración Propia

- Establecimientos con mayor posibilidad de informar sobre el tema seleccionado.
- Establecimientos con menor posibilidad de informar sobre el tema seleccionado.
- Establecimientos con poca posibilidad de informar sobre el tema seleccionado.

## BIBLIOGRAFIA

---

- <sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" Washington, D.C. OPS, 2010.
- <sup>2</sup> Briseida Lavielle, Gabriel Lara, Daniela Díaz. Curitas para la salud: El Mapa de la Inequidad. Centro de análisis e investigación. FUNDAR. Noviembre 2001. México. D.F.
- <sup>3</sup> Thomas J. Bossert, PhD Harvard School of Public Health. La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Estudio Comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. Junio 2000.
- <sup>4</sup> OPS/OMS en México. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. México, D.F. 2013. p.114
- <sup>5</sup> Campos Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2007 Sep [cited 2015 Feb 06] ; 14( 3 ): 877-906. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300011&Ing=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300011&Ing=en).
- <sup>6</sup> Universidad Nacional de General Sarmiento. Gestión Local en salud: conceptos y experiencias. Parte 1. La génesis de la Reforma Sanitaria Brasileña. Pág. 43.2008.
- <sup>7</sup> Becerril V, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Pública de México. Vol.53. 2011.
- <sup>8</sup> Mayer-Serra, Elizondo Carlos. El derecho a la protección de la salud. Salud Pública de México [online] 2007, 49 (marzo-abril) : [Date of reference: 29 / Mayo / 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649209>> ISSN 0036-3634
- <sup>9</sup> Torres Ruiz Antonio. Descentralización en salud: algunas consideraciones para el caso de México. Centro de Investigación y Docencia Económicas. División de Administración Pública. Documento de Trabajo número 69, México, 1997.
- <sup>10</sup> Kumate J., Sepúlveda J., Wolpert E., Juan M., Fonseca G., Gutiérrez G., et al. Fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Proyecto de desarrollo de jurisdicciones sanitarias. Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre de 1994, Vol. 36, No.6.
- <sup>11</sup> Secretaría de salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta. México 1995.
- <sup>12</sup> Dantés Octavio Gómez, Sesma Sergio, Becerril Victor M., Knaul Felicia M., Arreola Héctor, Frenk Julio. Sistema de salud de México. Salud pública Méx. [revista en la Internet]. 2011 Ene[citado 2015 Feb 06]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342011000800017&Ing=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000800017&Ing=es)
- <sup>13</sup> Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud MIDAS. México, 2006.
- <sup>14</sup> Secretaría de Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Modelo de Atención Integral de Salud. México, Distrito Federal. Agosto, 2015.
- <sup>15</sup> Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Fortalezas y desafíos de los servicios públicos de salud de México en el siglo XXI. Marzo 2012. México.Pág. 102-107.
- <sup>16</sup> Guix J, Bocio A, Ferrás J, Margalef J, Osanz A, Serrano M, Sentena A. Redes locales de salud Pública. A propósito de una experiencia. Elsevier España. Gac. Sanit. 2013;27(6): 552-554.
- <sup>17</sup> Eliasoph H., Monaghan B., Beaudoin R., Cushman R., DuBois-Wing G., Emery M., et al."We are all in this together" Integrated Health Service Plans in Ontario. Healthcare Quarterly Vol. 10 No. 3 2007.
- <sup>18</sup> Santos L., Odorico L. Redes interfederativas de saúde: un desafio para o SUS nos seus vinte anos. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):1671-1680, 2011.
- <sup>19</sup> Henao D, Vázquez M, Vargas I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. GacSanit [Internet]. 2009 Aug [cited 2015 June 26] ; 23( 4 ): 280-286. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000400005&Ing=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000400005&Ing=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0213-91112009000400005>.
- <sup>20</sup> Organización Panamericana de la Salud. "Barrio adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela". Caracas Venezuela, 2006.
- <sup>21</sup> Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Relación de Entidades Federativas, Jurisdicciones Sanitarias y Municipios. Febrero de 2009. Disponible en [www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/rel\\_ef\\_js\\_mpios.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/rel_ef_js_mpios.xls). Consultado el 06 de Febrero de 2015.
- <sup>22</sup> Silberman Martín, Moreno Altamirano Laura, Kawas Bustamante Víctor, González Almada Eugenio. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2013 Ago

---

[citado 2015 Dic 07] ; 56( 4 ): 24-34. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422013000400004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400004&lng=es)

<sup>23</sup> López Moreno Sergio, Pineda Pérez Dayana. "Evaluación de las actividades de salud pública". Observatorio de la salud pública en México 2010. Primera edición 2011. Disponible en:

[http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/salud\\_publica/saludpublica\\_2010.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/salud_publica/saludpublica_2010.pdf)

<sup>24</sup> Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud.

<sup>25</sup> Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

<sup>26</sup> Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emiten los lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la clave única de establecimientos de salud. 27 de Diciembre 2012.

<sup>27</sup> Secretaría de salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y educación en salud. Manual del sistema de acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. México, Distrito Federal.

<sup>28</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, México: SCIAN 2013 /Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2013.

<sup>29</sup> <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/denuc/presentacion.aspx>