



# **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

## **ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

**EVALUACIÓN DE PROCESOS OPERATIVOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE SINALOA: EL CASO DE LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL**

**Olga Martínez Sandoval**

**Generación 2012-2015**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

***DIRECTORA DE TESIS:***

***Ph. D. Ma. Cecilia González Robledo***

***Asesor***

***Dr. Francisco Llorente***

**Cuernavaca, Morelos México.**

***Agosto 25 de 2016***

## **ÍNDICE**

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3. MARCO DE REFERENCIA	
3.1 ATRIBUTOS DE LA ESTRATEGIA API.....	5
3.2 POBLACIÓN OBJETO DE LA ATENCIÓN INTEGRADA A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA API.....	10
3.3 LA EVALUACIÓN DE PROCESOS.....	10
4. OBJETIVOS	
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
5. METODOLOGÍA	
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	12
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	13
5.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN, INSTRUMENTOS E INFORMANTES.....	15
5.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	17
5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
6. RESULTADOS	
6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE DEL ESTUDIO.....	19
6.2 RESUMEN DE LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS DE GABINETE.....	20
6.3 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA API.....	24
6.4 ARTICULACIÓN DE LOS PROCESOS OPERATIVOS CLÍNICOS Y COMUNITARIOS DE LAS INTERVENCIONES DE LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL DE LA ESTRATEGIA API.....	44
6.5 FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES QUE INTERVIENEN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL BAJO EL MARCO DE LA ESTRATEGIA API.....	50
7 DISCUSIÓN.....	57
8 LIMITACIONES.....	60
9 RECOMENDACIONES.....	60
10 REFERENCIAS.....	62



## 1. INTRODUCCIÓN

La evaluación de programas de salud se ha posicionado como un elemento fundamental para la rendición de cuentas. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) desarrolló un marco conceptual llamado “*La Evaluación Integral del Desempeño y Funcionamiento de los Programas*”, el cual se basa en un proceso dinámico que aplica diversos tipos de análisis para detectar áreas de mejora en los programas en sus diferentes etapas de formulación, planeación y operación (J. Gutierrez 2014).

Este marco conceptual propone un esquema escalonado dentro del cual, se encuentra la *Evaluación de Procesos*, a través de la cual es posible: examinar y verificar que la operación de un programa sea consistente con lineamientos establecidos, identificar los procedimientos llevados a cabo y las decisiones tomadas en el desarrollo del programa; observar de qué manera los procesos sobre los que opera un programa contribuyen al logro de su propósito; y describir la operación del programa, los servicios que proporciona, y las funciones que se desarrollan (J. Gutierrez 2014).

El presente estudio tuvo como objetivo realizar una evaluación de procesos operativos clínicos, comunitarios y administrativos de la Atención Materno Infantil dentro del marco de la Estrategia de Atención Preventiva Integrada (API) implementada en los Servicios de Salud de Sinaloa en 2013 (SSS 2013).

La Evaluación se basó en el marco metodológico del Consejo Nacional de Evaluación de Políticas en Desarrollo Social (CONEVAL), con la cual se obtuvo información tendiente a mejorar la gestión de los programas de atención materno-infantil, en este sentido se analizó la operación real del programa, permitiendo identificar factores facilitadores y obstaculizadores para la atención.

**Anexo No. 1. Modelo de Términos de Referencia para la Evaluación de Procesos de Programas de Desarrollo Social 2013. CONEVAL.**

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sinaloa para 2015 cuenta con 2'984,571 habitantes; el 50.3% son mujeres y el 49.7% hombres, teniendo una tasa de crecimiento anual de 0.5%; al igual que en el país, los grupos jóvenes y adultos crecen significativamente (CONAPO 2015); se observa un descenso de la mortalidad general e incremento de la esperanza de vida (INSP 2013). En el mismo año los derechohabientes de instituciones de salud fueron 1'604,276 y 1'380,295 no derechohabientes (CONAPO 2015), de los cuales 1'267,111 personas afiliadas al Seguro Popular (SP) (SSS 2015).

La mortalidad materna y la mortalidad de menores de cinco años han sido durante mucho tiempo una prioridad de salud global y forman parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) La mortalidad

materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. La meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. La tasa de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido de 91 a 43 por 1000 nacidos vivos en 2015. Pero el ritmo del descenso no era suficiente para alcanzar, en 2015, la meta de disminuir en dos tercios las cifras de mortalidad registradas en 1990, de este grupo los que tienen mayor riesgo de morir son los recién nacidos (OMS 2015).

En México, la estrategia propuesta por el nivel federal de focalizar las intervenciones en grupos vulnerables y comunidades marginadas, para reducir *las brechas o desigualdades en salud* (SSA 2007) ha tenido como consecuencia: grandes avances que se reflejan en el panorama epidemiológico de la población materno infantil en México.

De 2007 a 2015 la Razón de Muerte Materna (RMM) en México disminuyó de 58.6 a 34.4 por 1000 NVE; en el estado de Sinaloa presentó una tendencia descendente 58.3 y 20.3 por 100,000 NVE al inicio y final del periodo respectivamente, aunque el comportamiento no fue regular dentro del periodo, para julio de 2016 ya se superó la tasa del año anterior 24.1 por 100,000 NVE (D. G. DGIS 2015).

Con respecto a la mortalidad infantil (MI) durante el periodo 2005-2015 la tendencia nacional ha sido descendente, presentó tasas de 14.4 y 11.3 por 1000 NVE; sin embargo en Sinaloa la tendencia fue ascendente con tasas de 5.9 y 9.1 por 1000 RNV, las muertes por infecciones disminuyeron, observándose que el 70 % de la muertes se presentan en neonatos (D. G. DGIS 2015).

A pesar de que en el estado tanto la mortalidad materna como la infantil muestran cifras menores que la nacional, su comportamiento irregular dentro del periodo en la primera y en la otra ascendente, demuestran que aún no se ha resuelto el problema de salud por lo que se considera vigente.

Por tal motivo estos problemas constituyen una prioridad política de estado (Gov. del Edo. de Sinaloa 2011), por lo que en los SSS se han implementado estrategias de atención del embarazo parto y puerperio y del menor de cinco años como el uso de guías clínicas de atención, el modelo de atención de Redes de Servicios para dar continuidad a la atención de los usuarios (OPS 2008) y el modelo de atención integrada de los menores de cinco años (CENSIA 2002).

En México durante los últimos 10 años se han reportado evaluaciones de programas de salud en los cuales se han utilizado diversas metodologías y fuentes de información (García, 2012; Lerman, 2007). Dentro de los resultados obtenidos se encuentran: estimación de cobertura de servicios (Gutierrez G 2006), características predisponentes y habilitadoras de la población para la utilización de los servicios, equidad en la oferta de intervenciones de atención materno infantil asociadas a la infraestructura médica

(Ramírez TL 2014) y brechas entre entidades federativas en la realización de intervenciones de la atención materno-infantil particularmente debidas a la desarticulación entre los procesos de planeación y ejecución (Fay M 2005).

Las recomendaciones de los evaluadores de programas de salud en México se han encaminado a promover la atención integrada principalmente en personas con enfermedades crónico no transmisibles (García BA 2012), el incremento del gasto público en salud para la implementación de alternativas factibles y efectivas en materia de acceso y atención en salud y la implementación de políticas y acciones intersectoriales que mejoren la equidad en la prestación de servicios, especialmente a la población de mujeres y su hijos (Ramírez TL 2014).

La “*Estrategia de Atención Preventiva Integrada*” (API) desarrollado por los SSS para implementarse en el primer nivel de atención, mandatado en el Reglamento Interno de los SSS (El Estado de Sinaloa 2013), consiste en un paquete de servicios preventivos dirigidos a las personas, desde su nacimiento hasta la vejez, que se proporciona intencionadamente para resolver sus necesidades de atención en salud durante su ciclo de vida, incorpora también, acciones de promoción de la salud encaminadas a crear una cultura del autocuidado teniendo en cuenta los determinantes sociales de salud (SSS 2013). La API es el resultado de la necesidad de que en el interior de las entidades federativas se establezca un marco de atención integrador de las acciones de los programas de salud pública dirigidas a la población.

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud en un esfuerzo por mejorar el desempeño de los programas, implementó un mecanismo presupuestario ligado a acciones específicas de prevención y promoción de la salud, a través de la cual se concentran las distintas fuentes de financiamiento (FASSA, RAMO 12, Seguro Popular, PROSPERA) dirigidas al logro de metas y objetivos de los Programas de Acción Específica (PAES), fortaleciendo la transparencia de los recursos (SPSS 2016).

Sin embargo, la falta de cohesión de los PAES en las acciones de capacitación, supervisión y ejecución de actividades, ocasionan oportunidades perdidas en las acciones preventivas y de detección de enfermedades, ya que en muchas ocasiones los lineamientos dictados desde el nivel central, actúan como una camisa de fuerza restringiendo los procesos de formulación de planes integrales para dar respuestas a las necesidades evidenciadas por la comunidad y generar planes acordes a estas necesidades (Mosquera P 2011).

Al integrar acciones de promoción de la salud y de prevención individual y colectiva de la salud a través de la API, los SSS pretenden disminuir las oportunidades perdidas durante la atención a la salud de las personas y la comunidad, de ahí que resulte interesante realizar un ejercicio de evaluación de la misma. La pregunta central que se quiso responder fue: ¿Cómo se llevan a cabo los procesos operativos clínicos, comunitarios y

administrativos de la atención MI dentro del marco de la Estrategia de API en unidades de atención primaria de los Servicios de Salud de Sinaloa durante el 2016?

El estudio se justifica en el hecho de que en Sinaloa tanto la mortalidad infantil como la materna aún siguen siendo problemas de salud y por tanto se considera necesario que la atención MI sea adecuada y oportuna, además de que no se encontró evidencia publicada sobre la evaluación de la atención MI, ahora bien la implementación de la estrategia API abre la posibilidad de mejorar dicha atención, por lo que es necesario entender cómo operan los procesos y cuáles son los factores facilitadores y obstaculizados para su operación, que permitan tomar decisiones de mejora del programa.

A futuro se espera escalar este estudio a otros programas en el Estado de Sinaloa.

### 3. MARCO DE REFERENCIA

#### 3.1 ATRIBUTOS DE LA ESTRATEGIA API

Las intervenciones de la API están dirigidas a lograr un cambio en la salud de la población, están diseñadas para responder a las necesidades de salud identificadas en un Diagnóstico Integral de Salud de la población, los determinantes de salud y los recursos disponibles para la salud.

**Figura no. 1**  
**Esquema 1. Marco conceptual de la estrategia de Atención Preventiva Integrada**



*Fuente: (S.d. SSS 2013)*

La Estrategia API retoma de los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), consulta médica (diagnóstico y tratamiento de enfermedades), actividades de prevención y promoción de la salud dirigidas a la persona y a la comunidad que promueven la modificación de factores determinantes socioculturales (Zurro 1999), que requieren de procesos administrativos basados en la planeación de las actividades, integración de los



recursos, organización de los equipos de trabajo y procesos de control y evaluación; los cuales serán el punto de comparación para evaluar los procesos de la Atención MI que realizan en las unidades de salud de primer nivel de atención de los SSS así como en otros entornos ( viviendas, escuelas etc).

La atención MI a través de la Estrategia API se basa en la realización de las actividades contenidas en tres de sus guías de atención: 1. Niños y Niñas menores de 9 años, 2. Adolescente de 10 a 19 años y 3. Mujer de 20 a 59 años (SSS 2013); las cuales contienen las acciones de seis Programas de Acción Específicos 2013-2018, (salud de la infancia y adolescencia, salud materna y perinatal, anticoncepción y planificación familiar, vacunación universal, salud bucal, y promoción de la salud).

Con el fin de realizar una contrastación entre un planteamiento teórico con una propuesta práctica se elaboró, como lo propone “*The Starfield Model*” (Southey G 2014) para realizar evaluaciones, una tabla retomando los atributos de la Atención integrada (Doménech 2007) (Calvo CE 2004) y las intervenciones de la API integradas en las Guías: 1. Niños y niñas menores de 9 años, 2. Adolescente de 10 a 19 años y 3. Mujer de 20 a 59 años. Dirección de Prevención y promoción de la Salud. Servicios de Salud de Sinaloa (Cuadro No. 1).

### Cuadro no. 1

#### Intervenciones de la Estrategia API de acuerdo a los atributos de la atención integrada dirigidas a Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad) así como las Niñas y los Niños hasta los cinco años de edad

Atributos Clínicos de la API	Atención de Niños 0-5 años	Atención prenatal y posnatal mujeres 15-49 años
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención longitudinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención de niñas y niños de 0 a 5 años que incluye, atención asistencial de las enfermedades que se presenten en la niñez, vigilancia de la vacunación, vigilancia del crecimiento y desarrollo, vigilancia de la nutrición y capacitación a la madre de signos de alarma en el recién nacido y en las IRA's y las diarreas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención prenatal, que inicia desde el primer trimestre y se continúa con revisiones periódicas (con frecuencia mensual que incluye revisión clínica y estudios de gabinete).</li> <li>Identificación de riesgo obstétrico.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de factores, sociales, culturales y económicos para detectar estados de vulnerabilidad y rezago de servicios de salud, los cuales se integran a los factores biológicos, para establecer formas de abordaje de los problemas de salud de los menores de cinco años.</li> <li>Algunos de estos factores pueden ser, hijas o hijos de jornaleros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de factores, sociales, culturales y económicos para detectar estados de vulnerabilidad y rezago de servicios de salud, los cuales se integran a los factores biológicos, para establecer formas de abordaje durante el embarazo parto y puerperio</li> <li>Algunos de estos factores pueden ser           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazada adolescente</li> </ul> </li> </ul>



	<p>agrícolas migrantes, analfabetas, madres adolescentes, rezago coberturas de vacunación, atención del parto por personal no calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación de madres o responsables sobre el cuidado de menor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazada soltera.</li> <li>- Problemas de acceso a los servicios de salud, económicos y geográficos.</li> <li>- Antecedentes de abortos y o partos prematuros.</li> <li>- Antecedente de emergencia obstétrica.</li> <li>- Antecedentes de otras comorbilidades durante el embarazo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención continua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llenado adecuado del expediente electrónico y otros registros para el seguimiento del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años.</li> <li>• Adecuado funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia de menores de cinco años que requieran de atención en un segundo o tercer nivel.</li> <li>• Gestión de la atención de los casos referidos y seguimiento de los mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llenado adecuado del expediente electrónico y otros registros para el control del embarazo parto o puerperio, así como otras acciones de salud sexual y reproductiva.</li> <li>• Referencia y contra referencia de embarazadas para la atención del parto, o en caso de emergencia obstétrica, para su atención en un segundo o tercer nivel.</li> <li>• Gestión de la atención de los casos referidos y seguimiento de los mismos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Asistencial curativa-preventiva</li> </ul>	<p>Realizar durante la consulta del menor de cinco años lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega informada de la Cartilla Nacional de Salud de 0 a 9 años, a padres y madres de recién nacidos destacando que la cartilla es el documento oficial y personal en el que se registran vacunas, peso, estatura y estado nutricional del menor y otras acciones de promoción de la salud que aseguren su correcto crecimiento y desarrollo.</li> <li>• Aplicación de Vacuna anti influenza.</li> <li>• Aplicación del esquema básico preventivo de salud bucal intramuros y extramuros</li> <li>• Capacitar a la madre y al padre sobre alimentación al seno materno, estimulación temprana.</li> <li>• Capacitar a las madres en identificación de signos de alarma, diarreas, IRAS y uso de vida suero oral.</li> <li>• Tamiz metabólico neonatal.</li> <li>• Aplicación del esquema básico de vacunación.</li> <li>• Realizar recorrido de casa a casa con brigadas para la aplicación de</li> </ul>	<p>Realizar durante las consultas de atención prenatal y de puerperio lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer cobertura de detección prenatal y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis congénita.</li> <li>• Orientación consejería de planificación familiar para el APEO.</li> <li>• Ofertar método anticonceptivo de barrera "Condón" para la prevención del embarazo, VIH y otras ITS.</li> <li>• Proporcionar servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad con una amplia oferta de métodos anticonceptivos modernos y suficientes para que hombres y mujeres puedan decidir libremente y responsablemente sobre el método anticonceptivo que mejor cumpla sus expectativas.</li> <li>• Proporcionar servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva.</li> <li>• Aplicación de biológicos</li> <li>• Aplicación del esquema básico preventivo de salud bucal intramuros y extramuros</li> <li>• Entrega informada de la Cartilla Nacional de Salud de mujeres de 20 a 59 años de edad.</li> </ul>



	<p>biológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer puestos fijos y semifijos de vacunación.</li> <li>• Aplicación de vacuna anti poliomielítica en semanas nacionales de salud.</li> </ul>	
• Enfoque familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar durante la consulta del menor de cinco años lo siguiente:</li> <li>• Vigilancia de la salud de la madre</li> <li>• Promover la detección de cáncer de mama mediante mastografía.</li> <li>• Promover la detección de cáncer cérvico uterino con citología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar durante la consulta prenatal y de puerperio lo siguiente:</li> <li>• Orientación consejería de PF al esposo o pareja de la embarazada (participación del hombre).</li> <li>• Detección de VIH y otras ITS en el esposo o pareja de la embarazada.</li> <li>• Incorporación a talleres de padres para el cuidado del RN.</li> </ul>
• Participación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la participación de las personas de la comunidad en el proceso de planificación de manera activa, diseñando y utilizando técnicas y estrategias que faciliten el proceso de “capacitación”, de “adiestramiento participativo”</li> <li>• Para desarrollar habilidades en la población y que ellos puedan tomar decisiones con respecto de su salud se deben de realizar :</li> <li>• Capacitación de las personas que forman el comité de salud, sobre los riesgos de la población, para que ellos puedan tomar decisiones para disminuir esos riesgos.</li> <li>• Talleres comunitarios dirigidos hacia la formación de agentes, procuradoras y auxiliares de salud.</li> <li>• Integrar, activar y capacitar a “Madres Procuradoras de la Salud” en cuidados de recién nacido.</li> <li>• Capacitar a las madres a través de activadoras de manzana para la vigilancia y el cuidado de niños menores de un mes.</li> <li>• Implementación de talleres a través de pares con apoyo de personal de salud a las madres, en técnicas de manejo y control del niño recién nacido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la participación de las personas de la comunidad en el proceso de planificación de manera activa, diseñando y utilizando técnicas y estrategias que faciliten el proceso de “capacitación”, de “adiestramiento participativo” en este caso para disminuir la muerte materna.</li> <li>• Realizar talleres en base a la metodología participativa dirigida a los adolescentes sobre determinantes sociales que inciden en los embarazos en adolescentes en un marco de respeto a los derechos de las personas y con perspectiva de género...</li> <li>• Propiciar la creación de redes sociales</li> <li>• Participación juvenil para el mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva.</li> <li>• Participación de otros miembros de la comunidad para resolver emergencia obstétrica e infantil.</li> <li>• Vigilancia de riesgos de salud en la comunidad.</li> </ul>
• Énfasis en la Promoción de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la vacunación.</li> <li>• Promoción de la alimentación al seno materno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir en la promoción de la salud sexual y reproductiva responsable, así como la prevención del VIH y otras ITS.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción del cuidado de los alimentos</li> <li>• Elaboración de materiales de difusión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover y difundir entre la población los beneficios de la planificación familiar y la anticoncepción mediante</li> </ul>
<b>Atributos Administrativos de la API</b>	<b>Descripción</b>	
<b>Planeación de las actividades de la API.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribución por grupo de edad y sexo de la población usuaria.</li> <li>• Otras características socioeconómicas y culturales de la población</li> <li>• Daños a la salud ( morbilidad y mortalidad)</li> <li>• Riesgos de la población,</li> <li>• Metas de actividades integrales,</li> <li>• Estimación y solicitud de insumos para las actividades API</li> </ul>	
<b>El trabajo en equipo interdisciplinario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación del personal de enfermería, medicina y promotor de la salud en la realización individual y de equipo de las acciones de la estrategia API.</li> <li>• Asignación de roles del equipo de salud local de acuerdo a su profesión.</li> <li>• Cronogramas de actividades multidisciplinario.</li> <li>• Esquemas de organización interno.</li> </ul>	
<b>Supervisión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo de las actividades de la Estrategia API durante la Atención MI.</li> <li>• Seguimiento de las recomendaciones del monitoreo.</li> </ul>	
<b>Capacitación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de habilidades y destrezas de la atención MI.</li> </ul>	
<b>Integración de insumos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entradas y salidas de insumos.</li> <li>• Solicitudes de insumos</li> <li>• Existencias de insumos en la unidad</li> </ul>	
<b>Evaluación y control</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de actividades.</li> <li>• Otros informes.</li> <li>• Registro de evaluaciones de metas.</li> </ul>	

Fuente: Elaboración propia con base en los siguientes documentos: Guías de Atención Preventiva integrada: 1. NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 9 AÑOS, 2. ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS y 3. MUJER DE 20 A 59 AÑOS. Dirección de Prevención y promoción de la Salud. Servicios de Salud de Sinaloa. Documento de Organización de la API, Grupos de Supervisión, Planeación de las actividades y capacitación del personal. Dirección de Prevención y promoción de la Salud. Servicios de Salud de Sinaloa. Documentos Electrónicos. (Doménech 2007) (Calvo CE 2004)

### 3.2 POBLACIÓN OBJETO DE LA ATENCIÓN INTEGRADA A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA API

La población objeto de la atención materno-infantil son las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad<sup>1</sup>) así como las y los niños hasta los cinco años de edad; ambos grupos representan el 36.8% de la población total de Sinaloa, al que se otorgó en 2015 el 45.8% de total de consultas en los SSS (DGIS 2015).

<sup>1</sup> Nota: En la ENSANUT 2012 se clasifica el grupo de edad de mujeres en edad fértil de 20 a 49 años de edad, en nuestro estudio la población de mujeres a estudiar será de 15 a 49 años de edad.

### 3.3 EVALUACIÓN DE PROCESOS

La evaluación de programas “*permite identificar en qué medida un programa está logrando los resultados que se planteó, y si los resultados alcanzados van acordes con los recursos que se le destinan.....si bien la efectividad es el resultado buscado, es necesario considerar otros aspectos conceptuales y de operación*” (J. Gutierrez 2014). En este sentido una evaluación integral debe enfocarse en tres ejes fundamentalmente: el análisis del problema, el entendimiento de la teoría y el funcionamiento del programa.

Acorde con este marco de referencia, en México, el CONEVAL ha desarrollado metodologías de evaluación para “*verificar el desempeño de los programas del orden federal para corregirlos, modificarlos, ampliarlos o suspenderlos.*” (CONEVAL 2013), la *Evaluación de Procesos* ofrece mecanismos para proveer de información para mejorar la gestión a través de una mirada externa del programa; permite realizar análisis sobre la estructura lógica de la política pública y su operación en la realidad; identifica donde y cuando se presentan cuellos de botella; puntos para mejorar la comunicación; y cómo y cuánto la gestión detallada de esta acción pública permite que opere correctamente y que obtenga resultados (CONEVAL 2013).

En este sentido, la gestión del programa es el proceso por medio del cual se organizan actividades y recursos para cumplir objetivos precisos; su concreción se verifica en el denominado ciclo de gestión de los proyectos, que supone una atención detallada e integral de todos los pasos por los que un proyecto transita: desde su concepción como idea hasta la evaluación final o posterior (Férrandez 2002).

El “*Enfoque de proceso*” es una herramienta que mejora la gestión del programa, entre cuyos beneficios pueden encontrarse: la alineación de los procesos, centrar los procesos en la eficiencia y la eficacia, proporcionar confianza a los usuarios con respecto a la organización y transparencia de las acciones dentro de la organización (IMNC 2003).

De acuerdo con el enfoque de procesos existen varios tipos: *Procesos de gestión de una organización*, que incluye la planificación estratégica entre otros; *Procesos para la gestión de recursos*; *Procesos de realización* y *Procesos de medición, de análisis y mejora* (IMNC 2003).

Por lo anterior la descripción de los procesos del de la API durante la atención materno-infantil implica responder a las siguientes preguntas.

- ¿En qué contexto y bajo qué condiciones –externas o internas– se desarrolla el proceso<sup>2</sup>?

<sup>2</sup> Nota: Se define proceso como una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico. En este sentido, constituye el núcleo de una organización en virtud a que

- ¿Cómo se desarrolla el proceso?
- ¿Cuáles son los principales insumos para el desarrollo del proceso?
- ¿Cuáles son los principales productos que arroja el proceso?
- ¿Cuáles son los principales actores involucrados en el proceso?
- ¿Qué opinan dichos actores sobre la eficacia y suficiencia del proceso?
- ¿Qué opinan dichos actores sobre la articulación del proceso con otros procesos?

Las tres categorías básicas de análisis (sin desconocer que pueden presentarse categorías emergentes) serán:

- Identificar los procesos estratégicos de la API y su congruencia en la operación.
- Detección procesos de apoyo, la estructura transversal que se ofrece para el desarrollo de la parte operativa.
- Detección de fortalezas, áreas de oportunidad y problemas en la normatividad
- Descripción de los factores facilitadores y obstaculizadores para la operación de la atención MI en el marco de la estrategia API.
- La metodología de evaluación de procesos de CONEVAL se inicia revisando documentos y reportes “*ad hoc*” y continua con entrevistas a diversos agentes ligados al programa donde manifiestan ¿cuál es su función dentro del programa?, ¿cómo participan?, ¿qué información tienen?, ¿qué productos o servicios reciben y cuáles entregan?

La evaluación de procesos busca explicar las interacciones que hacen posible los resultados de la operación del programa, pretende mejorar la comprensión de los procesos, sus dinámicas y estructuras, así como su relación con los resultados observables de la interacción entre los distintos elementos que componen la unidad de análisis (CONEVAL 2013).

Aunque en este estudio el objetivo central es evaluar los procesos operativos, es necesario reflejar un marco general que incluya los procesos estratégicos y de apoyo vinculados con los procesos operativos, en virtud de que su realización depende en gran parte de ellos.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar los procesos operativos de la Estrategia API en unidades de atención primaria los Servicios de Salud de Sinaloa tomando como caso trazador, la atención materno-infantil en 2016

---

son las actividades y tareas que realiza a través de las cuales produce o genera un servicio o producto para sus usuarios. (Pepper S. Definición de gestión por procesos. Medwave 2011 May;11(05):(5032)

## 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los procesos operativos clínicos de la atención materno infantil dentro del marco de la Estrategia API, realizados en las unidades de primer nivel de atención de los SSS en 2016
2. Describir los procesos operativos comunitarios la atención materno infantil dentro del marco de la Estrategia API, realizados en las unidades de primer nivel de atención de los SSS en 2016
3. Describir los procesos operativos administrativos la atención materno infantil dentro del marco de la Estrategia API, realizados en las unidades de primer nivel de atención de los SSS en 2016
4. Analizar la articulación de los procesos operativos clínicos y comunitarios y administrativos en el marco de la Estrategia API en los SSS en 2016
5. Identificar y analizar los factores facilitadores y obstaculizadores (tanto normativos como operativos), que intervienen en la gestión operativa de la Estrategia API desde el evento trazador de atención materno-infantil de los SSS en 2016

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se utilizó la metodología de evaluación de procesos del Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social (CONEVAL 2013), realizando un estudio de caso, transversal exploratorio, cuyo evento trazador fue la atención materno-infantil en el Estado de Sinaloa; el cual contó con herramientas cualitativas para evaluar los procesos dentro del marco de la API.

### 5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 5.2.1 POBLACIÓN

- Funcionarios de atención primaria encargados de operar la estrategia API, particularmente del programa materno-infantil.
- Personas responsables de los niños y niñas menores de cinco años (responsables de su cuidado).
- Mujeres de 15 a 49 años de edad embarazadas o en período de puerperio.

#### 5.2.2 MUESTRA

Se empleó una muestra intencional (no aleatoria) de acuerdo a la metodología de los estudios cualitativos, ya que el interés del estudio se centró en describir e interpretar los procesos de la atención MI en el marco de la Estrategia API, desde una perspectiva



holística, es decir, teniendo en cuenta la oferta (funcionarios del primer nivel de atención) y la demanda (usuarios de los servicios), ubicados en diferentes localidades (urbanas y rurales) en las que habita población con características socioeconómicas, culturales y necesidades de salud diferentes (Martín-Crespo BM 2007).

La selección de la muestra de unidades de salud de primer nivel de los SSS, se realizó a través de un muestreo intencional por cuota, tomando en consideración tres áreas geográficas distintas (urbana, rural y localidades con población vulnerable) (Martín-Crespo BM 2007):

Selección de unidades de atención primaria (2 por cada tipo de población) así:

- Centros de Salud Urbanos, son aquellos que se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 5,000 habitantes y que cuentan con más de 2 módulos de atención preventiva integrada.
- Centros de salud rurales, que se encuentran en poblaciones de 2,500 a 5,000 habitantes y que cuentan con uno o dos módulos de atención preventiva integrada.
- Centros de salud de salud que atienden a población vulnerable con uno o más módulos de atención

Sólo se incluyó en la muestra los centros de atención de primer nivel que contaran con equipos API completos.

2) Selección de actores clave para las entrevistas y grupos focales.

- Funcionarios adscritos a centros de salud que estén en contacto con pacientes para la atención MI, que incluyen: personal de enfermería, personal de medicina y personal de promoción de salud.
- Personas de la comunidad:
  - Responsables del cuidado (familiares) de menores de cinco años.
  - Mujeres entre 15 y 49 años embarazadas o puérperas.

Los participantes se seleccionaron tomando en cuenta el interés de la investigación misma por lo tanto se considerarán grupos de participantes en función del contexto en el que encontraban y de acuerdo a los criterios de inclusión (cuadro no. 3).

**Cuadro no. 3**  
**Criterios de Inclusión de los actores claves de la investigación**

Actores institucionales	Criterios de inclusión
Personal de medicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser Médica o Médico de base, contrato, regularizado o pasante de medicina en Servicio Social que en el momento de hacer la investigación esté laborando en jornada completa, en la Unidad de Salud Seleccionada.</li> <li>- Que una vez que se le haya explicado las características de la investigación acepte participar de manera voluntaria en la investigación.</li> </ul>
Personal de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser Enfermera o Enfermero de contrato, regularizado o pasante de enfermería en Servicio Social que en el momento de hacer la investigación esté laborando en jornada completa, la Unidad de Salud Seleccionada (Clínico o comunitario).</li> <li>- Que una vez que se le haya explicado las características de la investigación y acepte participar de manera voluntaria en la investigación.</li> </ul>
Personal Promotor de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hombres o mujeres de cualquier profesión que en el momento de la investigación estén laborando en jornada completa, en la unidad de salud seleccionada, con el cargo de Promotor o promotora de salud, ya sea de base, contrato, regularizado o pasante en servicio social (Clínico o comunitario).</li> <li>- Que una vez que se le haya explicado las características de la investigación acepte participar de manera voluntaria en la investigación.</li> </ul>
Actores de la comunidad	<b>Criterio de inclusión</b>
Personas responsables de los niños y niñas menores de cinco años (responsables de su cuidado).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres, hombres, que sean responsables del cuidado de niñas y niños de 0 a 5 años.</li> <li>- Edad indistinta.</li> <li>- Que sus hijos sean usuarios de la unidad de salud seleccionada.</li> <li>- Que hayan acudido a solicitar servicios curativo- preventivos a la unidad de salud seleccionada.</li> <li>- Que hayan recibido servicios comunitarios en su domicilio por parte del personal de salud de la unidad de salud seleccionada.</li> <li>- Que una vez que se le haya explicado las características de la investigación acepte participar de manera voluntaria en el grupo focal.</li> </ul>
Mujeres de 15 a 49 años de edad embarazadas o en período de puerperio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres embarazadas.</li> <li>• Mujeres en puerperio.</li> <li>• Que se encuentren dentro del rango de edad de 15 a 49 años.</li> <li>- Que sean usuarios de la unidad de salud seleccionada.</li> <li>- Que hayan acudido a solicitar servicios curativo- preventivos a la unidad de salud seleccionada.</li> <li>- Que hayan recibido servicios comunitarios en su domicilio por parte del personal de salud de la unidad de salud seleccionada.</li> <li>• Que una vez que se le haya explicado las características de la investigación acepte participar de manera voluntaria en el grupo focal.</li> </ul>

### 5.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN E INFORMANTES

Se utilizaron técnicas de recolección de información específicas para fuentes de información primarias y/o secundarias.



Para la recolección de la información primaria se utilizaron instrumentos elaborados por la investigadora como fueron: entrevista semi-estructurada para funcionarios del nivel operativo adscritos a los centros de salud de los SSS y guía de entrevista semi-estructurada para los grupos focales en los que participó la población seleccionada.

**Cuadro No. 4**  
**Técnicas de recopilación de información**

Tipo de fuente	Técnica
Primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista semi-estructurada a funcionarios operativos de los centros de atención</li> <li>- Grupo focal para personas de la comunidad (de acuerdo a criterios establecidos en la muestra)</li> </ul>
Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis de contenido para los documentos de fuentes secundarias</li> </ul>

**Anexo II. Guía de Entrevistas para Personal de Salud**

**Anexo III. Guías para grupos focales de mujeres embarazadas de 15 a 49 años de edad**

**Anexo IV. Guía para grupos focales de Cuidadores o familiares de niños y niñas de 0-5 años**

### 5.3.1 DOCUMENTOS DE GABINETE

La primera fase del trabajo de campo consistió en revisar todos los documentos relacionados con los procesos de atención MI que se encontraban disponibles en las unidades de salud de atención primaria seleccionadas, lo que permitió conocer al investigador los procesos clínicos, comunitarios y administrativos normados.

Se seleccionaron los siguientes tipos de documentos: diagnósticos de salud, cronogramas de actividades de atención MI, metas, informes de avance, informes de supervisión, cartas descriptivas de capacitación, entradas y salidas de medicamentos e insumos, notas en el expediente electrónico y otros sistemas de información, evaluaciones y normatividad.), de dos años anteriores a la evaluación, en donde hubiere registros de actividades de la atención MI (teniendo en cuenta sus seis programas).

### 5.3.2 ENTREVISTAS AL PERSONAL DE SALUD

Las entrevistas semi-estructuradas que se realizaron al personal de salud fueron en el momento y lugar en el que los directivos del centro de salud indicaron. Las entrevistas tuvieron una duración no mayor de 45 minutos, las preguntas realizadas versaron sobre la funcionalidad de la estrategia API, los procedimientos individuales y comunitarios que se realizan y sobre los factores facilitadores y obstaculizadores para su realización y los procesos de atención MI.

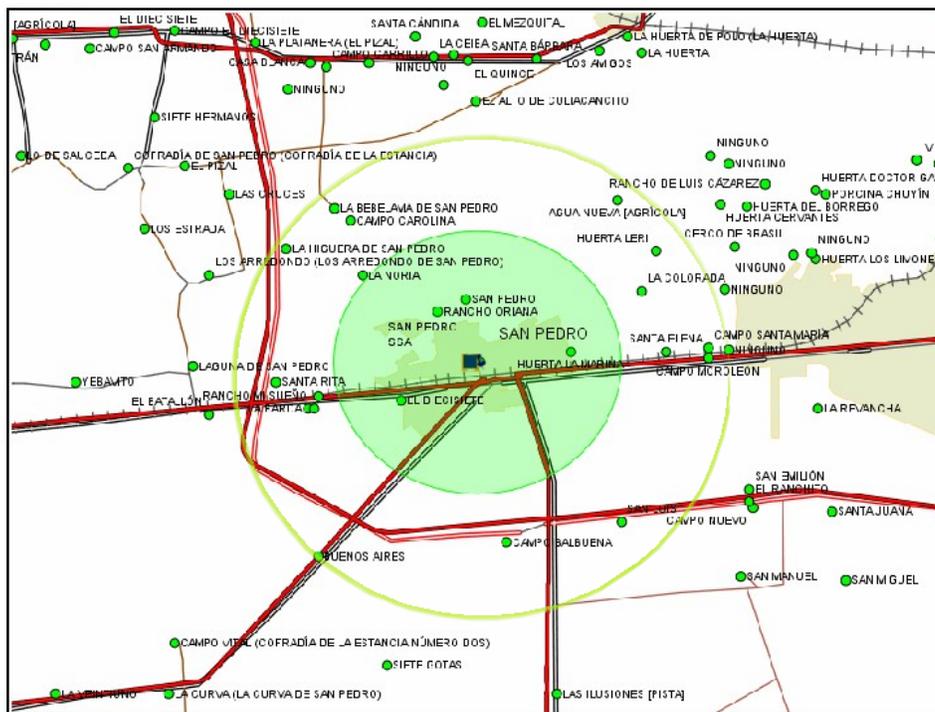
El número de funcionarios a entrevistar se estableció a través del principio de saturación teórica, es decir, cuando el número de observaciones y de entrevistas ya no ofrecieron nueva información relevante al tema (Glaser Strauss 1967).

### 5.3.3 GRUPO FOCAL

La recolección de la información por parte de la población se llevó a cabo a través de grupos focales.

Las participantes madres o responsables de menores de cinco años y mujeres entre 15 y 49 años embarazadas o puérperas se seleccionaron con el apoyo del personal del centro de salud, se hicieron preguntas orientadoras de acuerdo a la “Guía de Grupo Focal” y tuvieron una duración no mayor a 60 minutos. No se permitió la participación de funcionarios en los grupos focales.

**Gráfico no. 2**  
**Mapa de área de influencia de la Unidad 001 primer nivel de atención**  
**De los Servicios de Salud de Sinaloa**



**Cuadro No. 5**  
**Descripción de actores claves que participarán en el estudio**  
**Y técnica de recolección de información utilizada**

Actor clave	Descripción	Técnica de recolección de información
Funcionarios de primer nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal de medicina</li> <li>- Personal de Enfermería</li> <li>- Personal promotor de la salud.</li> </ul>	Revisión de documentos de gabinete Entrevista semi-estructurada
Cuidadores o familiares de niños y niñas de 0-5 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madres de menores de cinco años.</li> <li>- Cuidadores o responsables de menores de cinco años</li> </ul>	Grupo focal
Mujeres entre 15 y 49 años embarazadas o en puerperio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres de 15 a 49 años de edad embarazadas o en puerperio</li> </ul>	Grupo focal

#### 5.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información de gabinete (fuentes secundarias) obtenida se analizó con la técnica de *análisis de contenido* de acuerdo al modelo desarrollado por Krippendorff (1990). Para la información primaria obtenida del trabajo de campo, se realizó una descripción interpretativa (Elliot 2005).

Las entrevistas semi-estructuradas (tanto las individuales como la de los grupos focales) se transcribieron en archivos Word y se les asignó un código para garantizar el principio de confidencialidad. Para guiar el análisis de la información se identificaron códigos y familias de códigos organizados en temas y subtemas derivados de las guías de entrevista y de la información disponible. Los textos transcritos fueron analizados con apoyo de un software especializado (Atlas Ti® V10). Las categorías que se clasificaron fueron: la atención longitudinal, la integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud, la atención continua, la atención integrada, el enfoque familiar y social, la participación comunitaria, la promoción de Salud, trabajo en equipo, así como factores facilitadores y obstaculizadores de la API.

La información recolectada a través de las entrevistas, revisión de documentos de gabinete y grupo focal fueron analizadas teniendo en cuenta los criterios de la Estrategia API en correspondencia con los objetivos del estudio.

#### Anexo VII Categorías de análisis de información

Finalmente, se realizó un proceso de triangulación de informantes y datos, para identificar acuerdos, acuerdos parciales, disonancias o contradicciones, silencios (cuando un tema o hallazgo surge de un conjunto de datos y no en el otro) o información complementaria sobre el mismo tema entre las conclusiones de los diferentes componentes.

Para garantizar la rigurosidad metodológica del estudio (investigación cualitativa) se realizaron los siguientes procedimientos:

**Cuadro no. 6**  
**Criterios rigurosidad metodológica y sus procedimientos en el estudio**

Criterio	Procedimiento
<i>Auditabilidad</i> , se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho.	Se realizó un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio.
<i>Credibilidad</i> , se logra cuando los hallazgos producidos a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio y su análisis son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten.	Se presentaron los hallazgos del estudio en talleres con los funcionarios participantes, para realizar un proceso de validación de resultados. Estos talleres se hicieron de manera previa a la presentación del informe final al comité de tesis.
<i>Transferibilidad</i> se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones.	Se realizaron dos reuniones con directivos y tomadores de decisiones del Estado de Sinaloa (expertos) y se analizaron los resultados obtenidos a la luz de las características de la normatividad vigente, para entender si el fenómeno es probable que se presente en el Estado y estar en condiciones de poder dar recomendaciones a los SSS en su conjunto

## 5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto se considera, de acuerdo con la normatividad vigente, de bajo riesgo ya que no implicó intervenciones directas a las personas. Para la realización de este proyecto, se solicitó la aprobación de los comités de ética en investigación del INSP y de la Jurisdicción Sanitaria.

En todo momento se garantizó la confidencialidad y el manejo de la información contenida a través del documento de consentimiento informado (CI), el cual aseguró la participación voluntaria y la posibilidad de las personas de decidieran participar o no en la investigación propuesta. Así mismo, la confidencialidad y el anonimato se garantizaron

codificando la identidad de las y los participantes de la investigación. La investigadora custodiará de los datos por un tiempo razonable y posteriormente serán destruidos.

Para minimizar los riesgos potenciales en relación a temas sensibles de la atención a la salud de los usuarios no se permitió la entrada de personal de salud de los centros de salud a las entrevistas realizadas en los grupos focales.

Así mismo, para cumplir con el principio de beneficencia al final de la investigación se realizará un proyecto de mejora de la Estrategia API, que en la medida de lo posible coadyuve en la realización de las intervenciones preventivas dirigidas a maximizar su beneficio en población usuaria de los SSS.

No se presentaron conflictos de interés ni se otorgaron incentivos para las personas del estudio y la información.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE

Las unidades de primer nivel seleccionadas pertenecen a tres áreas geográficas distintas (urbana, rural y localidades con población vulnerable) cada una de ellas con población usuaria de características socioeconómicas, culturales y necesidades de salud diferentes; otro criterio de elegibilidad fue que las unidades contaran con equipos de salud completos (personal de medicina, personal de enfermería y personal de promoción de la salud).

**Cuadro no. 7**  
**Unidades seleccionadas y sus características**

No.	Tipo	Población que atiende	Personal De Medicina	Personal De Enfermería	Personal de Odontología	Promotor de salud	Personal Admitivo.	Otro
001	Urbano	18,907	8	8	8	2	3	1
002	Rural	11,619	5	3	4	1		
003	Rural	31,042	5	9	4	1	1	2
004	Rural *	19,451	8	10	2	3	3	1

\* Dentro de sus usuarios se encuentran población migrante (jornaleros agrícolas y sus familias) del estado de Oaxaca, Veracruz, Michoacán y Puebla entre otros estados, considerada población vulnerable por sus características físicas, culturales, sociales y económicas.

Se realizaron 14 entrevistas semiestructuradas a funcionarios de unidades de primer nivel de atención seleccionadas, la selección del personal se realizó de manera intencional de acuerdo a los criterios de selección.

1. Se realizaron cinco (5) grupos focales de personas responsables del cuidado de los niños y niñas menores de cinco años
2. Se realizaron tres (3) grupos focales de mujeres de 15 a 49 años de edad embarazadas o en período de puerperio.

Se realizó el procedimiento de invitación a mujeres embarazadas y cuidadores de menores de cinco años considerando una asistencia de 7 a 10 personas por grupo, en el momento de leerles el formato de consentimiento informado un número importante eligió no participar, por lo que el promedio de asistencia de los grupos focales fue de 5.

**Cuadro no. 8**  
**Características de personal entrevistado**

Tipo de personal de salud	Características de personal entrevistado				
	Función	No.	Tipo de contratación	Promedio de antigüedad	Tiempo dedicado a la API
Personal de medicina	Consulta general	4	Base federal	18 años	8 horas diarias
Personal de enfermería	Jefa de enfermeras, Enfermeras de Clínica y de Campo	6	Base federal; Un contrato de PROSPERA	16 años	8 horas diarias
Personal de Promoción de la salud	Promotores	4	Base federal	18 años	8 horas diarias

## 6.2 RESUMEN DE LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS DE GABINETE

Al inicio de la etapa de recolección de la información se realizó una revisión documental en las unidades de salud de la muestra, encontrándose que algunos atributos administrativos de la API son fundamentales (apoyo) para la realización de las intervenciones de la atención MI, se elaboraron dos cuadros (9, 10) con los resultado del análisis de contenido derivado de la revisión documental que incluye la existencia o de documentos de apoyo para la atención MI.

**Cuadro no. 9**  
**Análisis de contenido de documentos de soporte revisados**

Documento	Porcentaje de unidades que cuentan o no con el documento		Análisis de contenido
	Si	No	
Manual de procedimiento para la atención del embarazo, parto y puerperio	100 %		Cuentan con manuales normas y Guías de práctica clínica en formatos electrónicos y a través de la Web. El personal de salud los consulta cuando lo considera necesario.
Manual de Atención. Niños y Niñas Bien Desarrollados.	100%		
NOM-007-SSA2. "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios para la prestación del Servicio." 1993.	100%		
NOM031-SSA2. "Norma Oficial Mexicana para la atención de la Salud del niño." 2002.	100%		
Catálogo maestro de Guías de prácticas clínicas CENETEC (preclampsia etc.)	100%		
Diagnóstico de salud	100%		<p>Cuentan con diagnóstico de salud que es actualizado cada año por los pasantes de medicina, odontología y enfermería, que integra, daños a la salud y factores condicionantes.</p> <p>No se realiza priorización de problemas.</p> <p>El personal de salud no lo utiliza para la toma de decisiones o elaboración de estrategias de atención.</p>
Proyecto de Mejora continua para ingreso temprano del control prenatal	25 %		En una unidad se encontró un proyecto de mejora continua para estimular el inicio temprano del control prenatal, a decir del personal de salud, este proyecto de mejora fue útil para mejorar este indicador.
Mapas de redes de servicios	100%		
Actas de conformación de comités de salud	100%		Cuentan con Actas de los Comités formados.
Informe mensual de actividades SIS	100%		Formato electrónico
Tarjeteros de control de embarazadas	100%		En todas las unidades cuentan con tarjeteros en físico de control de embarazadas.
Tarjetero de Control del niño sano	100%		En todas las unidades cuentan con tarjeteros en físico de control de niño sano

**Cuadro no. 10**  
**Análisis de contenido de documentos revisados que implican actividades**  
**Administrativas de apoyo a las intervenciones API**

Atributos Administrativos de la API	Descripción	
<b>Planeación de las actividades de la API.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distribución por grupo de edad y sexo de la población usuaria.</li> <li>Otras características socioeconómicas y culturales de la población</li> <li>Daños a la salud ( morbilidad y mortalidad)</li> <li>Riesgos de la población,</li> <li>Metas de actividades integrales,</li> <li>Estimación y solicitud de insumos para las actividades API</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En todas las unidades participantes, conocen las localidades del área de influencia de la unidad y el número de población de cada una de ellas, así como el croquis de ubicación vías de comunicación y medios de transporte.</li> <li>No cuentan con la distribución de población por grupos de edad y sexo, de toda la población usuaria. Cuentan con la población del Programa de PROSPERA.</li> <li>Cuentan con el número de familias del Seguro popular, sin distribución por grupos de edad y sexo.</li> <li>La regionalización operativa del programa de Vacunación Universal, es diferente que la regionalización de la unidad de salud.</li> <li>Cuentan con croquis, de localidades y Áreas Geostadísticas básicas (AGEB'S)</li> <li>Censos nominales de los menores de 8 años y embarazadas, los cuales son actualizados cada vez que se aplican productos biológicos.</li> <li>En ninguna unidad cuentan con programa de trabajo.</li> <li>En todas las unidades se encontraron metas por Programa de salud, correspondientes al 2015, no se encontraron metas de 2016, no se las han entregado de la jurisdicción.</li> <li>El personal de salud no conoce cuál es la metodología para la elaboración de las metas ya que ellos no las elaboran.</li> <li>El personal de salud no realiza estimación de insumos para las acciones, los insumos son proporcionados por cada encargado de programa y por el centro de distribución estatal.</li> </ul>
<b>El trabajo en equipo interdisciplinario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación del personal de enfermería, medicina y promotor de la salud en la realización individual y de equipo de las acciones de la estrategia API.</li> <li>Cronogramas de actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No cuentan con cronogramas de trabajo del equipo multidisciplinario</li> <li>En todas las unidades cuentan con cronograma de talleres educativos.</li> </ul>



	<p>multidisciplinario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esquemas de organización interno.</li> </ul>	
<b>Supervisión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoreo de las actividades de la Estrategia API durante la Atención MI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El monitoreo de las actividades se realizan por parte de los encargados de programa y atención médica, no es interdisciplinaria ni integral.</li> <li>Las indicaciones de supervisión se anotan en la libreta de supervisión y el encargado de la unidad da seguimiento de las mismas</li> </ul>
<b>Capacitación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo de habilidades y destrezas de la atención MI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se encontraron cartas descriptivas ni cronograma de capacitación para el personal del Centro de Salud.</li> </ul>
<b>Integración de insumos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entradas y salidas de insumos.</li> <li>Solicitudes de insumos</li> <li>Existencias de insumos en la unidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe una libreta de entradas y salidas de biológicos, del resto de insumos no se cuenta con existencias.</li> <li>En cuanto a los medicamentos se realiza un inventario cuando vienen los encargados del abasto de medicamentos.</li> </ul>

### 6.3 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS OPERATIVOS DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA API (RELACIONADOS CON LOS ATRIBUTOS DE LA ESTRATEGIA API)

#### 6.3.1 PROCESOS OPERATIVOS CLÍNICOS, COMUNITARIOS Y DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL A TRAVÉS DE LA API.

##### a) ATENCIÓN LONGITUDINAL

Se refiere al acompañamiento del profesional del proceso Salud enfermedad. Trasciende la asistencia a una patología concreta o un determinado momento de su vida (atención vertical), incluye la valoración del paciente en varios momentos (Doménech 2007) (Calvo CE 2004).

La Atención longitudinal de las embarazadas en las unidades de primer nivel, da inicio cuando se tiene contacto con una paciente embarazada. A decir de una mujer embarazada en la unidad 004.

*“Yo empecé a venir desde los dos meses, ahorita tengo 8 meses de embarazo.”*

406.022.016

Lo más frecuente es que el control prenatal no de inicio en el primer trimestre de la gestación, en ocasiones las mujeres acuden a consultorios particulares durante los primeros meses; a menudo ocurre que las embarazadas acuden a la unidad sólo cuando es necesario obtener el “pase” para el hospital donde les atenderán el parto o bien, llega a



darse el caso, que en el hospital las remiten al primer nivel para que se les otorgue la hoja de referencia y que su atención pueda ser cubierta por el Seguro Popular. En la voz de una médica de la unidad 002.

*“Yo creo que el 60% si viene después del primer trimestre, tenemos embarazadas todavía que vienen hasta la semana 30, y aún así nos las mandan del segundo nivel por la referencia, como que ellas se saltan [la atención en el centro de salud], ellas se van al hospital (algunas van con particular) y de aquí las mandan para que les demos su hoja de referencia y más si tienen seguro popular.”*

104.022.016

Con el fin de resolver esta problemática, el personal de salud ha realizado estrategias locales como parte de proyectos de mejora continua, fomentados por el *Programa del Sistema Integral de calidad en salud (SICALIDAD)* y *Programa de Estímulo a la Calidad del Desempeño al Personal de Salud*, los cuales se concretan en apoyos económicos para la unidad y para el personal respectivamente; algunos de estos proyectos han logrado resultados satisfactorios, en el caso particular de la atención MI, se ha mejorado la etapa de inicio del control prenatal. Así lo indica una médica de la unidad 001.

*“Yo he hecho proyectos de mejora de la calidad aquí en la unidad de control de embarazo, entonces captamos a toda mujer en edad fértil que vienen a consulta por cualquier otro motivo, las invitamos a que acudan a control de embarazo, por eso tenemos mucha paciente embarazada desde el primer mes, porque se les invita vienen y ya se les manda hacer su prueba de embarazo que es su primera consulta, nos la traen en cuanto la tienen, ya las ingresamos a control”*

123.022.016

A partir de su ingreso a control, la embarazada se somete a un protocolo de atención, que consiste en una cita mensual hasta la semana 30 de gestación; la cual incluye una estratificación de riesgo (Gráfico no. 3), entre la semana 24 y 27 se realiza una referencia al segundo nivel para una valoración de rutina por el ginecólogo<sup>3</sup>, durante el último trimestre la consulta es cada 15 u 8 días, al término del embarazo se vuelven a referir nuevamente al hospital para la atención del evento obstétrico. Esto fue indicado una médica de la unidad 002, y una embarazada de la unidad 004.

*“De hecho nosotros la citamos cada mes, la mandamos con el ginecólogo, como entre la 24 y 27 semana de embarazo para una valoración de rutina, si el ginecólogo nos la regresa, continuamos nosotros, aunque en los últimos tres meses las citas se van acortando ya no son cada mes, son cada quince u ocho*

<sup>3</sup> Nota. Si valoración del médico especialista resulta favorable para la embarazada, sigue en control en el primer nivel, si se identifica algún riesgo obstétrico se mantendrá a la paciente en el segundo nivel para su seguimiento y control y la atención del parto.

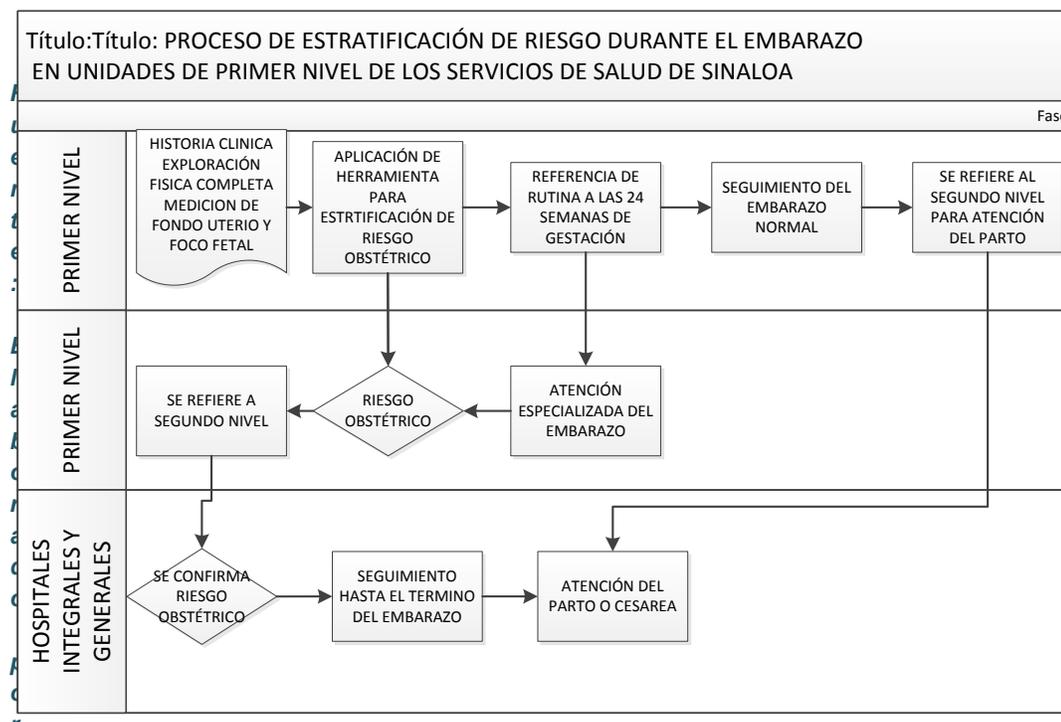
días, y pues hasta que nos dicen ya hasta la última semana nosotros las podemos recibir aquí.”

104.022.016

“Nos citan cada mes, si tenemos urgencias está abierta la cita, pero el control es al mes. A mí me pasaron de aquí como a los siete meses, yo creo, de aquí “pa’ llá” y allá fui a las dos consultas.”

406.022.016

Gráfico no. 3



Fuente: Elaborado por la autora.

La atención prenatal que se brinda por el equipo multidisciplinario y que fue constatado en las anotaciones del expediente electrónico, se basa en el Catálogo de guías de práctica clínica del comité de expertos de las Instituciones del Sector Salud, el cual contiene actividades de atención del embarazo como de prevención y detección oportuna de enfermedades, consta de los siguientes procedimientos:

- Examen médico completo.
- Prueba de hemoglobina
- Examen obstétrico: estimación de edad gestacional, altura uterina, latidos cardíacos fetales
- Examen ginecológico

- Medición de presión arterial
- Peso/altura de la madre
- Realización inmediata del análisis de sífilis, detección de VIH y otras ITS
- Realización de la prueba de orina (con múltiples tiras reactivas en especial proteinuria)
- Realización de prueba de glucosa en sangre.
- Solicitud de grupo sanguíneo y factor Rh
- Administración de vacuna antitetánica
- Aporte complementario de ácido fólico y hierro
- Recomendaciones para situaciones de emergencia/línea directa para emergencias
- Ficha prenatal completa
- Recomendaciones para situaciones de emergencia
- Instrucciones para el parto/planificación del nacimiento
- Recomendaciones para la lactancia/anticoncepción;

En la voz de una médica de la unidad 003

*“Nos basamos en la guía de práctica clínica,.....su consentimiento firmado (se le pide a todas las embarazadas aunque no sean adolescentes), porque lo tiene que firmar y luego pasa con nosotros (personal de medicina) le explicamos la importancia de pasar con una nutrióloga, de pasar con dental y pasar a vacunas, si tratamos de dar una evaluación integral a la paciente.”*

117.022.016

#### **Anexo no. VI. Reporte del Módulo de Consulta Externa del Sistema Integral para la Gerencia Hospitalaria (SIGHO, Expediente electrónico) Primer nivel de atención, Servicios de Salud de Sinaloa.**

El personal de salud capacita a las embarazadas sobre la necesidad de llevar un control médico desde las primeras semanas del embarazo y durante el evento obstétrico, además de los signos y síntomas obstétricos que pudieran ser de riesgo obstétrico y la necesidad de acudir a solicitar servicios médicos de urgencia en el momento de presentarse alguno de ellos. La capacitación se realiza informando a las usuarias en las salas de espera de las unidades. En la voz de una médica de la unidad 001.

*“Desde los primeros meses, desde la primera visita del embarazo nosotros estamos muy pendiente de su presión arterial para evitar una preclampsia, entonces le decimos a la paciente que es lo que no debe de comer, disminuir la sal, los alimentos chatarra, le decimos que si trae un dolor de cabeza intenso, no tome medicamento, acuda a que le tomemos la presión porque muchas veces la mujer embarazada “ay, me tomé un paracetamol, porque me dolía la cabeza”, pero no se*



*dio cuenta que lo que está haciendo es una crisis de hipertensión, entonces que si ve edema en su piernas, que vea hasta donde se está hinchando, si hay salida de sangre, o agua o líquidos por vagina, dolor tipo cólico, si hay movimiento del bebé, si no se mueve, si el estomago se le pone tenso es porque hay contracciones, esos son los signos que le decimos a la paciente....“que tiene que acudir inmediatamente”, no esperarse para otro día porque es periodo valioso para ella y para su bebé.”*

123.022.016

Las embarazadas y madres de menores de cinco años son capaces de identificar signos de alarma durante el embarazo, además saben que ante la presencia de ellos deben acudir a solicitar atención a la unidad. En la voz de una mujer embarazada de la unidad 003.

*“Factores de riesgo, de alarma, Pues eso, cualquier cosa, que sangrado o si tienes desechos, acudir al centro de salud para tratarse.”*

417.022.016

La atención de co-morbilidades durante la gestación como es el caso de la atención del VIH/SIDA y tuberculosis se realiza con especialistas, estos casos se refieren a unidades especializadas, en las cuales se confirma el diagnóstico, se elabora el plan de tratamiento, si no se observan complicaciones, se regresan a su unidad de salud para que continúe su tratamiento y se de seguimiento del caso. Como lo indica la médica de la unidad 003.

*“Me tocó en el 2014 una mujer, eh, una enferma que estaba, con tuberculosis, se le preguntó si estaba usando algún método anticonceptivo, ella cometo comentó que sí, pero salió embarazada.... se fue hacia el hospital de la mujer. Embarazo y tratamiento. Creo que no le aplicaron el tratamiento básico, hubo una modificación por eso se refirió, esa nota si no la tengo.”*

117.022.016

En los SSS los partos se atienden en unidades de segundo nivel; en las unidades hospitalarias además de la atención del parto o cesárea, se realiza la valoración del puerperio inmediato, la vigilancia del puerperio mediato es responsabilidad del primer nivel.

El personal de salud refiere que se cita a las embarazadas para que después del parto o cesárea acudan a la unidad para la atención del puerperio y atención del recién nacido, se les habla sobre las posibles complicaciones que pueden presentarse durante esta etapa, y sobre signos de alarma.



Así mismo el personal de salud refiere que la atención del puerperio consiste en revisar a la paciente, ver la evolución de su estado, identificar posibles complicaciones y vigilancia de la herida en caso de cesárea, se retiran puntos y se da orientación sobre el cuidado del recién nacido, tamiz neonatal y vacunación, a decir del personal de salud entrevistado. En la voz de la médica de la unidad 001.

*“Nosotros la citamos los primeros días, para revisar, como fue su embarazo, o como fue su parto o cesárea, que fue lo que obtuvo, si hubo alguna complicación, y le decimos “su embarazo no ha terminado hasta los cuarenta días usted puede seguir presentando” ...se le puede venir una hemorragia, puede presentar una hipertensión, puede presentar dolor de cabeza puede presentar sangrado, cualquier cosa que usted vea, temperatura, cualquier consulta que usted tenga acuda aquí con nosotros para canalizarla al segundo nivel”.*

123.022.016

Ninguna de las mujeres que han tenido hijos recibió atención durante el puerperio en la unidad de salud de primer nivel. A decir de una mujer de la unidad 004.

*“No me dijeron que tenía que venir al consulta”*

506.022.016

Con respecto a los menores de cinco años la atención longitudinal inicia en el recién nacido durante la primera consulta, en los hospitales se realiza el tamiz neonatal ampliado para enfermedades del metabolismo, en algunos centros de salud se toman muestras de tamiz neonatal y se aprovecha para integrar al recién nacido al control del niño sano y aplicación de vacunas, además de capacitar a la madre sobre los cuidados del recién nacido y la lactancia materna. En la voz de una enfermera y de una madre de un menor. En la voz de una enfermera de la unidad 004.

*“Se le hace al bebé la prueba del tamiz, se le da su consulta del recién nacido, y se ingresa al programa de control nutricional y control de lactancia, vacunas, una consulta integrada. A la madre se le capacita sobre el cuidado del recién nacido.”*

206.022.016

A decir del personal de salud entrevistado, el diagnóstico individual de cada niño y niña incluye los siguientes ejes: Nutricional; definir el diagnóstico nutricional integrado. Desarrollo integral (motriz, cognitivo, lenguaje y socioemocional): Problemas de salud, Vigilancia de la vacunación y capacitación a la madre de signos de alarma en el recién nacido y en las Ira's y las Eda's, se han integrado la prevención de accidentes en el hogar y la detección temprana del cáncer infantil. A decir de la enfermera del centro de salud 004.

*“Además de otorgarles consulta a los menores de cinco años, se realizan otras actividades como el control del niño sano, estado nutricional, esquema de vacunación, y detección de enfermedades respiratoria y enfermedades diarreicas*

*entre otras enfermedades”*

206.022.016

La población coincide con el personal de salud sobre los componentes de la atención integrada a los menores de cinco años. En la voz de una madre de la unidad 003.

## **b) INTEGRACIÓN DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LA SALUD.**

Se refiere la necesidad de identificar aspectos psicológicos, económicos y sociales del proceso Salud–enfermedad, para reconocer el riesgo de la persona y su comunidad y estados de vulnerabilidad (Doménech 2007).

Dependiendo del padecimiento que presenten las y los usuarios se profundiza el conocimiento por parte del personal de salud de aspectos familiares como determinantes del proceso salud enfermedad y se le solicita la asistencia de los familiares para investigar si existen otros casos, sobre todo en padecimientos infectocontagiosos. En la voz de a médica de la unidad 002.

*“Si, o sea si por ejemplo el niño trae gripa le pregunto alguien más de la familia tiene el mismo problema, si se pregunta. Nada más cuando nosotros consideramos que haya alguna, o sea como el caso que le decía (patología) si se le pide que venga el familiar.”*

104.022.016

Durante la atención materno infantil se detectan en la población un gran número de aspectos psicosociales que pudieran intervenir en el proceso salud-enfermedad de las personas y su colectividad como por ejemplo: Nivel socioeconómico, el ambiente en el que viven, si son indígenas, migrantes, problemas en la alimentación, desnutrición, tipo de combustible que utilizan para cocinar, hacinamiento, nivel de escolaridad, embarazos en adolescentes, sin derechohabencia al Seguro Popular por falta de documentos etc. Un punto importante a destacar es que el personal de salud, identifica diferencias significativas en las costumbres de este grupo de población y en las características físicas (muy sucios, descuidados, de baja talla y peso bajo). En la voz de la enfermera del centro de salud 004.

*“Pues, siempre están viendo el aspecto socioeconómico de donde vienen. El ambiente donde se están desarrollando, donde están creciendo esos niños, porque tenemos muchos indígenas aquí, mucha población flotante, casi siempre los tienen que estar valorando, más cuando vienen de los campos agrícolas, sabemos bien que son pacientes personas que vienen de los estados de Oaxaca,*

*Guerrero, son muy diferentes las costumbres de ellos a las de nosotros, el ambiente en el que ellos se desarrollan, no les permite llevar una buena alimentación, una buena atención, porque ellos se desarrollan pues casi siempre que cocinan con leña eso es muy malo, que viven en un cuarto cinco o siete personas. Viven en extrema pobreza a como ellos están acostumbrados para allá para sus estados. Los jornaleros agrícolas migrantes, casi no saben leer, ni escribir”.*

207.022.016

También se observan conductas de las pacientes y sus familiares, sobre todo si dentro de las familias se ejerce violencia intrafamiliar verbal y psicológica como una actitud diaria y cotidiana ejercida principalmente por los miembros varones, así mismo se identifica como violencia de la madre hacia los hijos – al que le llaman “abandono”-, ante situaciones que al decir de los trabajadores de la salud se presentan frecuentemente, al no buscar atención médica en el inicio de los padecimientos de los niños, y solo acudir al centro de salud hasta que observan un cuadro grave y complicaciones que se podría haber evitado con atención temprana; aunque no todos los casos se debe a descuido, el personal identifica a aquellas personas que si son capaces de reconocer la necesidad de atención de los menores y personas que no lo son. Existen también situaciones en las que se detectan problemas de acceso geográfico a la unidad de salud. En la voz de la médica del centro de salud 002.

*“Lo que yo puedo ver en las pacientes a veces es la actitud de que esté como llegan, de que su marido está allá afuera y les está diciendo “apúrate”, “Que esperas”, o sea desde ahí yo ya empiezo a detectar, “esta señora no tiene el apoyo de su pareja” viene a la carrera, por eso de repente no me trae al niño, y me lo trae así “de que te lo llevo y ya me lo llevo a la casa”, si le digo yo señora este niño necesita traslado pues menos si le están apurando aquí afuera. También la actitud de la mamá, a veces le presta más atención a su teléfono y el niño andan por allá, las nombra la enfermera y la señora no atiende. La mamá tiene mucho descuido con el niño desde la actitud con la que llega, a veces que si se preocupan a veces las mamás llegan llorando y decimo esta mamá si se preocupan.”*

104.022.016

En la población usuaria se identifican adicciones, venta de drogas o el ejercicio de la prostitución, que muchas veces se ejerce ante la falta de empleo entre otros factores que afectan la salud de la población. A decir de la médica de la unidad 001.

*“Falta de empleos, mucha drogadicción, no hay mucha atención, mucha violencia en los hogares. Más que nada, la falta de empleos, mucho alcoholismo, mucha droga, valores de los padres. Hay mucha ignorancia sobre muchos temas, de*

*drogas, de alcoholismo, de todo lo que es preventivo...la prostitución.”*

323.022.016

La percepción de la población sobre los aspectos biopsicosociales, es la siguiente: el personal de salud les pregunta si tienen macotas en el interior del hogar, el tipo de construcción de la vivienda, si cuentan con piso firme, que tipo de combustible utilizan para cocinar.

*“Nos preguntan si tenemos perro, si tenemos gato, cuántos hijos, como es el baño, de cartón, de ladrillo... y nos preguntan si tenemos piso, piso de tierra...  
“A mí me preguntaron si yo atizaba, yo no atizo.”*

423.022.016

Los trabajadores de la salud, no identifican claramente un plan de acción específico para atender a las personas que muestran algún tipo de vulnerabilidad o aspecto psicosocial que intervenga en el proceso salud-enfermedad. En la voz de la enfermera de la unidad 004.

*“No existe un protocolo especial para atenderlos, a la población se le atiende a todos por igual.”*

206.022.016

Existen unidades de apoyo especializadas, como las UNEMES de Adicciones y de Salud Mental, algunos de los problemas detectados son canalizados a estas unidades, cuando dentro del equipo de salud de primer nivel, se integra personal de Psicología ella inicia el abordaje familiar de estos y otros trastornos de salud mental. En la voz de la promotora de la unidad 001.

*“Si, si hay violencia si tiene alguna adicción en ese hogar, si eso les puede traer consecuencias como el alcohol o el cigarro, alguna droga... si hay violencia que desde el momento en que la persona está embarazada también puede atender al bebé, dar toda la atención e información sobre en qué unidades se le puede dar más apoyo y orientación ya fuera de aquí se orientan y ya se transfieren a donde corresponde depende del problema que uno detecte, contamos con psicóloga desde hace 6 meses y hemos detectado muchos casos positivos y se les da seguimiento”*

323.022.016

La identificación de los Factores de Mal Pronóstico (FMP) forma parte de la atención integrada al menor de cinco años, su investigación se debe a que su presencia obliga a diferentes modalidades de capacitación de la madre y de observación y seguimiento del niño; de acuerdo a lo que dice el personal de salud, cuando se identifica un FMP en un menor, se establece una clasificación diferente de la enfermedad y por tanto el

tratamiento cambia, con el fin de prevenir complicaciones en el niño. En la voz de una médica del centro de salud 001.

*“Ante la presencia de algún factor de mal pronóstico, aunque yo se que todas las enfermedades respiratorias al principio son virales, le doy tratamiento antibiótico, con asintomático los primeros tres días, y así el bebe continua si la cito y hago una prevención de que se agrave y pero aun esto le pregunto que si en donde vive, “en tal parte”... tomo otras medidas, para asegurarme de que va a recibir atención en caso de que se agrave.”*

123.022.016

Se puede observar que existen muchos casos de embarazos en adolescentes, situación que nos habla de un problema de salud pública. En la voz de un promotor del centro de salud de la unidad 004.

*“nos tocan muchos casos de casos de embarazadas menores de edad de 14, 17 años, nos han llegado varios casos de adolescentes.”*

306.022.016

Ante la problemática social y económica, que representan los embarazos en adolescentes, el personal de salud solicita que la familia de la joven se involucre en la atención por su condición de menor, asumiendo además que la menor tiene problemas para entender la situación en la que se encuentra, y las posibles complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio, sin embargo un gran porcentaje de ellas no tiene quien las acompañe a la unidad de salud, o bien su pareja también es adolescente a decir de una enfermera de una unidad. En la voz de una enfermera del la unidad 002

*“Si es menor de edad tiene que venir acompañada de un adulto, porque se supone que es un menor de edad, el consentimiento firmado lo tienen que llenar un adulto, si es adolescente hay muchas cosas que no entiende, y por eso tiene que venir acompañado de un hermano o la mamá.”*

204.022.016

La población comparte la preocupación sobre los embarazos en adolescentes lo perciben como un problema de la comunidad, en donde tienen que involucrarse toda la población, ellas ven un riesgo muy importante para las hijas, saben que si se embarazan van a tener muchos problemas. En la voz de una mujer de la unidad 001.

*“Ese es un problema que tienen que resolverlo en toda la comunidad, con todas las familias, porque tienen que resolver ese problema, porque se están yendo muchos jóvenes que están embarazadas...”*

423.022.016

El personal de salud no tiene bien claros los procedimientos jurídicos legales que se tienen que realizar durante la atención prenatal de las adolescentes, sus autoridades no han respondido adecuadamente en las llamadas de ayuda, cuando se han enfrentado a estas situaciones. En la voz de una enfermera del centro de salud 004.

*“yo ahí incluso hablé, no me acuerdo quien me dio esa indicación”, “se supone que si está embarazada, ya es dueña de sus propios actos, porque ya no es una joven”, yo hablé por eso por lo del consentimiento informado, me dijeron que a todas las embarazadas llenamos el consentimiento (independientemente de su edad) “por eso de las detecciones”, en el caso de los menores de los 18 años, en Culiacán me dijeron que si venía sola, “la teníamos que atender porque ya no era una adolescente, ya no se sabía si era adolescente o era adulto, desde el momento de que decidía embarazarse, hay ocasiones en que la embarazada viene con su pareja, los dos son menores de edad, son unión libre, ... ¡son chamaquitos!..., y viven solos, vienen solos, se mantienen solos”, “no sabemos cómo actuar”, nosotros sabemos que son menores y que no debemos de atenderlos solos, “por cualquier eventualidad que se pueda presentar”, pero a veces dicen “no tengo a nadie que venga conmigo”, entonces ahí, “¿los pasamos o no los pasamos?”, nosotros llenamos el consentimiento informado “por sí, si o por si no”, por si llega a suceder algo, “porque ningún médico los van a consultar si saben que son menores de 18”. Yo he estado hablando porque ahí no sabemos cómo actuar.*

206.022.016

### c) ATENCIÓN CONTINUA

Es la atención coherente, conectada y compartida (del trabajo asistencial) en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, tiempos distintos, con un objetivo final común: la salud de la persona. Implica tres tipos: relacional, de gestión y de información (Freeman G, 2006).

#### Relacional

La atención especializada de las embarazadas se otorga a través del Sistema de Atención de Redes de Servicios de los SSS, se refiere a las y los usuarios cuando es necesario ya sea por complicaciones, comorbilidades que pongan en riesgo la vida de la embarazada o bien de rutina y para la atención del evento obstétrico (aborto, parto y cesárea). En la voz de una enfermera del centro de salud 004.

*“Sí, a las mujeres embarazadas a determinado tiempo las mandan al hospital general”.*

206.022.016

La información que se les proporciona a las mujeres que son referidas para ser atendidas en las unidades de segundo nivel o especializadas consiste en: un formato de referencia emitido del expediente electrónico que contiene un resumen breve de su padecimiento o estado actual y el motivo de la referencia, además se incorpora información para la anticoncepción post evento obstétrico, también se informa verbalmente a las personas que deben de llevar su póliza del SP, una identificación y que tienen que acudir al servicio de citas en el hospital, en caso de que sea urgente llegar directamente por el servicio de urgencias y se les informa sobre Gestor del SP y sus funciones, para que acudan con él en caso necesario. En la voz de una médica de la unidad 002.

*“se le hace un mismo recorrido que tiene que llegar a la a la recepción donde la van a informar, tiene que llevar su hoja de referencia, este, tiene que llevar su póliza de seguro popular, en caso que la tenga, si tiene que llevar su póliza de seguro popular, una identificación por si se lo van a pedir y casi siempre se le explica que a lo mejor no es inmediatamente la atención que se le va a dar, que tiene que se le va a dar su cita, pero que tiene que esperar y que no deje de ir y que nos haga el favor de que si hubo algún problema, que vengan y nos informen, haber en que le podemos ayudar, si, y que aparte hay gestores médicos, en cada uno de los unidades de salud, donde ellos están únicamente y exclusivamente para apoyarlos y ayudarles. Si, y que los busquen”*

104.022.016

También se orienta a la mujer sobre la necesidad de establecer un proyecto de traslado para la atención del parto en una unidad de segundo nivel cuando llegue ese momento o en caso de emergencia obstétrica en la voz de una médica de la unidad 003.

*“...en hacer su proyecto de traslado, quien las va a llevar a su, a donde vayan a tener a su bebé, quien la va a cuidar, quien se va quedar cuidando a sus hijos”.*

117.022.016

## De información

En las unidades de salud de primer nivel las y los usuarios de la atención materno infantil no son atendidos por el mismo personal de enfermería y medicina, este problema en la continuidad de la atención, se trata de compensar con un sistema de información con interoperabilidad de la información en el interior de las unidades de salud ya que la información concentrada en el Expediente electrónico, así como en los tarjeteros y otros sistemas de información pueden ser consultados por todos los integrantes del equipo de salud en cualquier momento de la atención de los usuarios. A decir de una médica de la unidad 002.

*“Sí, de hecho los registros no, son nada más para llevar un control de las mujeres que tenemos actualmente en control, y como estuvieron sus signos vitales pero en el expediente electrónico directamente se puede ver y ahí viene todo.”*

104.022.016

Todas las anotaciones de la atención MI se realizan en El Sistema de Información para la Gerencia Hospitalaria (SIGHO) llamado comúnmente “*Expediente Electrónico*”, además se utilizan otros formatos primarios por ejemplo; tarjeteros del Sistema de información en Salud (SIS), hojas en Excel, así como otros sistemas implementados localmente, libretas, prontuarios y papelitos para enviar información básica del paciente en la articulación de los procesos. A decir de la médica del centro de salud 002.

*“Siempre utilizamos en expediente electrónico. Además utilizamos otros registros, se lleva un registro manual en un archivo de Excel, en donde se viene hablando de embarazo, de niños tenemos el tarjetero, ahí tenemos a los niños y a las mujeres embarazadas y lactancias si se registran aparte.”*

104.022.016

El médico es el encargado de actualizar el expediente electrónico e incorporar los datos que el personal de enfermería le proporciona. Las anotaciones que se realizan contemplan: Anamnesis próxima y remota; Examen físico; Impresiones diagnósticas; Diagnósticos definitivos; Información sobre las enfermedades o afecciones que presenta el paciente; Pronóstico; Plan (tratamiento); Evolución; Epicrisis que es el resumen de los aspectos más relevantes de la atención Se utiliza para realizar inter-consultas o remitir al paciente. En la voz de una médica de la unidad 002.

*“Pues, nada más los antecedentes heredofamiliares pero vienen los padecimientos ahí. Pues que si fue parto normal, en la atención prenatal se registra todo lo que es la exploración física, le ponemos la presión, se dice si está normal o no, se le ponen las semanas de gestación, fecha probable de parto si trae algunos ultrasonidos se le escribe ahí, los exámenes de laboratorio también, si trae edema, si trae perdida transvaginal, algún otro síntoma que ella refiera, dolor de cabeza, disuria etc. etc. Y pues la exploración física en sí, si se le va a mandar a hacer exámenes de laboratorio se registra y el motivo y al final se pone todo lo que es la consejería y se le habla sobre sus síntomas, como síntomas de alarma y eso es en la consulta de control prenatal.”*

104.022.016

Ante esta situación se observó que en un centro de salud se le otorga a las embarazadas el tiempo de consulta correspondiente a dos consultas, ya que de acuerdo con el decir de una médica de la unidad 001, una sola consulta no alcanza para cubrir todas a las actividades que se tienen que hacer.



*“A las embarazadas les agendamos dos consultas, porque el tiempo de una sola no alcanza son muchas las actividades que tenemos que hacer y tratamos de aprovechar cuando vienen a consulta, les hacemos de todo”*

123.022.016

Un problema para la continuidad de la atención se encuentra en la falta de contrarreferencia de los usuarios de los hospitales hacia las unidades de primer nivel, así como la inadecuada información y capacitación de los usuarios, sobre la necesidad de continuar la atención en su unidad cuando son referidos una vez que fueron atendidos en un nivel superior. En la voz de la médica de la unidad 001.

*“....pero no nos llegan con nada de contrarreferencia lo que traen a veces las puérperas son la hoja de alta y es la el certificado de nacimiento y de ahí sacamos los datos que necesitamos para la consulta del puerperio (el peso al nacer del bebe, si tuvo complicaciones, si se le hizo cesárea o no.”*

104.022.016

Todas las mujeres participantes en los grupos focales cuentan con información sobre métodos de planificación familiar, una gran cantidad de mujeres tienen salpingoclasia, algunas de las mujeres manifestaron que cuando ellas fueron al hospital a que les atendieran el evento obstétrico, llevaban hoja de referencia indicando que ya habían elegido el método definitivo y no les realizaron el procedimiento, que no les explicaron por que se suspendió la cirugía o bien les dijeron que tenían que regresar a sacar cita nuevamente para que les realicen la salpingoclasia. En la voz de una mujer de la unidad 001.

*“Yo me quería operar del niño, y no, tienes que sacar cita programada no sé qué tanto tiempo. En el hospital de la Mujer.”*

423.022.016

## De gestión

No es necesario que el personal de salud haga ninguna gestión para que los pacientes sean atendidos pero en caso de necesitarse la responsable del centro de salud, puede hablar por teléfono para asegurar la atención sobre todo cuando es un caso especial, también se cuenta con la figura del gestor del Seguro Popular, que de acuerdo a sus funciones se encarga de asegurar la atención de los pacientes referidos por las unidades de primer nivel de atención.

*“No, anteriormente en Navolato si nos pedía que podíamos sacarle su cita pero como nada más cuentan con un ginecólogo y cuando iban las pacientes no las atendía ya no se hizo eso, porque nos venían a reclamar a nosotros. También está*

*el gestor del seguro popular, nosotros les decimos que si tiene algún problema vaya con el.”*

106.022.016

#### **d) INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN ASISTENCIAL CURATIVA PREVENTIVA**

La Interrelación de los aspectos asistenciales curativos con los preventivos–promocionales en la actividad profesional cotidiana, aprovecha oportunidades para la detección y prevención de enfermedades, incluye enfoque de riesgo (Doménech 2007).

El protocolo de atención prenatal lo inicia el personal de enfermería que además de tomar peso talla y signos vitales, se ha empoderado de las acciones de prevención y detección de enfermedades como: revisión de la cartilla de salud y detecciones de VIH/SIDA y Sífilis y diabetes gestacional, así mismo se aplican vacunas de acuerdo a su edad y estado de salud, se orienta sobre la alimentación adecuada, la ingesta de líquidos, detección oportuna de las complicaciones como una fase de prevención secundaria a través de la información sobre signos de alarma. Esto fue indicado por una enfermera de la unidad 004.

*“A una embarazada se le hace su prueba rápida de VIH y de sífilis, se aplican vacunas, se toma presión, peso y talla, a una madre con un menor de cinco años independientemente del motivo de la consulta, le voy a hacer hincapié en cómo debe ser su alimentación el consumo de frutas y verduras, que debe tomar mucho líquido, medidas de higiene cambio de ropa diario, el baño, signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas y digestivas, el esquema de vacunación hay que preguntar si está completo, si no pues que pase al área de vacunación para que le hagan su revisión que si le falta una vacuna, el cuidado del medio ambiente, realizar ejercicio, pues en sí.”*

206.022.016

La atención de salud bucal es uno de los componentes del paquete curativo-preventivo que se ofrece en las unidades de primer nivel, la existencia de personal de odontología en las unidades de primer nivel, permite que se otorgue el esquema básico a los usuarios de las mismas, así como rehabilitación de las piezas con caries, aprovechando los contactos con los y las usuarias. En la voz de una enfermera de la unidad 004

*“Pues aquí tenemos el servicio de dental también, cuando vienen niños que traen problemas en sus dientitos, les ofrecemos que los pasen con el dentista para que los chequen, aquí se lleva el control del niño sano”.....A embarazadas, niños y diabéticos. Le llaman esquema básico.”*

206.022.016

El personal de salud aprovecha las oportunidades de atención preventiva, independientemente del motivo de su consulta, para revisar si existe alguna intervención de prevención y promoción de la salud de acuerdo a su Cartilla de Salud; esta revisión se realiza antes de ingresar a consulta por el personal de enfermería, que además aplica vacunas, realiza detecciones de enfermedades de acuerdo a su edad y estado de salud. En la voz de una enfermera del centro de salud 002.

*“Le dan la vacuna al niño y ya le preguntan a la mamá si trae su cartilla de ella para ver, si también le falta alguna vacuna a la mamá o si se ha hecho su prueba de diabetes, si se ha tomado la presión “desde cuando no se checa la presión”, y ahí mismo se le puede pasar, ya en base a lo que la cartilla de mismo se le puede hablar a la mamá del niño”.*

206.022.016

La perspectiva de la población a este respecto, no le dan mucha importancia a la distribución e información de cartillas, en algunas ocasiones el personal de salud si entrega cartillas y las actualiza, en otras ocasiones no da capacitación sobre el uso adecuado del documento en algunas ocasiones no se otorgan por no tener en existencia. En la voz de mujeres de la unidad 004.

*“Pues la verdad no me han capacitado sobre la cartilla, yo cuando la saqué no, nada más saqué la cartilla pero no me dan una explicación de un reglamento, nada de eso.” “A mí no me han dado cartilla que porque no había”*

506.022.016

Las madres de menores identifican los cuidados que deben darles en el hogar a sus hijos en caso IRAS y las EDAS, así como los signos de alarma, el uso adecuado de los electrolitos orales en caso de diarrea, hacen énfasis en que se debe buscar atención médica en caso de presentarse algún signo de alarma. Así mismo se capacita otra población responsable del cuidado de los menores En la voz de una madre de la unidad 003.

*“Lo del vida Suero Oral nos dijeron que teníamos que ponerlo en un litro de agua... hay que lavarnos bien las manos, el agua tiene que ser limpia..... nos enseñan de la deshidratación, sobre las enfermedades respiratorias, que si tienen problemas para la respiración.... y todo lo que les pase pues cuando tienen problemas para respirar, nos dan indicaciones de que hay que acudir al hospital, eh, sobre la diarrea igual y enfermedades que se presentan, las indicaciones que debemos de tener como datos de alarma para acudir aquí o acudir al hospital con ellos, eh, en cada consulta al final en las indicaciones que nos dan en los medicamentos y eso, nos mencionan eso”.*

*“Mi mamá también está capacitada. Lo que pasa es que ella tenía el mismo programa pues y ella venía a pláticas también. Como el niño esta grandote ya no viene.”*

### e) ENFOQUE FAMILIAR

De acuerdo con los atributos de la Atención integrada, la atención MI que se brinda en las unidades de primer nivel de atención de los SSS, se realiza con enfoque familiar ya que se considera a la familia como determinante en el proceso salud-enfermedad, (Doménech 2007). Se parte de la premisa de que la familia, realiza tareas que tienen relación directa con el desarrollo y el bienestar de sus miembros. Entre sus funciones están: 1) la biológica: comprende la salud del hombre y la mujer y la reproducción humana; 2) educativa: socializar en los niños y niñas hábitos, sentimientos, valores y conductas; 3) económica: tendiente a satisfacer las necesidades materiales; 4) la solidaria: en la que se desarrollan afectos que fomentan el apoyo mutuo y 5) la protectora que brinda seguridad al grupo familiar.

Para su se les pide a las usuarias que asisten a consulta que inviten a sus otros familiares, para que reciban intervenciones preventivas o de detección de enfermedades de acuerdo a su edad y estado de salud. En la voz de una médica del centro de salud 004

*“Invitamos a sus familiares a que vengan a hacerse detecciones por ejemplo, lo que es de próstata, en las mujeres lo que es que se realicen sus Papanicolaou, chequeo de mamas, igual en las personas adultas checar que tengan sus vacunas, que tengan su cartilla, en el caso de los adultos mayores lo que es la influenza, tétanos, neumococo, hacer el VIH, VDRL a la población.”*

106.022.016

La percepción de la población es que el personal de salud se preocupa por la salud de su familia, ya que cuando asisten a consulta de atención prenatal le preguntan por la salud familiar y les solicitan que inviten a sus familiares a recibir servicios preventivos o de detección de enfermedades. En la voz de una embarazada del centro de salud 001.

*“A mí me toca el mes que entra traer a toda mi familia y ya te preguntan, bueno al niño te lo pesan haber como están, la niña mas grande, nosotros, si estamos bien de peso”*

423.022.016

Sin embargo el proceso para involucrar al hombre en la anticoncepción no se realiza, ya que existe por parte del personal de salud la creencia de que los hombres no les gusta participar en este proceso, por lo tanto la PF y anticoncepción sigue siendo tratado como un tema casi exclusivamente de las mujeres En la voz de una enfermera de la unidad 004 y una embarazada de la unidad 001.

*“Ahí sí es muy difícil, porque los hombres casi nunca acuden junto con su pareja. Cuando viene así, viene solo y nada más dice: vengo a que me den preservativos, pero es todo lo que piden”. Su participación es muy poquita como un 10%. Pues fíjese que son contadas las que, la verdad no, nunca los he citado”*

207.022.016

*“A mí nunca me han pedido que traiga a mi esposo para platicar con que nos vamos a cuidar.”*

423.022.016

El personal de salud ofrece mensajes de prevención de enfermedades, además se considera a los usuarios portavoces de esos mensajes para su familia, buscan que los mensajes logren un cambio en los hábitos y actitudes negativos en la salud. En la voz de una médica de una unidad de salud de 004.

*“Le hacemos participe para que ella misma trasmite a su familia de estas mismas medidas, porque si uno se las está dando a ella y lo hacemos constantemente, ya lo toman ellos como algo de ellos y ellos lo hacen ver a sus hijos y las personas que los rodean”*

106.022.016

## **h) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

En las unidades de salud se cuenta con un Comité de Salud, en algunas ocasiones se aprovecha su existencia para organizar a la población, y tratar de resolver problemas propios de la comunidad, por ejemplo el problema de acceso de localidades que no cuentan con transporte público. En la voz del promotor de la unidad 002.

*“...de repente está en nuestras manos algunas cosas que a lo mejor son factibles a trabajar en ello, por ejemplo aquí tenemos “La Bebelama” que no hay transporte, la gente se tiene que venir caminando o de “raite”, y ver como se puede ayudar a la comunidad para que cuenten con un vehículo para que puedan llevar al paciente. Inclusive con el comité de salud, para que organicen la comunidad y tengan disponibilidad de un vehículo.*

317.022.016

El personal de salud específico de campo realiza procesos de atención en la comunidad, estas actividades pueden ser organizadas directamente en la unidad como la formación de comités de salud, o responden a convocatorias nacionales (Semanas Nacionales de Salud), las acciones que se realizan en la comunidad van encaminadas principalmente a abatir rezagos en la población; o acciones para la prevención de enfermedades (Dengue), además se aprovechan contactos con la población para incorporarlos al proceso de atención Materno Infantil. En la voz del promotor de la unidad 002.



*“Mire yo aquí arme un comité de salud, ahorita estamos por formar otro porque sinceramente las personas no se involucran mucho, las que teníamos batallamos mucho cuando queríamos hacer acciones que beneficiaran a la comunidad, ahorita estamos por formar un comité de aquí, un comité de colonias nuevas, que es obligación tenerlo como promoción, pero si se batalla mucho para integrar a las personas e invitarlas para que participen, vamos a trabajar en eso.”*

317.022.016

Dentro de las actividades de participación comunitaria que realiza el personal de salud, se encuentran la organización de la comunidad para la disminución de riesgos a la salud. Los problemas que más se identifican son: falta de recolección de basura, baldíos, criaderos de insectos y fauna nociva, problemas en el manejo de las excretas, problemas con la red de distribución de agua para el consumo humano, existencia de corrales en zonas pobladas, problemas de higiene personal y del medio ambiente, brotes de enfermedades infecciosas; ante algún brote de enfermedades infecciosas, se realizan cercos sanitarios para la búsqueda de casos nuevos y acciones de prevención alrededor de los casos detectados para el control de la enfermedad. En la voz de la médica de la unidad 002.

*“...bueno pues ahorita está el problema de la recolección de basura o sea si se saca basura y no está pasando el carro como seguido, creo que hay problema allá, no se está recolectando la basura como es, también pues que todavía hay mucha calle sin pavimentar, hay mucho polvo, hay mucho monte, hay baldíos que no se sabe quién es el dueño y pues no se pueden meter ahí a limpiar pues porque no saben quién es el dueño. Nos han comentado que ellos quisieran desmontar por lo del mosco pero no tienen permiso y pues las autoridades tampoco saben de quien es, y también la falta de la gente, que también siguen confundiendo lo que es el cacharro real con la basura y también el manejo de las letrinas hay gente que todavía sigue teniendo letrina.”*

104.022.016

Cuando los riesgos a la salud comunitaria, corresponden al ámbito de otras autoridades, municipales y/ o estatales las funciones que desempeña el personal de salud consiste principalmente en: aviso a las autoridades correspondientes, orientación a la población sobre la solución del riesgo, seguimiento para la solución del riesgo a través de autoridades sanitarias (COFEPRIS), también se estimula la participación comunitaria para resolver problemas de salud. En la voz de las medica de las unidad 002.

*“...nosotros levantamos otro documento y lo mandamos a la Secretaría y ya ellos vienen se programan, primero van con el Sindico para ver que ha hecho él. Muchas veces la gente ya no lo quiere hacer les decimos que vayan con el síndico y ya no lo hacen, o a veces son conflictos entre vecinos”.*

104.022.016

La población también se hace referencia sobre la realización de actividades comunitarias para disminuir los riesgos para la salud como por ejemplo: disminución de criaderos de moscos y limpieza del medio ambiente. En la voz de una mujer de la unidad 003.

*“Como ayer que nos juntamos para ir a barrer las calles, pintar los árboles, tener limpia la comunidad. - Con los mosquitos- “Lo que pasa es que ahí hay mucho perro, muchos animales pues que tienen roña y así, o la gente tira la basura también, si pasa mucho en no llenar la basura la gente la tira por el camino. Es que ahí donde yo vivo, lo que pasa es que las personas, como en INFONAVIT, llenan las calles de agua, y se hacen aguas negras, y apesta muy feo, y la gente pasa a tirar la basura en la calle y ahí se queda y se apesta mucho”*

417.022.016

#### **d) ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Este atributo Implica actividades destinadas a fortalecer actitudes para el autocuidado de la salud, las cuales se desarrollan en grupos con características similares.

La forma de capacitar a la población del equipo de salud es a través de un proceso educativo.

El equipo de salud de las unidades de primer nivel de atención realizan talleres comunitarios para el desarrollo de habilidades para el autocuidado de la salud, dentro de los talleres incorporan diferentes técnicas de enseñanza aprendizaje, como por ejemplo exposiciones en los que utilizan diversos auxiliares didácticos como los rotafolios, también realizan sociodramas, se hace énfasis en que para el cambio de actitud de la población, es necesario que las personas que asisten a talleres. Los temas relacionados con la atención materno infantil que se desarrollan en los talleres son: planificación familiar, embarazo en adolescente, VIH/SIDA, higiene personal, lavado de manos, de dientes, desinfección de frutas y verduras, al momento de preparar los alimentos, que el agua este limpia, lavarse bien las manos antes y después de ir al baño, la alimentación es muy importante también, la lactancia materna, cáncer de mama, cáncer cervicouterino, violencia familiar y del noviazgo, Ira's y Eda's. En la voz de un promotor de la unidad 003.

*“....Higiene personal, lavado de manos, de dientes, desinfección de frutas y verduras, al momento de preparar los alimentos, que el agua este limpia, lavarse bien las manos antes y después de ir al baño, la alimentación es muy importante también, la lactancia materna....trabajamos en lo que es VIH SIDA,....cáncer de mama, Ca Cu, violencia familiar, PF, IRAS y ERAS, lactancia materna, ponemos un periódico mural, hacemos los talleres el cuestionario, y luego la información, cartulinas, se hace un producto después del taller. También se les habla sobre la*

*higiene personal, se les habla de todo lo que se pudiera hacer una epidemia, se les habla de los piojos incluso se les habla de drogas del alcohol, del tabaquismo, en los jóvenes, secundaria y prepa, se les habla de la violencia en el noviazgo.*

317.022.016

Además de los talleres se utilizan otros medios de comunicación masiva para enviar mensajes sobre el autocuidado de la salud de la población, como son: Periódicos murales, perifoneo, mantas cárteles, periódico local, pantallas de televisión, canal de televisión local. Los mensajes que se envían a través de estos medios vienen a reforzar la capacitación de la población. A decir de un promotor de salud de la unidad 001

A las embarazadas usuarias del Programa de Inclusión Social (PROSPERA) además de entregarles multivitamínicos y despensas alimenticias, acuden a los talleres de promoción de la salud dentro de los que se encuentra la capacitación sobre lactancia materna; En la voz de una enfermera del centro de salud 002.

*“Lactancia materna la lleva PROSPERA, ellos llevan un control de la lactancia. Bueno se les da a todos pero eso es más bien para nosotros son los de PROSPERA son cautivos”*

204.022.016

#### 6.4 ARTICULACIÓN DE LOS PROCESOS API

Uno de los objetivos de la Estrategia API es situar a las personas en el centro de la atención para conseguir que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos; la idea central es dejar de lado la atención asistencial tradicional, en donde se otorga generalmente acciones destinadas a recuperar la salud perdida, así como la que se otorga a través del modelo de programas de prevención y control de enfermedades; esta nueva propuesta aprovecha oportunidades de contacto con la población para proporcionar un paquete de servicios asistenciales preventivos de acuerdo al ciclo de vida, considerando que cada individuo se encuentra dentro de un entorno familiar y comunitario, y que además le afectan en su salud aspectos psicosociales.

Para lograr este objetivo se requiere contar no solamente con un equipo multidisciplinario capacitado y bien organizado, sino también del establecimiento de un sistema de producción de servicios, en este caso la atención MI, que garantice que todos los procesos asistenciales y de prevención incluidos en las guías API, se lleven a cabo en todos los usuarios del grupo blanco, además de vincular las acciones dirigidas a las personas con aquellas dirigidas a la comunidad.

De acuerdo al Modelo integral de atención a la Salud (MIDAS 2006) los equipos de personal en salud deben de estar conformados en Núcleos Básicos Primarios (EBP)



conformados por un médico, una enfermera y un promotor, cuando menos 1 por cada 1000 hab. (SSA 2006). Al respecto en las unidades de salud de los SSS además del personal de medicina, personal de enfermería clínica y de campo, personal de promoción de las unidades de salud de la muestra, en algunos centros de salud cuentan con personal de odontología, y en un menor número de ellos cuentan con personal de nutrición y psicología, personal de apoyo administrativo y de limpieza; no existe una plantilla de recursos humanos homogénea y el número de personal existente no guarda relación con los usuarios de cada unidad, ya que el rango de la razón médico/habitantes es de 2,323 - 6,208 entre las unidades de la muestra ( Cuadro no. 7).

Es quizá por esta razón que el personal de salud no está organizado en *Núcleos básicos primarios*, ya que no se cuenta con personal suficiente para la formación de los equipos necesarios para atender a la población usuaria de las unidades de salud.

**Cuadro no. 11**  
**Razón de médico/ población potencial**  
**En unidades de la muestra**

No.	Tipo	Población que atiende	Personal De Medicina	Razón médico/población
001	Urbano	18,907	8	1/2363
002	Rural	11,619	5	1/2323
003	Rural	31,042	5	1/6208
004	Rural	19,451	8	1/2431

Mientras tanto el personal de salud se organiza de acuerdo a roles generados por los diferentes tipos de profesionales, dependiendo estructuralmente de la dirección de la unidad. A decir de la médica del Centro de Salud 003

*“Somos como 40 personas, médicos son 7, somos 11 enfermeras y dos pasantes, promotor de la salud 3, 7 administrativos, 3 del seguro popular, médicos pasantes son dos, odontólogos 2 de base y 1 pasante, 1 nutriólogo de salud del adulto, 1 director, una jefa de enfermeras.”*

117.022.016

En todas las unidades de salud de la muestra los roles adoptados por el personal de salud son los siguientes;

1. El personal de enfermería se encarga principalmente de la realización de actividades preventivas y de detección de enfermedades, así como el seguimiento de los tarjeteros y censos nominales de vacunación Universal, realizando acciones dentro y fuera de la unidad. En la voz de una enfermera de la unidad 004.

*“Una enfermera vacuna, una en la sala de usos múltiples donde se hacen Papanicolaou, curaciones etc. una que se encarga de PROSPERA, las otras 3 hacen todas las acciones de los programas que se llevan en la secretaría, dan movimiento a los tarjeteros, si es de primera vez pues ingresarlos, las detecciones las hacen las que están en filtro y las que **andan en campo**, las enfermeras, identifican a la paciente, le toman peso y talla, somatometría, TA, detecciones si hay acciones de medicina preventiva las realizan y luego se la pasan al médico”.*

207.022.016

2. El personal de promoción de la salud, se encarga principalmente de la educación para la salud, capacita a la población en temas como higiene personal, riesgos de la salud, de fauna nociva, trabaja con grupos de población (comité de salud, adolescentes escolares etc.); realizan acciones comunitarias enmarcadas en los programas de Escuela y Salud, Comunidades Saludables. Realizan detecciones de riesgo de enfermedades y distribuyen Cartillas de Salud. Sus labores las realiza tanto en la unidad como en la comunidad. En la voz de la promotora de la unidad 004.

*“Los promotores trabajamos en la sala de espera, el promotor tiene trabajo de escuelas y de salud municipal, formamos los comités de salud, damos temas sobre la higiene personal, se les habla de todo lo que se pudiera hacer una epidemia, se les habla de los piojos incluso, se les habla de drogas del alcohol del tabaquismo, en los jóvenes, secundaria y prepa, se les habla de temas como la prevención del cáncer de mama, ca cu, planificación familiar se les habla de drogas, de la violencia en el noviazgo. Hacemos cuestionarios de factores de riesgo y les damos a los usuarios Cartillas”.*

317.022.016

3. El personal de medicina otorga principalmente la atención asistencial y es el encargado de actualizar el expediente electrónico con las acciones que realiza el personal de enfermería y promoción de la salud, también canaliza a otros servicios como dental, nutrición y psicología cuando es necesario, también es el responsable de la referencia de pacientes a otros niveles de atención. En la voz de la enfermera de la unidad 004.

*“El médico dependiendo del problema, el médico hace exploración física completa, hace el diagnóstico y otorga tratamiento, e identifica si hay algún problema bucal y lo canaliza con el dentista, el nutriólogo tiene como 8 días que llegó, los médicos le van a canalizar pacientes y se le van a agendar pacientes. También realizan referencias al hospital de las embarazadas y*



*de los niños cuando hay problemas que no se pueden resolver, actualizan el expediente electrónico con la información que le pasamos de las detecciones o vacunas que aplicamos.”*

206.020.016

Generalmente los usuarios son atendidos por un médico diferente (ocasionalmente algún usuario solicita la atención de alguien en particular); esta situación representa una limitante para la continuidad de la atención de las personas, sin embargo la articulación de los procesos, de acuerdo al discurso del personal, se realiza a través de la información clínica de las personas que contiene el expediente clínico electrónico y la interoperabilidad del mismo y otros sistemas de información como son los tarjeteros de control, por lo que todo el personal de medicina tiene acceso a información del usuario y puede dar seguimiento a su atención. En la voz de una médica de la unidad 001.

*“ahorita yo tengo agendadas a las embarazadas que piden conmigo, porque los pacientes a veces” no es que yo quiero pasar con usted”, entonces yo llevo eso. Pero aquí atendemos de todo..... Sí, de hecho los registros son nada más para llevar un control de que quienes son las mujeres que tenemos actualmente en control, y como estuvieron sus signos vitales pero en el expediente electrónico directamente se puede ver y ahí viene todo.*

123.022.016

4. El equipo de salud de la API no se limita a la provisión de los servicios de salud de manera permanente en los centros de salud ya que su personal multidisciplinario, provee cuidados en la comunidad cuando así se requiere; aunque generalmente estas actividades las realiza el personal de enfermería y de promoción, en algunas ocasiones el personal de medicina se une al equipo para el trabajo comunitario. En la voz de la enfermera de la unidad 004.

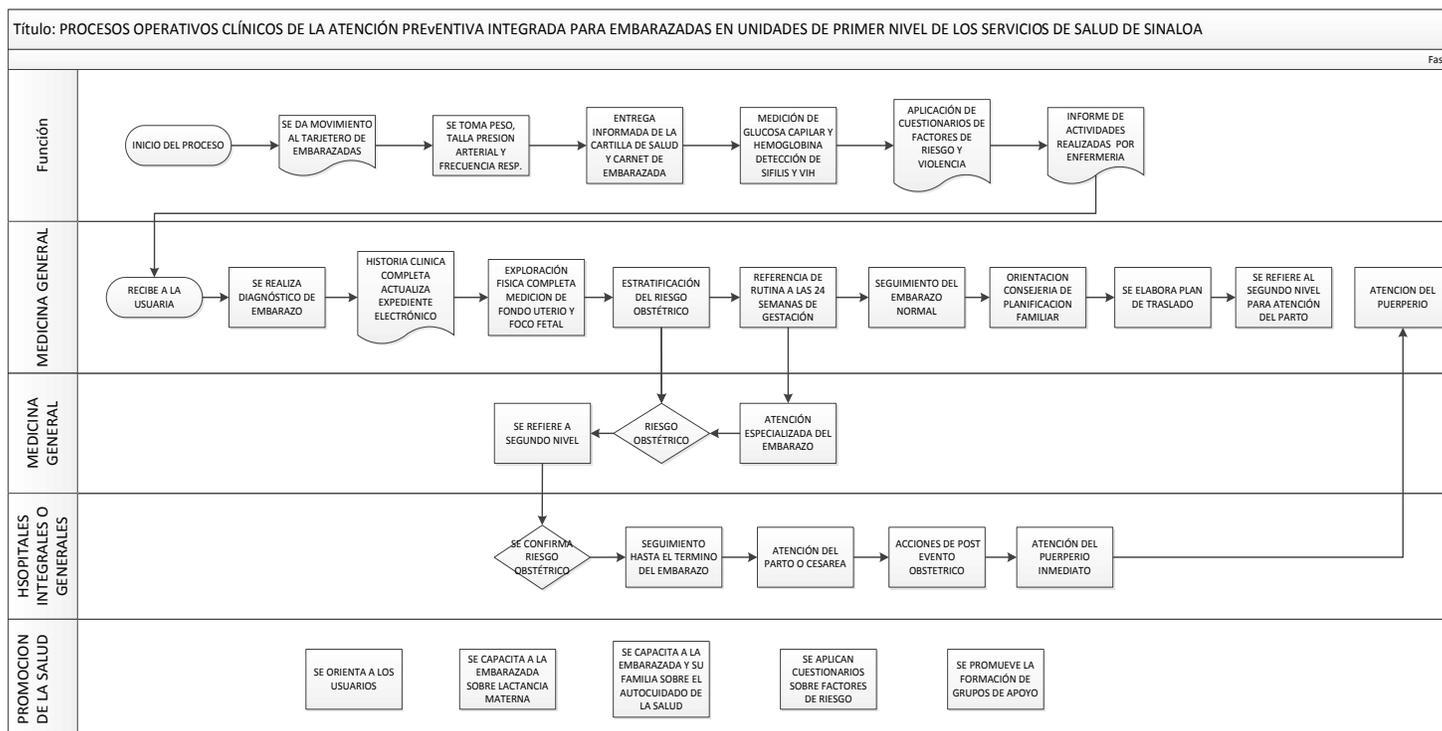
*“Cada quien tenemos bien definido el rol, algunas actividades las realizamos juntas, cuando tenemos que salir a comunidad que es muy seguido que vamos a los campos de jornaleros agrícolas migrantes, cuando solicitan los empresarios, vamos médicos enfermería, medicina y promoción, cada quien hace lo que le corresponde, salimos cada dos meses, cada agrícola nos solicita, el promotor se encarga de los jornaleros y el los agenda con el programa vete sano, regresa sano, el promotor se encarga nosotros nada más entramos como apoyo.”*

206.022.016

La articulación de procesos operativos clínicos, comunitarios y administrativos encontrados en las unidades de la muestra se presentan en gráficas de flujo las cuales se realizaron con el fin de analizar la articulación de los mismos y la actuación de los diferentes tipos de los profesionales que integran el equipo de salud.

Durante la Atención MI que se otorga en las unidades de salud, se llevan a cabo un gran número de intervenciones de las Guías API, sin embargo es importante mencionar que no existe una sistematización adecuada en la articulación de los procesos, esto quiere decir que no se sigue paso a paso todos los procesos en el 100% de la población blanco.

**Gráfico. No. 4**



Fuente: Elaborado por el autor

**Anexo No. VI. Diagramas de flujo de los procesos operativos clínicos, comunitarios y administrativos de la atención MI a través de la API.**

A continuación se detallan algunos datos relevantes con este respecto:

- Durante el 2015 en el Sistema de Egresos Hospitalarios (SAEH) se reportaron nueve (9) casos de sífilis congénita en hospitales de los SSS (DGIS 2015) considerándose que la cobertura de detección de sífilis en el periodo gestacional no fue del 100 % o la prueba fue realizada en la fase final del embarazo y por tanto no fue de utilidad para la prevención de la transmisión vertical.

- El Informe del SIS reportó que en 2015 se atendieron a 37,744 embarazadas y se realizaron 38,808 pruebas de VIH, aparentemente se obtuvo una cobertura superior al 100 %; sin embargo en 2016 el SIS integra nuevas variables, entre las variables incluidas se encuentra la diferenciación de detecciones de VIH de primera vez y subsecuentes con lo cual se puede hacer un análisis de cobertura con mayor precisión que en los periodos anteriores; de enero a mayo de este año se atendieron 14,596 embarazadas de primera vez y se realizaron 8,483 pruebas de VIH, de las cuales 6,546 de primera vez, lo que representa 44.8% de cobertura; entonces es posible asumir, que en años anteriores la estimación de coberturas no reflejaba lo que ocurría realmente y que a algunas embarazadas se les hacía la detección más de una vez, mientras que a otras no se les hacía. Durante las entrevistas y grupos focales, no se manifestó que hubiera resistencia por parte de mujeres embarazadas a realizarse la detección, por lo que no se puede atribuir a esta situación las bajas coberturas de detección. A pesar de contar con el expediente electrónico no se cuenta con un reporte que resuma a todas las embarazadas con sus variables de atención, solo se cuenta con un reporte de consulta individual.

La débil o a veces inconsistente sistematización de la articulación de los procesos puede deberse a varias causas como por ejemplo:

- Inicio tardío del control prenatal, menos del 40 % de las mujeres embarazadas acude a la unidad durante el primer trimestre del embarazo; lo que trae como consecuencia que el indicador de Razón de consultas/embarazo sea de 2 (DGIS 2015).
- Falta de evaluación de las acciones operativas, lo que no permite determinar las coberturas en la población, o bien como en el caso anterior no se contaba con un reporte que permitiera estimar las coberturas reales.

Por último, como resultado del análisis del diagrama de flujo de los procesos administrativos, además de los resultados encontrados en la recolección de información, se identificó que: la vinculación de los procesos administrativos es la de mayor complejidad, dentro de los problemas de articulación encontrados se encontraron los siguientes:

- Falta de vinculación entre el diagnóstico de salud y priorización de problemas en el establecimiento de metas.
- Falta de vinculación en la elaboración de metas entre los programas de salud.
- Falta de vinculación en los procesos de distribución de insumos (atención médica, programas de salud, vacunación, salud materna y perinatal, PF, salud bucal y promoción de la salud)
- Falta de vinculación entre los programas de salud para la capacitación del personal.

- Falta de vinculación entre los programas de salud y atención médica para la supervisión de los procesos de atención. En la voz de enfermera de la unidad 004

*“Las metas las hacen en la jurisdicción, cada encargado de programa...los insumos se solicitan al encargado de cada programa, en la jurisdicción, yo voy con cada encargado y me dan de acuerdo a la productividad. Nos dan un vale para el almacén, cada encargado de programa, cada mes que entrega el SIS mensual cada encargado me dan los vales,”*

206.022.016

## **6.5 FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES QUE INTERVIENEN EN LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL BAJO EL MARCO DE LA ESTRATEGIA API**

### **6.5.1 FACTORES OBSTACULIZADORES LA API**

El principal factor obstaculizador para la implementación de la Estrategia API se refiere a la disponibilidad y organización de los recursos humanos en las unidades de salud, que como ya mencionamos en el capítulo anterior no están organizados en *Núcleos Básicos Primarios* y no son suficientes (ver cuadro no. 11 y 12) para atender a la población de acuerdo al indicador de la OMS de 1 *NBP* por cada 1000 habitantes (SSA, 2006).

El tipo de contratación del personal de salud no es homogénea (ver cuadro no. 8), puede ser de base federal, base estatal/homologados y regularizados, contratos de PROSPERA, contratos de programas de salud, contratos de FASSA y SP, así como pasantes de medicina, enfermería y odontología, esto presupone que algunos de ellos se tengan que dedicar exclusivamente a un programa con actividades específicas y no estén dispuestos a participar en la estrategia de API; además existe diferencias en los salarios que se perciben, ya que de acuerdo a los tabuladores vigentes (federal y SP), un médico general con base federal percibe tres veces más salario, que un médico de contrato del Seguro Popular, lo que genera inconformidad y falta de cooperación.

Así mismo se observa que la infraestructura disponible en ninguna de las unidades de salud seleccionadas, cuenta con las características necesarias para establecer un sistema de *Núcleos básicos primarios* (cuadro no. 8).

Además de no contar con áreas destinadas al personal de apoyo complementarios como psicología y nutrición. A decir de la médica del Centro de Salud 003

*Tres consultorios, uno del odontólogo, uno de nutrición que está “megachiquitito”, uno de vacunación y una sala de usos múltiples, creo que nos hacen falta espacios.”*

117.022.016



Con respecto a la atención longitudinal el principal factor obstaculizador en mujeres embarazadas lo representa la etapa de inicio del control prenatal, como ya mencionamos anteriormente menos del 40 % de las mujeres embarazadas acude a la unidad durante el primer trimestre del embarazo (DGIS 2015). Las mujeres que no asisten durante el primer trimestre del embarazo, quizás no tengan la oportunidad de recibir todas las intervenciones incluidas en la atención prenatal, así mismo es importante la oportunidad de las intervenciones es decir, entre más temprano se detecta un factor de riesgo, mayor oportunidad de realizar acciones dirigidas a la disminución de riesgos.

**Cuadro no. 12**  
**Estimación de núcleos básicos necesarios**

No.	Tipo	Población que atiende	Estimación de núcleos básicos primarios necesarios *	Personal de medicina existente	Déficit de personal de medicina	No de consultorios Existentes (SINERHIAS)	Déficit De consultorios**
1	Urbano	18,907	18	8	10	4	6
2	Rural	11,619	11	5	6	5	5
3	Rural	31,042	31	5	31	5	11
4	Rural *	19,451	19	8	11	5	6

Fuente: Subsistema de información de equipamiento, recursos humanos e infraestructura para la salud (SINERHIAS)

\* Considerando 1 por cada 1000 habitantes\* (SSA 2006)

\*\*Déficit de consultorios considerando servicio de odontología con turnos matutino y vespertino

La longitudinalidad de la atención también se ve afectada por la falta de insumos que de manera intermitente se puede observar en las unidades de salud; durante la investigación se constató que en las unidades operativas se cuenta con inventario de medicamentos, no así de otros insumos necesarios para la atención MI, en el momento de la recolección de la información, se identificaron faltantes de algunos insumos como tiras reactivas para Sífilis, albendazol, determinación de hemoglobina, ácido fólico, vacunas y material de curación, por lo que en ocasiones no es posible aprovechar los contactos que se tienen con la población para llevar a cabo las acciones incluidas en la atención MI: En la voz de la médica de la unidad 002.

*“Ahorita me hace falta para la embarazada no tenemos tiras de hemoglobina, tiras de VDRL, no tenemos tiras de orina, bueno para las detecciones pero tampoco hay ácido fólico, para el menor no tenemos desparasitante y no tenemos vacunas y tiras de hemoglobina, nos faltan suturas, no hay gasas, ni tampoco jeringas”*

104.022.016

La longitudinalidad de la atención, requiere de una organización precisa de los recursos humanos, financieros y materiales, si esta organización no es consistente, la oportunidad de realizar el acompañamiento del profesional durante el proceso Salud enfermedad de las personas se reduce. Ya que no solamente se trata de atender una patología concreta o un determinado momento de su vida, sino que debe incluir la valoración del paciente en varios momentos. Por tal motivo la falta de un ejercicio operativo anual en las unidades de la muestra que responda a las necesidades de la población (DX de salud) es uno de los principales obstáculos para la implementación de la API durante la atención MI.

Ahondando un poco más en el problema de la planeación de las actividades, se observó que las metas de cada programa por unidad operativa, son elaboradas por los encargados de programa en el nivel jurisdiccional, no se realizan de manera integral, ya que cada programa tiene su propia metodología, no tienen una base poblacional (con excepción del programa de Vacunación Universal), las metas del resto de los programas se realiza generalmente con un antecedente histórico de la productividad a través de la información del SIS (de consultas de embarazadas, de consultas de diarrea en los menores de cinco años, etc.). En la voz de enfermera de la unidad 004

*“De este año no me han mandado metas, no se han dicho que nos basemos en los del año pasado. Nos las manda cada programa de la jurisdicción. Pues no es algo que nosotros hagamos aquí...”*

206.022.016

El concepto de continuidad de la atención implica por lo menos 3 dimensiones: la información, la gestión y la relación (proveedor/paciente-familia).

Con respecto a la información se cuenta con el expediente electrónico y con otras herramientas de control, así como algunos formatos emitidos por el mismo Software para la referencia de pacientes, sin embargo pudiera ser un obstáculo para la continuidad, que el SIGHO no emita reportes de seguimiento, en los que se precisara cuales intervenciones de atención que aún no se han realizado para establecer estrategias que permitan completar el protocolo; por otra parte es importante conocer cuales intervenciones se realizaron y las circunstancias en las que se realizaron, para identificar algún posible riesgo: como en el caso de la detección de sífilis si la detección se realizó en el último trimestre y esta resultó positiva, existe un riesgo inminente de que el RN tenga Sífilis congénita por lo que se debe tomar una alternativa.

Así mismo a pesar de recibir a los pacientes referidos de las unidades de salud y atender las complicaciones y los eventos obstétricos, se detectaron problemas cuando se trata de la anticoncepción post evento obstétrico ya que a pesar del consentimiento informado de las pacientes para aceptar algún método anticonceptivo no se les realiza el procedimiento en los hospitales. En la voz de una madre de niño menor de cinco años de la unidad 003



*“Quieren que uno se opere, pero para que verdad, cuando va uno no la quieren operar... Yo me quería operar del niño, y no, tienes que sacar cita programada no sé qué tanto tiempo. En el hospital de la mujer. Ahí no operan, tienes que ir a sacar cita y volver hacerte estudios...”*

517.022.016

Otro obstáculo continuidad de la atención se presenta en el momento de la atención del puerperio. En los hospitales se la valoración del puerperio inmediato y la atención al RN, y es responsabilidad de la unidad de primer nivel la vigilancia del puerperio mediano; sin embargo se observó que las puérperas no regresan y solamente se otorga una razón de 1.7 consultas/puérperas (DGIS 2015); en vez de 3 como lo considera la NOM-007-SSA2-1993, Esto se debe principalmente a la falta de contrarreferencia y a la falta de capacitación de la paciente de que tiene que regresar después del parto, como se mencionó en los capítulos de procesos clínicos, comunitarios y administrativos. En la voz de una madre menor de cinco años de la unidad 003.

*“..... a mí nunca me dijeron que viniera durante la dieta”*

406.022.016

Un obstáculo detectado con relación a la atención con enfoque biopsicosocial consiste en que a pesar de que el personal de salud detecta características en grupos de personas que se relacionan con estados de vulnerabilidad como son: el ambiente en el que viven, población indígena, migrantes, costumbres, problemas en la alimentación, desnutrición, tipo de combustible que utilizan para cocinar, hacinamiento, nivel de escolaridad, embarazos en adolescentes, sin derechohabencia al Seguro Popular por falta de documentos, acceso a los servicios de salud, no cuentan con un plan de acción específico para atender problemas de salud relacionados con esas características psicosociales de la población como se realiza en los menores de cinco años.

La capacitación del personal de las unidades, cada programa realiza una capacitación anual a nivel jurisdiccional, en las incluyen un tema atención integrada, a estos eventos asisten una o dos personas de cada unidad, las personas que asisten casi siempre son las mismas, son las encargadas de replicar la capacitación para el resto del personal, en las unidades no se encontró evidencia de cartas descriptivas. Además se observó que existen rezagos de capacitación del personal de salud, en cuanto a algunos temas de atención integrada y sobre todo de la reglamentación de la atención de las embarazadas adolescentes. En la voz de una médica de la unidad 002.

*“...Cuando alguien me llama (de la jurisdicción) para tomar un curso, yo tomo el curso y los retroalimento aquí, reúno aquí, a veces no es formal en el aula pero por decir, “quédense consultando un médico” y que se vengan unos y los capacito y les explico, si es muy poquito lo que ha cambiado y nada más es reforzar el*

*aprendizaje se los doy en un circular, les explico lo que se va cambiar y lo firman y se los doy a ellos para que lo lea, cuando te lo exigen entonces hago una pre o post evaluación o nada mas una post evaluación. “La capacitación que recibimos es por programas... de cáncer infantil, de embarazo”*

104.022.016

No se realiza supervisión integrada, el personal de salud es supervisado por encargados de programas, PROSPERA y Atención Médica, esto dificulta un diagnóstico integral de la atención que se brinda, en años anteriores en las jurisdicciones existía el equipo zonal que de alguna forma hacía una supervisión integral, así mismo es muy notorio que se pierde la oportunidad de otorgar una supervisión capacitadora. En la voz de una médica de la unidad 003.

*“La supervisión también es por programas, si, antes a había un equipo zonal que le llamaban, que salían y hacían todo, no, pero se vio que era más fácil por programas, porque le prestas más atención, y tenemos la capacitación, este la supervisión mensual con los supervisores de atención médica que ellos si lo ven todo, desde infraestructura hasta la nota medica, si, ahorita estamos teniendo otra supervisión cada dos meses aproximadamente por, eh, los gestores de calidad. Si. Ellos también están atendiendo. Igual el mismo esquema, el mismo producto.”*

117.022.016

Los supervisores dejan sus recomendaciones en la libreta de supervisión de la Dirección, el Director se las hace llegar al personal operativo y da seguimiento de las mismas, no se encontró evidencia del seguimiento de la supervisión de niveles superiores. En la voz de la enfermera de la unidad 004

*“Cuando hay alguna indicación, se la hacen a los jefes, y ya ellos nos dicen hay que seguirle más en esto.”*

206.022.016

En las unidades de salud no se encontró evidencia de ejercicios evaluadores, el personal de salud si está consciente de que debe de lograr una meta de las actividades que en un momento dado conforman la atención integrada, no como un todo sino como productos de servicios otorgados por la unidad a la población.

### **6.5.2 FACTORES FACILITADORES LA API**

Dentro de los elementos facilitadores de la Estrategia API para la Atención MI, se encuentra toda la reglamentación la que se tiene acceso en las unidades de salud como: La NOM-007-SSA2-1993 para Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Los manuales de procedimiento de los seis programas involucrados (salud de la infancia y adolescencia, salud materna y perinatal,

anticoncepción y planificación familiar, vacunación universal, salud bucal, y promoción de la salud), la guía de práctica clínica para la vigilancia del embarazo y atención del memore de cinco años y modelo de “Atención Integrada de niñas y Niños menores de cinco años (CENSIA 2002); que permite que el personal de salud pueda consultar en cualquier duda los procedimientos de la Atención MI.

Así mismo para dar seguimiento a las acciones de prevención y detección de enfermedades, se apoya la “Estrategia Nacional para las Acciones de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida”, así como el “Sistema de Cartillas de Salud” el cuál es “un esquema a través del cual los individuos podrán llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención y promoción de la salud, que reciban en cada etapa de la vida” (DGPS 2007)

La atención MI a través de la API para la solución de problemas de mayor complejidad que no pueden ser resueltos en unidades de primer nivel, se apoya en Sistema de Redes de Servicio de los SSS (Ponce 2008); cada unidad de primer nivel está inmersa en una Red Local que cuenta con hospitales integrales y generales y Unidades de especialidad de Cáncer de Mama, Sida, adicciones, Salud Mental y Enfermedades crónicas, así mismo la Red Estatal cuenta con hospitales especializados a donde pueden referir pacientes como es el caso del Hospital pediátrico de Sinaloa, el Instituto Estatal de Cancerología y El Centro Estatal de Dermatología).

Aunque no se cuenta con el esquema del Sistema de Redes de Servicio se pudo constatar que todo el personal de salud, conoce la red local a la cual pertenecen y otros sitios de referencia como son las UNEMES SORID, Adicciones, Salud Mental y DEDICAM. En la voz de una médica del la unidad 001.

“....no lo tengo por escrito, pero si se cuales son las unidades de esta Red Local, yo puedo referir al Hospital Integral o bien al Hospital de la Mujer para la atención especializada de rutina, y para la atención del parto.”

104.022.016

El sistema de Redes de Servicio de los SSS, permite la continuidad de la atención MI, ya que es posible realiza referencias de rutina, para la atención de eventos obstétricos, para la atención de complicaciones del embarazo y de los padecimientos en el menor, así como en comorbilidades como el VIH, Diabetes gestacional, cáncer cérvico uterino y de mama, Tuberculosis, adicciones, violencia y salud mental, que ponen en riesgo la salud de la madre y del hijo; estas se llevan a cabo sin mayor complicación, bajo un marco regulatorio de referencia establecido y funcional basado en información oral y escrita, aumentado su eficiencia con la figura del Gestor del SP y las funciones que realiza.

De igual manera en las unidades que cuentan con personal de psicología y nutrición se

da continuidad a algunos de los problemas relacionados con estilos de vida, alimentación y trastornos mentales y de conducta en la misma unidad.

Las unidades de primer nivel y hospitalarias cuentan con expediente electrónico, un Software basado en la NOM-004-SSA3-2012 y la NOM-024-SSA3-2012 ambas complementarias, que garantiza la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de los estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud, de igual manera se apoya para el diagnóstico de enfermedades y la realización de procedimientos tales como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). Software que es revisado y actualizado periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios y tomadores de decisiones teniendo la versión 7.1.04 al mes de agosto de 2016 (Armenta 2016)

Se cuenta además con el Sistema de Información en Salud (SIS) cuyo objetivo es el registro de todas las actividades que se realizan en la unidad, que además integra herramientas para el control y seguimiento prenatal y de menores de cinco años como son los tarjeteros, los cuales bien utilizados por el personal de salud, pueden ser de gran ayuda para realizar intervenciones de atención MI en aquellas personas que no hayan recibido los beneficios y realizar la evaluación cuantitativa de procesos y determinar coberturas en la población.

La atención MI que se otorga a través de la API es con enfoque de riesgo, aunque las complicaciones obstétricas en ocasiones son difíciles de pronosticar, el parto obstruido y las infecciones pueden ser en ocasiones prevenidos y fácilmente solucionados (CNEGySR 2014). Así como la identificación de factores de mal pronóstico (FMP) en los menores de cinco años - madre analfabeta o menor de 17 años, muerte de un menor de cinco años en la familia; menor de dos meses; menor de un año con antecedente de bajo peso al nacer; desnutrición moderada o grave, Infecciones persistentes; dificultad para regresar a consulta en caso de agravamiento (NOM031-SSA2 2002) -, estas variables biológicas y sociales permiten orientar el plan de tratamiento, porque su presencia aumenta la probabilidad de que el niño muera si no se le da un seguimiento especial (CENSIA 2002).

El abordaje del enfoque familiar a través de la API en las unidades de salud de los SSS, que se inicia profundizando el conocimiento por parte del personal de salud de aspectos familiares como determinantes del proceso salud enfermedad para ello se solicita de manera permanente la asistencia de los familiares en acompañamiento y participación de atención de los y las usuarias, en caso de que el motivo de la consulta sea por una enfermedad infectocontagiosa se otorga consulta a todos los miembros de la familia para identificación de casos nuevos y el ingreso a tratamiento.



El PROSPERA es un elemento facilitador para la capacitación de la población con respecto del autocuidado de la salud, este programa realiza talleres comunitarios en población cautiva, que en un momento dado se convierten en capacitadores en su comunidad y se ha logrado permear en el pensamiento colectivo con temas relacionados con la salud MI, así como otros de interés de la salud integral de la población.

Además de los talleres se utilizan otros medios de comunicación masiva para enviar mensajes sobre el autocuidado de la salud de la población, como son: Periódicos murales, perifoneo, mantas cárteles, periódico local, pantallas de televisión, canal de televisión local. Los mensajes que se envían a través de estos medios vienen a reforzar la capacitación de la población.

Por último podemos asumir que la percepción del personal de salud con respecto a la Estrategia API, es una de los elementos facilitadores más importantes, a su consideración esta estrategia les permite cumplir con su función adecuadamente y atender al paciente de manera integral, los encargados de programa fragmentan la atención al solicitarles metas por programa, ellos hacen un esfuerzo para aprovechar los contactos de la población para lograr las metas, sin embargo logran conceptualizar que al hacer este esfuerzo realizan Atención Preventiva Integrada y pueden observar cuales son los beneficios en ellos mismos y en la población.

Así mismo la percepción de la población con relación a la atención MI es muy buena, ellos mencionan que se les presta atención, se les educa para el autocuidado de la salud, se previenen enfermedades y se da seguimiento a su estado, la única percepción negativa es sobre la negativa a otorgarles servicios gratuitos cuando no cuentan con SP.

## 7. DISCUSIÓN

Los resultados muestran que existen disonancias entre el modelo diseñado y planteado en la Dirección de Prevención y Promoción de la Salud de los Servicios de Salud de Sinaloa “Estrategia de atención Preventiva Integrada” y la operación local que surge en la práctica.

De acuerdo a los hallazgos en caso de los menores de cinco años, en el personal de salud existe la tendencia a abordar su atención a través de un paquete de servicios asistenciales y preventivos ligados al modelo “Niñas y Niños bien desarrollados” (CENSIA 2002) las guías de la API de Niños y Niñas de 0 a 10 años concuerdan con este modelo de referencia. Además se realizan acciones integrales comunitarias durante las Semanas Nacionales de Salud lideradas desde el nivel federal que tienen como objetivo principal abatir rezagos; esto se debe como fue mencionado por el personal de salud a que la atención integrada el menor de cinco años ha sido una estrategia para disminuir la mortalidad de ese grupo de edad impulsada por el nivel nacional y que ha sido fortalecida

con diversas capacitaciones, supervisiones y evaluaciones de la misma, sin embargo se observaron inconsistencias en algunas intervenciones casi todas ellas debido a la falta de insumos para la salud en el momento de la atención, lo cual no es un error en los procesos operativos propiamente, sino mas bien en los procesos de apoyo.

En el caso específico de la atención del embarazo, parto y puerperio no muestra el mismo comportamiento y es donde los atributos de la atención integral se encuentran más débiles: se encontraron problemas en la Atención longitudinal, Atención continua y Enfoque familiar principalmente.

Para tratar de explicar las posibles causas de los problemas encontrados, se identificaron un gran número de inconsistencias estructurales y planeación estratégica, que dificultan otorgar un paquete de servicios preventivos dirigidos a las personas, desde su nacimiento hasta la vejez, para resolver sus necesidades de atención en salud durante su ciclo de vida, así como realizar acciones de promoción de la salud encaminadas a crear una cultura del autocuidado, que es el objetivo de la API, así como en este momento no se está cumpliendo el compromiso de los SSS de establecer un marco de atención integrador de las acciones de los programas de salud pública dirigidas a la población.

Las intervenciones de prevención y promoción de la salud dirigidas al grupo blanco de la atención MI no se llevan a cabo de manera sistemática; por una parte se aprovechan las oportunidades de contacto con los usuarios para realizar diferentes intervenciones, sin embargo el objetivo no está ligado a la solución de los problemas de la población, sino que está orientado al cumplimiento de metas de los programas o bien a la aplicación de planes federales: por ejemplo, durante el mes del cáncer de la mujer, se aprovecha y se enfatiza en la oferta de detecciones, mientras que en resto del tiempo se limitan a la demanda. Estas características también han sido identificadas por otros autores como problemas para la atención en salud y obstaculiza la implementación de estrategias integrales como las que propone la Estrategia API (Ruiz RM 2011).

El establecimiento de una estrategia de atención integrada requiere no solamente de la organización del equipo multidisciplinario a nivel local, si no también es necesario contar con una estructura de gobierno que fortalezca la implementación y desarrollo de la estrategia.

Los hallazgos de la investigación permiten suponer que existen obstáculos estructurales, de organización y planeación estratégica en diferentes niveles de la organización de los SSS para el desarrollo de la API.

La estructura de organización de los SSS está basada en un modelo donde se separa la atención médica de la atención preventiva y de promoción de la salud (El Estado de Sinaloa 2013). Es decir por una parte fortalece un modelo de atención que se centra en la atención episódica de cuadros agudos o complicaciones de condiciones crónicas, se

organiza en torno a la oferta por niveles de complejidad, causando atención fragmentada, que no garantiza el continuo asistencial y la integralidad de la atención (OPS 2008); por otra parte establece programas de salud para atender los problemas de salud pública de acuerdo a la prioridad nacional que también causa fragmentación de los servicios, como resultado de la multiplicación de programas y proyectos (OPS 2008) Esta forma de organización que tienen cadenas de mando y mecanismos de financiamiento paralelos, planes duplicados de supervisión y costos que se multiplican, han dado lugar a situaciones en que los programas compiten por los escasos recursos existentes.

Dentro de los hallazgos de la investigación existen múltiples testimonios que confirman que en el nivel Jurisdiccional las funciones conferidas en el Reglamento Interno de los SSS, las cuales se refieren a planear, conducir, supervisar y evaluar los PAES de manera integral<sup>4</sup> se realizan sin cohesión entre sí. Así mismo no se cumplen las funciones en materia de atención médica, asistencia social, calidad y seguridad del paciente; de la gestión de servicios en las redes, así como las relativas a la vigilancia sanitaria de los establecimientos de atención a la salud y en investigación operativa (SSA 1999), continuando con la fragmentación en la atención médica y la prevención y promoción de la salud. Así mismo se debe de hacer énfasis que esta situación no es atribuible a la operación sino a los procesos estratégicos, los cuales tienen que evitar duplicidades y regular el uso adecuado de los recursos

Dentro del ámbito estatal y jurisdiccional se encuentra la responsabilidad de la cadena de suministros, la cual no está respondiendo a las necesidades de la demanda de la población en materia de atención médica y de prevención y promoción de la salud, los resultados de la evaluación son consistentes con una desarticulación en la planeación y distribución de los medicamentos e insumos, no solamente por parte de los programas con atención médica, sino entre los propios programas, también es observable la falta de evaluación y mejora continua de esta función.

En el nivel local también se observan dificultades de gran magnitud como: la falta de correspondencia de el número de recursos humanos con respecto a la población usuaria de las unidades, la organización de los recursos humanos, que no se conforman en Núcleos básicos primarios y la falta de relación permanente entre el equipo de salud y el grupo de población a la que atiende (característica *sine qua non* de la atención integrada).

La adscripción de las personas y las familias a un equipo de salud propicia una mayor calidad y mejores resultados, las personas con esta condición tienden a respetar más los consejos que les dan, recurren en menor medida a los servicios de urgencia, requieren

---

<sup>4</sup> Nota: El reglamento interno de los Servicios de Salud de Sinaloa, le confiere atribuciones a las jurisdicciones sanitarias de integrar equipos de atención preventiva integral, y ejecutar acciones de planeación, programación, supervisión y evaluación de los programas de la Dirección de Prevención y Promoción de la Salud, esto se complementa con el diseño de organización establecido en donde desaparecen los encargados de programa a nivel jurisdiccional y la implementación de guías la API.

menos hospitalizaciones y están más satisfechas con la atención. Los médicos ahorran tiempo de consulta, recurren a menos pruebas de laboratorio y reducen costos y prestan más atención preventiva; la motivación mejora gracias al reconocimiento social que crean esas relaciones; la interfaz entre la población y sus servicios de salud tiene que diseñarse de manera no sólo que posibilite ese proceso sino que, además, lo convierta en la forma de actuar más probable (ONU 2008).

Las atribuciones de la atención integrada: Atención longitudinal; Integración de los aspectos biológicos; psicológicos y sociales de la salud; Atención continua; Atención Asistencial curativa-preventiva; Enfoque familiar; Participación comunitaria; Énfasis en la Promoción de Salud, por su complejidad requieren de un estudio de mayor profundidad que permita realizar estrategias para mejorar las posibles fallas encontradas.

La tendencia internacional y mexicana es proporcionar atención integrada, en el 2005 la SSA publicó la primera versión del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) y un año después la segunda edición que incluyó ajustes y propuestas reguladoras y articuladoras para la integración funcional de servicios de salud, así como el Catálogo Maestro de Guías de la Práctica Clínica entre otras propuestas, en 2015 se publicó el Modelo de Atención Integrada (MAI) por parte de la Secretaría de Salud, la cual se centra en la atención a la persona, opera en redes integrales de servicios e incluye un fuerte componente de participación de la población a través de la integración de redes sociales. Esta propuesta considera además, el escalonamiento de la cartera de servicios del Sistema de Protección Social en Salud y la complejidad de la prestación de los servicios de las zonas urbanas del país (SSA 2015). Ante esta situación es interesante estudiar la experiencia sinaloense de la Estrategia API ya que al existir similitudes en el modelo puede servir para evitar en un momento dado obstáculos en la implementación del modelo.

## 8. LIMITACIONES

Las principales limitaciones para el estudio se centraron en la poca participación de la población, esta fue una constante en todas las unidades de salud visitadas, la población se muestra muy indiferente a participar en investigaciones, y a ocupar su tiempo en responder preguntas que por una parte desde su percepción pudieran tener algún riesgo y sin ningún beneficio inmediato, lograr la participación voluntaria a pesar de las garantías de la confidencialidad fue uno de los obstáculos más sensibles de la investigación.

Tal vez se hayan omitido inadvertidamente temas importantes y relevantes, aunque existía flexibilidad por parte de los entrevistadores de ahondar sobre temas que el personal de salud consideraba interesantes, la secuencia de la entrevista y el tiempo disponible para realizarse pudo haber sido un obstáculo en la recolección de información.

Los términos usados en las preguntas pudieron dar como resultado preguntas sustancialmente distintas desde perspectivas diferentes, con lo cual se puede reducir la comparabilidad de las respuestas.

## 9. RECOMENDACIONES

1. Incorporar los resultados de esta evaluación (Fortalezas y Debilidades) en el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de la Salud (MAI).
2. Realizar un ejercicios de planeación operativas, que se base en la identificación problemas de salud de la población y establecimiento de un orden de prioridades; Concebir y poner en marcha programas para responder a estos problemas y por último; evaluar el impacto sobre la salud de la población y retroalimentar con la información de las evaluaciones la planeación anual del programa de trabajo.
3. Es recomendable revisar las guías API con relación al Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC) desarrolladas por el grupo de expertos de las Instituciones del Sector Salud, analizar su similitud, diferencias y la posibilidad de que se complementen.
4. Realizar una reingeniería en la organización del nivel central y jurisdiccional que contribuya a la sistematización de la integralidad de la atención.
5. Los recursos humanos deben planificarse de acuerdo con las necesidades de la población y la regionalización operativa para establecer el área de responsabilidad por Núcleo Básico Primario.
6. El entrenamiento de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud de manera integral.
7. Hay que plantear un servicio jurídico de apoyo para establecer las pautas y proteger a las menores en situación de vulnerabilidad.
8. Deben de fortalecerse las políticas sobre calidad de desempeño del personal a través de la difusión y desarrollo de programas de estímulos al desempeño.
9. Se requieren mecanismos de evaluación continua que faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población.
10. Realizar metas operativas en cada unidad de salud, y que además de contener número de actividades a realizar, se establezcan meta de atención integrada y que esta sea la base para el cálculo de insumos.



11. Fortalecer el sistema de información SIGHO, a través de la revisión de los reportes de seguimiento por ejemplo el reporte de mujeres embarazadas atendidas, en relación a las variables de atención asistenciales-preventivas.
12. Reforzar la capacitación del personal de salud en relación a la atención integrada y el uso adecuado de las herramientas tecnológicas de evaluación y seguimiento disponibles.
13. Reforzar la atención preventiva integrada a través de la elaboración e implementación de flujos de atención de embarazadas y menores de cinco años.
14. A las autoridades estatales y jurisdiccionales, se les recomienda realizar un modelo de sistema de abasto de insumos de manera integral, que coadyuve a desaparecer la fragmentación, considerando las necesidades reales de las unidades de salud a través de una sola vía de distribución.
15. Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia.
16. Realizar una campaña de de comunicación social para informar a la población sobre la atención preventiva integrada y fomentar el apego a los servicios.
17. Es recomendable continuar con la investigación evaluativa de la estrategia de atención preventiva integrada para conocer su impacto en la población, dado que esta evaluación se centró en los procesos.

## 10. REFERENCIAS

1. Álvarez HG, Salazar AS, Bocanegra LC. «Guía para el Diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo, y prevención de la sífilis congénita.» Secretaría de Salud del Estado de Sonora, 2012.
2. Armenta, LL. «SIGHO.» *Guía para la descarga y de la aplicación para la actualización de sigho.* 2016.
3. Calvo CE, et.al. «Enfoque multiprofesional: atención integrada y longitudinal, coordinación de niveles y guías clínicas.» *Revista Clínica Electrónica de Atención Primaria*, 2004.
4. Castillo, SC. *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil.* N. W. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, 1999.
5. Centro Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades, CENAPRECE. «Contenidos Educativos.» México, D.F., 2009.



6. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, CENSA. "Niños y Niñas Bien Desarrollados. Manual de Atención." México, D.F.: Secretaría de Salud, 2002.
7. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, CNEGySR. "Estrategia integral para acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna." (consultado en 2016). Disponible en: [http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia\\_para\\_reducir\\_la\\_mortalidad\\_materna.pdf](http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia_para_reducir_la_mortalidad_materna.pdf), 2014.
8. Consejo Nacional de Población, CONAPO. "Proyecciones de Población por condiciones de derechohabencia 2010-2018. DGIS Plataforma." 2015.
9. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. "Modelo de términos de Referencia para la evaluación de procesos de programas de Desarrollo Social 2013." Vol. 1. México DF: C2013 йил 16-Abril. 5-30.
10. Dirección General de Información en Salud, DGIS. "Cubo de Defunciones 1979-2013, SEED." México, DF, 2014.
11. Dirección General de Información en Salud, DGIS. *Cubos Dinámicos de Información*. Electrónico. Dirección General de Información en Salud, 2015.
12. Dirección General de Promoción de la Salud, DGPS. «Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.» Vol. 1. Dirección General de Promoción de la Salud, 2007. 1-104.
13. Doménech, D. «Modelo de Atención integral a la salud.» *Aporte desde la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y comunitaria*. Vol. 3. nº 1-32. Editado por Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay: UDELAR, Diciembre de 2007.
14. El Estado de Sinaloa. "Reglamento interno de los Servicios de Salud de Sinaloa." Edited by Gobierno del Estado de Sinaloa. Culiacán, Sinaloa, 2013.
15. Elliot, J. "Using Narrative in Social Research. Qualitative and Quantitative Approaches." *Sage Publications* 1, no. 4129 (2005): 232.
16. Fay M, Leipsiger D, Wodon Q, Yepes T. «Achieving Child-health Related Millenium Development Goals: The role of Infraestructure.» *Worl Dev*. 33, nº 8 (2005): 1267-1268.
17. Fernández, RN. "Manual de Proyectos." Junta de Andalucía. Consejería de Gobernación, 2002. 1-88.
18. Figueroa, PD. "Participación comunitaria y salud." Edited by Departamento de NUtrición. Universidad Federal de Pernambuco. *Salus Cum Propositum Vitae*, 2002.
19. Franco-Giraldo, A. "Atención primaria en salud. ¿De regreso al pasado?" *Fac. Nac. Salud Pública* 30, no. 1 (2011): 83-94.
20. Freeman G, et.al. «Continuity of care. what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? Report for the National Coordinating Centre for NHS Service.» *Delivery and Organization R&D (NCCSDO)*, jun 2006.
21. García BA, Acosta RL, Luna BE. «Evaluación de la eficiencia técnica del Programa de Diabetes en Unidades de Salud de Saln Luis Potosí.» *Revista Salud Pública y Nutrición* 13, nº 3 (2012).



22. Glaser Strauss, B. *The discovery o grounded theory: strategies for qualitative research*. Edited by Aldine Publising Company. Vol. Vol. I. New York, 1967.
23. Gob. del Edo. de Sinaloa. "Plan Sectorial de Salud 2011-2016." *Metas Sexenales*. Culiacán Sinaloa, 2011.
24. Gob. Edo. de Veracruz. «Día mundial del embarazo NO planificado en adolescentes, 26 de septiembre de 2012.» Gobierno del estado de Veracruz, 2012.
25. Gómez DO, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk MJ. "Sistema de Salud de México." *Salud pública Mex* 53, no. 2 (2011): 220-232.
26. Gonzaga SM, Zonana NA, Anzaldo CM, Olazarán GA. "Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California." *Salud Pública Mex* 56 (2014): 32-39.
27. Gutierrez G. «Estrategia de prestación y evaluación de servicios preventivos.» *Medica del Instituto exicano del Seguro Social* 44, n° Supl. 1 (marzo 2006): S3-S21.
28. Gutierrez, JP. «Evaluación integral: Procesos.» Cuernavaca, Mor: CIEE. INSP, 2014.
29. Gutierrez, TG. "Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad de la atención integrada que se otorga en los centros de capacitación." *Gaceta Médica de México* (Medigrafic.com), 2001: 1-10.
30. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria de la Salud en América Latina. "Un marco de evaluación de la atención primaria de la salud en América Latina." *Panamá Salud Pública* 26, no. 5 (2009): 377:84.
31. Horwitz C, Florenzano U, Rigeling IP. "Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la Atención Primaria." *Bol Of. Sanit. Panamá*, no. 2 (1985): 98.
32. Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, IMNC. "Orientación sobre el concepto y uso del enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión." *Documento: ISO/TC/176/SC/2/N/544/R2*. 2003 йлл Diciembre.
33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. *Perfil Socioeconómico Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda 2010*. México D.F., 2013.
34. Instituto Nacional de Salud Pública, INSP. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Sinaloa*. Cuernavaca, Morelos, México: INSP, 2013.
35. Lalonde, MA. *A new perspective on the haelth of canadians -a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Of Canada, 1974.
36. Lenkiewicz, EN. «Embarazo en adolescentes: encrucijada de varios universos, Iztapalapa.» *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* 45 (Enero-Junio 1999): 223.

37. Lerman, GI. «La atención del paciente más allá del primer nivel de atención.» *Salud Pública de México* 49 edición especial, XII congreso de investigación en salud pública (2007): 99-103.
38. LGS. «Ley General de Salud.» *Última Reforma DOF 02-04-2014*. México, D.F.: Cámara de Diputados de la Unión, 4 de febrero de 2014.
39. Martín-Crespo BM, Salamanca CA. «El muestreo en Investigación Cualitativa.» Editado por Departamento de Investigación del FUNDEN. *NURE* 27 (marzo-abril 2007): 1-4.
40. Mir CC, Veraza AL, Martí TC. *Evaluación de procesos del programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras PEI*. Informe Final, Cd. México D.F.: Centro de contraloría social y estudios de la construcción democrática, 2012, 1-247.
41. Mosquera P, Hernández J, Vega RR, Junca C. «Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa.» *Gerenc. Polit. Salud* 10, nº 21 (2011): 124-152.
42. NOM-007-SSA2. «Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios para la prestación del Servicio.» 1993.
43. NOM031-SSA2. «Norma Oficial Mexicana para la atención de la Salud del niño.» 2002.
44. Organización Mundial de la Salud, OMS. *Índices estadísticos de la salud de la familia*. Ginebra: 1976.
45. Organización Mundial de la Salud, OMS. «Informe de Objetivos del Milenio.» 2015.
46. Organización de las Naciones Unidas, ONU. *Declaración de Derechos Humanos*. Artículo 16.3, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948.
47. Organización de las Naciones Unidas, ONU. *Informe sobre la salud en el mundo 2008*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2008.
48. Organización de las Naciones Unidas, ONU, Organización de las Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe de 2011, Nueva York: ONU, 2014.
49. Organización Panamericana de la Salud, OPS. «Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las américas.» Washington DC, 2008, 1:67(2)22.
50. Organización Panamericana de la Salud, OPS. *Sistemas Basados en la Atención Primaria de la Salud. Estrategias para el desarrollo de los Equipos de la APS*. Vols. ISBN 978-92-75-33262-7 - Electrónico. Washinton DC: 2008.
51. Organización Panamericana de la Salud, OPS,. «Carta de Otawa.» *Conferencia internacional para la Promoción de la Salud*. 1986.
52. Ortiz VR, Bañuelos FA, Serrano EF, Mejía ML, Laureano EJ. «Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Jalisco, México.» Edited by Jal. Mex. Secretaría de Salud de Jalisco y Universidad de Guadalajara. *Obstetricia y Perinatología* 41, no. 4 (2015).
53. Pineault, R. *La Planificación Sanitaria*. Vol. 1. Masson, S. A., 1978.



54. Ponce, Ramos Héctor. "Modelo de Atención en Sistemas de Redes de Salud del Estado de Sinaloa." *Inbiomed* 2, no. 1 (2008): 24-26.
55. Ramírez ST, Nágera AP, Nigenda LG. «Percepción de la calidad de la atención de los servicios de Salud en México: perspectiva de los usuarios.» *Salud Pública de Mex*, nº 40 (1998): 3-12.
56. Ramírez TL, Tirado GL, López CM,. "Desigualdad en intervenciones de atención primaria materno infantil en México." *Panam Salud Pública* 35, no. 4 (2014): 235-41.
57. Ruiz RM, Acosta RN, Rodríguez VL, Uribe L, León FM. «Experiencia de implementación de un Modelo de Atención Primaria.» *Salud Pública* 13, nº 6 (2011): 885-896.
58. Secretaría de Salud. *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*. México D.F.: Dirección General de Salud Reproductiva, 2002.
59. Secretaría de Salud. "Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de Casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar." México D. F.: CENETEC, 2009.
60. *Programa de Inclusión Social SDS*. «PROSPERA.» *ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA, para el ejercicio fiscal 2015*, 2015.
61. Secretaría de Salud. "Boletín Caminando a la Excelencia cierre 2010." *Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud*, 2011.
62. Secretaría de Salud. *Conceptos Generales del Expediente Clínico electrónico*. Dirección General de Información en Salud, 2009.
63. Southey G, Heydon A. "Measuring comprehensive primary care for system benefit." *Healthcare Management Forum* 27, no. 2 (Summer 2014): 60-64.
64. *Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud*, SPPS. "Convenio-AFASPE-SIN-2016." México D. F., 2016. 1.
65. *Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud*, SPPS. «Acuerdo de Fortalecimiento para las Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas AFASPE.» SPPS, 02 de marzo de 2012.
66. *Secretaría de Salud.Sinaloa.gob.mx*. 2016.
67. Secretaría de SaludSSA. «Lineamientos Técnicos para la Jurisdicción Sanitaria.» México, DF: Secretaría de Salud, 1999.
68. Secretaría de Salud. "Modelo de Atención Integral de Salud MAI." México DF, 2015 йил Agosto. 2-59.
69. Secretaría de Salud. "Modelo Integrador de Atención a la Salud. MIDAS." no. 1. México DF: Secretaría de Salud, 2006. 1-64.
70. Secretaría de Salud. "Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud." México DF: Secretaría de Salud, 2007. 1-188.
71. Secretaría de Salud de Sinaloa, SS . "Boletín Informativo Estadístico.." Culiacán, Sinaloa: Dirección de Planeación de la Secretaría de Salud de Sinaloa, 2015 йил Abril.



72. Servicios de Salud de Sinaloa, SSS. «Lineamientos de la Atención Preventiva Integrada .», 2013.
73. Svitone EC, Garfiel R, Vasconcelos MI, Araujo V. "Primary Health care from the Northeast of Brazil: the agents de saúde program." *Pan Am Public Health* 7 (2000): 293-301.
74. Villar J, Bergsjo P. "Modelo de control prenatal de la OMS. Grupod e investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS." Edited by OMS. 2003.
75. Zurro, A. Martin. *Atención primaria. Conceptos Organización y práctica clínica*. 4ª. Vol. I. 2 vols. Madrid, 1999.