



Instituto Nacional de
Salud Pública

“Análisis del requerimiento de recursos humanos que participan
en la oferta de servicios de prevención y promoción de la salud
en el Seguro Popular de Salud”

Mrta. Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal

Doctorado en ciencias con concentración en sistemas de salud

Comité de Tesis

Director de Tesis: Dr. Gustavo Nigenda López

Asesor1: Dra. Sandra Gabriela Sosa Rubí.

Asesor 2: Dr. Francisco Garrido Latorre.

Cuernavaca, mayo del 2010.

Índice

	No	Pág
Resumen	4	
1 Antecedentes	5	
2 Planteamiento del problema	11	
3 Hipótesis y objetivos	15	
4 Justificación de la investigación	16	
5 Marco teórico	18	
6 Metodología	29	
Anexos	40	
Referencias Bibliográficas	51	

Lista de Acrónimos

ALC	América Latina y el Caribe
APS	Atención Primaria de Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
DF	Distrito Federal
IMSS	Instituto Mexicano de Seguridad Social.
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública de México
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MOPS	Modelo Operativo de Promoción de la Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PREVENIMSS	Programas Integrados de Salud
PSS	Prácticas sociales en salud
RH	Recursos Humanos
REPSS	Régimen Especial de Protección Social en Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud.
SSA	Secretaría de Salud
SESA	Servicios Estatales de Salud
SEMAR	Secretaría de Marina
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, RH e Infraestructura para la Salud
TAP	Técnico de Atención Primaria.
UBS	Unidad Básica de Salud
UTES	Unidad Territorial de Salud.
UPA	Unidades del Primer Nivel de Atención.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo medir la suficiencia de recursos humanos (RH) en las unidades de primer nivel de atención (UPAs) para ofertar servicios de prevención y promoción de la salud en el marco del Seguro Popular de Salud, y que se encuentran contemplados en la estrategia de línea de vida. Para explicar la existencia de la brecha en torno a la suficiencia de RH se desarrolla un marco teórico que aborda: a) la política sanitaria como eje para la implementación de programas y estrategias, b) el modelo de atención en base al cual se institucionalizan un conjunto de prácticas sanitarias, c) el rol de los RH en los sistemas de salud como factor relevante en la producción de servicios de salud; y d) la organización de servicios de salud como base para la operatividad del sistema y asignación de recursos.

Se realizará un muestreo por conveniencia, que combina métodos cuantitativos y cualitativos. La metodología cualitativa pretende recuperar los procesos positivos y negativos que se dan al interior de las UPAs para prestar servicios de prevención y promoción de salud en la estrategia línea de vida. La información cuantitativa pretende realizar la estimación del tiempo utilizado y requerido de los trabajadores para prestar servicios de prevención y promoción de salud. La estimación de RH se basa en el sub modelo de requerimientos de personal de la OPS y la perspectiva de servicios de salud. Por lo cual, la estimación de RH se realizarán a partir de la estimación del cálculo del tiempo que se requiere para prestar cada actividad de la estrategia considerando el grupo de edad, la categoría ocupacional y la población beneficiaria.

1. Antecedentes

1.1 En las Américas

La trayectoria de salud en la Región de las Américas durante los últimos 25 años ha logrado avances importantes. Por ejemplo, la mortalidad infantil se ha reducido casi una tercera parte, la mortalidad por todas las causas ha disminuido en 25%, la esperanza de vida ha incrementado seis años en promedio y la mortalidad perinatal se ha reducido en 35%¹. Sin embargo, todavía quedan problemas por resolver, como el aumento en la incidencia de tuberculosis, la pandemia de VIH/SIDA y el incremento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles². La Región ha experimentado también cambios demográficos, sociales y económicos que han tenido efectos importantes sobre la

salud, como el aumento de la obesidad, la violencia y los problemas relacionados con el abuso de sustancias nocivas. Lamentablemente, esas tendencias se producen en un contexto de agravamiento general de desigualdades en salud, como es el caso de la brecha de casi veinte años en la esperanza de vida entre ricos y pobres ³ y carencia de acceso permanente a servicios básicos de salud en aproximadamente 25% de la población⁴.

La coyuntura económica, política y social que siguió a los críticos años setenta fue ampliamente favorable a recortes de gastos públicos, a la contención de costos, a cambios en la estructura de poder sectorial y a la reorganización de servicios de salud bajo una perspectiva economicista⁵. La reducción de presupuestos en salud en América Latina y el Caribe (ALC) se ha relacionado con el deterioro de los servicios de salud, el aumento de la insatisfacción de proveedores y usuarios y bajas coberturas de atención en los servicios de salud. Es así que, el informe Lalonde (1974)⁶, la declaración de Alma Ata (1978)⁷, y el informe “Un pueblo saludable” (1979)⁸, presentaron un exhaustivo análisis de los problemas y necesidades de salud en los distintos países y revelaron la grave crisis sanitaria provocada por la poca capacidad de la atención médica curativa para manejar eficazmente los problemas sanitarios del subdesarrollo y las enfermedades crónicas y degenerativas⁹. Era necesario entonces, reforzar el nivel básico de atención y, de hecho, en 1978 la Atención Primaria de Salud (APS) se convirtió en la estrategia de salud pública en los países de la Región¹⁰.

La estrategia de APS propuso alcanzar “Salud para todos en el año 2000” y marcó una enérgica intervención sanitaria hacia los determinantes sociales de salud; puesto que, su énfasis original promulgado en Alma-Ata explicita la necesidad de una estrategia de salud que no sólo enfatiza en los servicios de salud, sino también aspectos sociales, económicos y políticos como causas de mala salud. Por otro lado, la declaración de Alma-Ata reconfigura el modelo de atención de los sistemas de salud que tradicionalmente estuvieron centrados en la atención hospitalaria, para posicionar al primer nivel de atención como el eje del modelo argumentando que, en éste se atienden las necesidades de salud de la mayor parte de la población¹¹. Como resultado, la APS logró la extensión de coberturas, pero la mayor parte de la fuerza laboral estuvo constituida por técnicos sanitarios y no por profesionales de salud, en buena parte explicado por el costo y su limitada disponibilidad.

En la década de los ochenta, se promovió la descentralización de los sistemas de salud como uno de los principios de la APS¹², la finalidad fue aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población para que fuesen más receptivos a las necesidades locales y favoreciesen la colaboración con la comunidad¹³. En 1986, la Carta de Ottawa¹⁴ puso énfasis en la promoción de la salud y produjo un cambio de dirección fundamental en la salud pública en ALC, que llevaron a la promoción de la salud a ocupar un primer plano, junto con la APS. Desde entonces, la mayor parte de los países han reevaluado el alcance de la medicina curativa tradicional y han encaminado sus esfuerzos a desarrollar y fortalecer sus Sistemas Locales de Salud (SILOS) y sus adaptaciones locales como Unidades Básicas de Salud (UBS), Unidades Territoriales de Salud (UTES) etc, para fomentar la participación de la comunidad en la APS¹⁵.

En los noventa, la reforma de los sistemas de salud aparece dominada por preocupaciones económicas de costos de los servicios de salud. La descentralización sigue en proceso de implementación en ALC^{16,17,18} y como resultado de la APS-selectiva se fortalecen los programas de salud verticales¹⁹.

En relación a los mercados de trabajo en salud “se caracterizaron por la desaparición de los contratos colectivos de trabajo y la flexibilización del empleo”²⁰. Por ejemplo en Perú hasta mediados de los noventa la condición que predominaba era la de personal de base por sobre el personal de contrato. Posteriormente en el periodo 1992-1999, el personal de base aumentó alrededor del 20% y los contratados por servicios no personales en 430%. Fue tal el aumento en este último grupo que comenzaron a primar sobre el grupo de personal de base y contratados a plazo fijo²¹. Otra característica fue el surgimiento de nuevas formas de relaciones de trabajo como el pago por producción de servicios y contratos temporales, de forma que, el trabajador quedó exento de garantías laborales como vacaciones, seguro de salud, pago de jubilación y otros beneficios al trabajador²².

En este periodo fue evidente la disminución de oportunidades en el mercado de trabajo formal y dio lugar a una nueva configuración del mercado de prestación de servicios de salud en la esfera pública y privada. La flexibilización del empleo trajo consigo empleos con pérdida de garantías laborales²³ y ha llevado a que se alerte sobre el riesgo de la instalación de la precariedad como pauta laboral en salud²⁴. Por otro lado, aparecen nuevas exigencias hacia los trabajadores de salud como la

prestación de servicios integrales bajo la modalidad de integración de servicios de salud como alternativa para mejorar la eficiencia general²⁵ y la calidad de atención. Es decir que, las instituciones de salud imponen más exigencias a los trabajadores de salud²⁶ en un contexto de trabajo desalentador.

Indistintamente del proceso de implementación, las reformas se orientaron a mejorar la eficiencia, la efectividad y calidad de la atención sanitaria, promover la equidad entre regiones y grupos sociales²⁷, ampliar la cobertura, reorientar la asignación de recursos y eficiencia de su gestión ^{28,29,30} y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Los contenidos, lineamientos y estrategias de cambio estuvieron referidos a doce³¹ contenidos que se muestran en el cuadro No 1.

Cuadro No 1

Contenidos de las reformas del sector de la salud en los 90
• Marco jurídico • Derecho a los cuidados de la salud y al aseguramiento • Aumento de la cobertura • Función rectora de los ministerios de salud • Separación de funciones • Descentralización • Participación y control sociales • Financiamiento y gasto • Oferta de servicios • Modelos de gestión • Recursos humanos • Calidad y evaluación de tecnologías

Fuente: Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Infante A y cols. 2000

Los temas de reforma en este periodo de interés en el marco de la presente investigación están relacionados con: el aumento de coberturas, los modelos de gestión y recursos humanos. En 15 de los 19 países se observó un incremento de coberturas para lo cual se fortalecieron programas de salud verticales y la oferta de APS a poblaciones con menor acceso. En 12 países se introdujeron paquetes básicos de prestaciones dirigidos a toda la población o a grupos específicos; y se reportó que una gran mayoría de ellos modificó la oferta de servicios públicos, redefinió modelos de atención, modificó la oferta de servicios de primer nivel, e introdujo o está fortaleciendo programas específicos para grupos vulnerables.

Una minoría de países informa estar introduciendo cambios en la formación y capacitación de RH como consecuencia de las reformas sectoriales. Se evidenciaron cambios en la planificación y

gestión de RH por los principales empleadores públicos en 11 de los 20 países. Sólo en ocho existían o se han introducido incentivos económicos para el desempeño, únicamente cuatro han introducido modificaciones en la práctica profesional para fomentar enfoques multidisciplinarios; y sólo cinco han introducido la recertificación de profesionales de salud³².

1.2 En México

La reforma en México, el Seguro Popular y el modelo de atención

Según Julio Frenk y cols, el sistema de salud mexicano ha evolucionado a través de tres generaciones de reformas. La primera surge con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) principal organismo de seguridad social en 1943; la creación de ambas instituciones dio lugar a un proceso de institucionalización de la atención médica, de la salud pública y la reafirmación de la responsabilidad del Estado para asumir y conducir el cuidado de la salud del país³³. Hacia finales del sesenta, el modelo hospitalario enfrentó algunos problemas como: incremento notable de costos de atención, aumento de la demanda de servicios de salud y falta de acceso a servicios de salud de población pobre, especialmente localizada en zonas rurales³⁴.

Hacia finales de los setenta, se inició la segunda generación de reformas que giró en torno a la descentralización, ampliación de la atención básica y reconocimiento del derecho constitucional a la protección de la salud. Los programas se focalizaron en poblaciones rurales con pocos servicios y poblaciones urbanas pobres; se enfatizaron acciones en rehidratación oral, atención en salud reproductiva y materno-infantil, vacunación universal a menores de cinco años, mejora de la calidad de servicios, disponibilidad de agua segura y mejora en el acceso a la educación básica.

En 1979 la economía empezó a recuperarse como resultado de las exportaciones de petróleo, el Gobierno optó por implementar programas de extensión de cobertura basados en APS. Es así como, se implementan el IMSS-Coplamar (1979) y el de atención a la salud de poblaciones marginadas de las grandes urbes (1981). El primero se convirtió en uno de los esfuerzos más intensos para ofrecer servicios de atención en salud; en sólo cuatro años dispuso de 3000 unidades médicas rurales y 1600 camas en hospitales rurales generales y alcanzó una cobertura estimada de 11 millones de personas³⁵. Por su parte, la Secretaría de Salud (SSA) con el programa de atención a poblaciones

marginadas de las grandes urbes construyó 255 centros de salud para cubrir a un aproximado de 4 millones de personas.

Este impulso de APS introdujo modificaciones importantes en el mercado laboral del trabajo médico. Por un lado, se crearon nuevas fuentes de empleo aunque no suficientes para absorber el creciente número de egresados. Sin embargo los servicios rurales no cubrieron sus puestos vacantes dada la resistencia de la mayoría de médicos, aún de los desempleados, a trabajar en zonas rurales. En consecuencia, una gran parte de la población rural siguió siendo atendida por pasantes en servicio social³⁶. Las políticas de empleo en el sector salud no fueron diferentes a otros sectores en los que se incrementó la tasa del empleo informal³⁷. La informalidad del empleo se expresó en contratación de trabajadores sin beneficios sociales, flexibilización de horas de contrato y tiempo de contratación, asignación de sueldos según disponibilidad presupuestal que en muchos casos llevaron a la precarización del empleo de profesionales de salud.

En 1983 la reforma constitucional estableció el derecho a la protección de su salud y el código sanitario decimonónico fue remplazado por la Ley General de Salud³³. A inicios de los noventa, se creó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) con un paquete de doce³⁸ intervenciones para familias rurales³⁹ y un programa para mejorar y ampliar la infraestructura de servicios de salud para la población no asegurada de los estados más pobres^a y la Ciudad de México⁴⁰. A pesar de algunos progresos, las tasas de utilización de la nueva infraestructura del primer nivel de atención fueron muy bajas debido en gran parte a las barreras culturales, falta de medicamentos, la limitada disponibilidad de personal de salud y otros insumos básicos⁴¹. Hacia mediados de los noventa el Programa de Reforma del Sector 1995-2000 planteó como objetivos básicos: 1) ampliación de cobertura de seguridad social, evitando duplicar la prestación de servicios e introducir incentivos en la calidad de atención; 2) incrementar la eficiencia de atención a población abierta por medio de la descentralización de servicios de salud en cada una de las entidades federativas y otorgar servicios esenciales de salud a la población que falta cubrir.^{42,43}.

Hacia finales de los noventa, se inició la tercera generación de reformas sustentada en evidencias internacionales que sugerían la reorganización de los sistemas de salud mediante la integración horizontal de sus funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación. En 1997 se ejecutó el

^a Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca

programa de bienestar social integral dirigido a los más pobres, basado en un sistema de incentivos^b e incluyó un paquete básico de salud y un componente de educación (PROGRESA). El Programa Nacional de Salud 2001-2006^c intentó superar problemas relacionados con la equidad, la calidad y la protección financiera⁴⁶. La **equidad** buscó responder a la acumulación de rezagos y persistencia de desigualdades; pues gran parte de mexicanos sigue sufriendo problemas del subdesarrollo^d y a la vez enfrenta problemas derivados del crecimiento industrial y urbano^e. La **calidad** dada la heterogeneidad en los niveles de calidad y demanda buscó que en cada rincón del sistema de salud se dé a la gente mejores resultados, incluyendo atención pronta y trato digno. La **protección financiera** debido a que más de la mitad del gasto en salud proviene directamente del bolsillo de los mexicanos, quienes deben pagar por su atención en el momento de utilizar los servicios^{44, 45, 46}.

El aspecto fundamental de la reforma 2001-2006 fue la Ley de Protección Social en Salud que a través de un esquema de seguro médico, público y voluntario – Seguro Popular de Salud (SPS)– buscó atender bajo un esquema de subsidios a población que no cuenta con servicios de seguridad social^{47,48} y financiado con aportaciones del gobierno nacional y de los estados, así como de cada familia^{49,50}. La prioridad de afiliación se focalizó en familias pobres de áreas con alta marginación, población rural e indígena⁵¹, su implementación fue progresiva, al inicio bajo la modalidad de piloto (2001-2003) en cinco estados (Tabasco, Campeche, Aguascalientes, Jalisco y Colima), hasta alcanzar en el 2003 a 20 entidades federativas, logrando afiliar a más de un millón de personas. En el 2004⁵² se impulsó la implementación en otros estados y hacia febrero de 2005, 31 estados estaban incorporados al SPS.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) trató de responder a la complejidad de la transición epidemiológica, a la necesidad de acuerdos de financiamiento diferenciados y a la definición de prioridades de intervenciones en salud, con la introducción gradual de tres paquetes; 1) un conjunto de intervenciones de salud pública y servicios a la comunidad financiados a nivel federal y seleccionados con base en la carga de la enfermedad, equidad y costo efectividad; 2) un paquete de intervenciones de baja y mediana complejidad administrado por los estados, basado en el costo-

^bPROGRESA (Programa de Educación, Salud y Nutrición), cuyo nombre cambió por el de OPORTUNIDADES en 2000.

^c Subtitulado La Democratización de la Salud en México: Hacia un Sistema Universal de Salud

^d Infecciones comunes, la desnutrición, los padecimientos ligados al embarazo y el parto

^e Enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales y las adicciones, las lesiones producto de los accidentes y la violencia

efectividad, pero sobre todo en la necesidad de incrementar y regular el acceso a la atención primaria y hospitalaria para las nuevas familias afiliadas, y 3) un paquete de intervenciones de atención médica de alta complejidad⁵³. Las intervenciones de los tres paquetes se incluyeron en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y comprende acciones preventivas, curativas y de promoción de la salud ⁵⁴ (inicialmente fueron 249 intervenciones y actualmente son 255). Las 255 intervenciones se clasificaron en: 1) acciones de detección y prevención para toda la familia, 2) medicina ambulatoria, 3) odontología, 4) salud reproductiva, 5) embarazo, parto y recién nacido 6) rehabilitación, 7) hospitalización 8) urgencias y 9) cirugía⁵⁵.

Como parte del fortalecimiento del SPS, en el 2003 se introdujo la estrategia de prevención y promoción de salud durante la línea de vida, la cual busca entregar con oportunidad un paquete garantizado de servicios para atender las principales condicionantes de una buena salud y las principales enfermedades que afectan a la población⁵⁶ así como impulsar la participación de la población en el auto-cuidado de la salud. El paquete garantizado de prevención y promoción de salud incluye actividades de información y promoción de estilos de vida saludables⁵⁷ que fueron tomadas de los programas PREVENIMSS, línea de vida y modelo familiar preventivo, puesto que, mostraron ser factibles de implementar y efectivos para mejorar los principales indicadores de salud. La entrega de servicios de línea de vida debe realizarse en todas las UPAs de instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud considerando los siguientes grupos de edad:

- a) Niños y niñas de 0 a 9 años.
- b) Adolescentes de 10 a 19 años.
- c) Mujeres de 20 a 59 años.
- d) Hombres de 20 a 59 años.
- e) Adultos mayores de 60 años o más.

Para el seguimiento de servicios otorgados en la estrategia línea de vida las instituciones públicas usan las Cartillas Nacionales de Salud⁵⁸ como instrumento a través del cual los individuos verifican las acciones de prevención y promoción de salud que reciban en cada etapa de vida⁵⁹.

En el 2005 como parte del reposicionamiento de promoción de salud en México aparece el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), para su construcción participaron diferentes actores como: representantes de los estados, un grupo de expertos, promotores de salud, la red de

municipios por la salud, directores y coordinadores del área de promoción de salud⁶⁰. El MOPS pretende incrementar la efectividad de los servicios de promoción de salud y destaca por su carácter anticipatorio y preventivo; busca consolidar un modelo enriquecido con la experiencia local, que alcance a los usuarios, que tenga funciones claras y sobre todo de continuidad social y financiera al SPSS⁶¹.

2. Planteamiento del problema

El sistema de salud mexicano se caracteriza por su segmentación, tanto en el financiamiento como en el acceso a los servicios. Está conformado por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas y la Secretaría de Marina (SEMAR). El plan de servicios de salud que comprende acciones curativas, preventivas y de promoción de la salud es diferenciado según el prestador y la financiación de cada entidad⁶². La prestación de servicios a la población beneficiaria del SPS, la otorgan los Servicios Estatales de Salud (SESA) mediante la red médica de primer y segundo nivel de atención; así como, los servicios federales a través de los institutos nacionales. En estas instancias de salud se ofrecen las intervenciones contempladas en el CAUSES^{63,64} que incluye acciones de prevención y promoción de la salud y que se ofertan por medio de la estrategia de línea de vida teniendo en consideración: a) la edad y sexo de cada persona, b) independientemente del motivo por el que acuda a los servicios de salud, y c) según las políticas y disposiciones generales aplicables a cada institución.⁶⁵

Para la prestación de servicios de salud en la SSA en el 2008 existieron 12,857 unidades de salud, de las cuales 12,091(94%) son unidades del primer nivel de atención⁶⁶ y 268,107 trabajadores de salud, de los cuales el 31% trabajan en UPAs. Las UPAs constituyen el punto de entrada de los sistemas de salud⁶⁷ y deben ofertar asistencia sanitaria esencial ⁶⁸ con paquetes de servicios costo-efectivos^{69,70} como: servicios de medicina general a pacientes que, en principio, no requieren hospitalización, trabajo de prevención y promoción de la salud priorizando intervenciones de programas nacionales de vacunación, de reducción de la desnutrición crónica y deshidratación por diarrea, y la provisión de agua potable. No obstante, el trabajo más desarrollado a lo largo del tiempo es la atención en el consultorio al paciente ambulatorio⁷¹, la inmunización contra enfermedades prevenibles, exámenes preventivos y citas para consultas, integración de expedientes clínicos, mecanismos de referencia y contra-referencia, expedición y surtimiento de recetas⁷². Es decir que,

son muy pocos los servicios preventivos y de promoción de salud que ofrece el sistema mexicano de salud en su conjunto⁷³.

Tradicionalmente, el gasto en salud en México ha favorecido la atención curativa; así por ejemplo entre 1992 y 1997 cerca del 70% del gasto total en salud se dedicó a lo curativo y menos de 10% a la salud pública⁷⁴; este porcentaje del gasto se incrementó en los años de reforma y se concentró en la atención de especialidad. En el caso del los Hospitales de segundo y tercer nivel de atención del IMSS representaron un gasto cercano al 75% del presupuesto⁷⁵. En contraste a esta realidad, se habla de deficiencia de personal de atención primaria, frente al exceso de especialistas que conforman el mercado laboral. La política nacional de formación de recursos humanos en salud estuvo basada en una visión clínica del proceso salud/enfermedad que favoreció el desarrollo de un mercado laboral que recompensa al especialista y minimiza y margina al médico general. De modo que, se apuesta por una formación tecnológica, clínica e individual de la salud, que desvalora y muestra rechazo hacia el trabajo de prevención y promoción de la salud^{76,77}.

Además de la concentración del gasto en medicina de especialidad, se han desarrollado pocos incentivos para asegurar la permanencia de los médicos en el primer nivel de atención, se destaca en este sentido el programa de enseñanza de especialidad en medicina familiar y atención comunitaria; y el desarrollo de una política salarial igualitaria entre niveles de atención del ISSSTE y la SSA como estímulo a médicos familiares.

Para enfrentar la excesiva concentración del gasto en la medicina de especialidad, el SPSS innovó al crear un fondo separado para financiar intervenciones de promoción de la salud, según lo establecido en el presupuesto de egresos de la federación para el ejercicio fiscal del 2008 y señala que **“EL ESTADO”** destinará de los recursos líquidos de la Cuota Social un monto no menor al 20% para financiar las acciones de promoción, prevención y detección oportuna que estén contenidas en el CAUSES⁷⁸. El paquete de servicios a la comunidad incluyendo el programa ampliado de vacunación se ha expandido de diez intervenciones con un costo per cápita de 0.40 dólares americanos en 2001, a 71 intervenciones con un costo per cápita de 13 dólares americanos⁷⁹.

Sin embargo, las brechas más importantes en la cobertura de servicios se identificaron dentro del conjunto de intervenciones de básica y mediana complejidad, en parte explicado por la

concentración de recursos humanos en los servicios de especialidad; en el 2007 el 58% de los médicos y el 70% de las enfermeras trabajaban en unidades que ofertan servicios de salud básicamente curativos⁸⁰. No obstante, el SPS ha significado un importante estímulo a la demanda de servicios de salud por las familias afiliadas e hizo más evidente la necesidad de fortalecer la oferta con RH. Para responder a esta creciente demanda los estados contrataron personal de salud de forma temporal que en muchos casos se han subsanado con recursos del SPS, entre otras fuentes. Los volúmenes de contratación y tipo de categoría ocupacional han variado entre las entidades federativas, así en el 2007, Chiapas utilizó el 70% del presupuesto del SPS en contratación de personal, mientras que Yucatán sólo el 4.6% a pesar de la recomendación de la Comisión Nacional de Protección Social de utilizar el 25% de los recursos para contratación de personal, actualmente este porcentaje alcanza el 40%. Sin embargo, la contratación de personal con recursos del SPS no ha resuelto los problemas de rezago histórico de personal en los servicios de salud.

La evaluación de procesos administrativos del SPS del 2007, identificó dos criterios tácitos que los estados utilizaron para determinar el volumen de contratación de personal de salud. Uno de ellos, la existencia de un diagnóstico inicial con información del número de RH y población sin seguridad social, en base a la cual se estimó el déficit o suficiencia de RH; el otro criterio el número de afiliados al Seguro Popular. Al calcular la relación entre volúmenes totales de personal por contrato y de personas afiliadas para 2006, en 27 estados, se encontró una sólida correlación positiva entre ambas variables (ro de Spearman de 0.78). Esto implica que el volumen de afiliación individual determinó en casi 80% el aumento de la contratación del personal.

En relación a la disponibilidad de personal de salud, el estado con la concentración más alta de enfermeras y médicos en 2001 y 2005 fue Tabasco, el estado con la concentración más baja en 2001 fue Puebla, y en el 2005 Coahuila⁸¹. De los 32 estados, diez consideraron que su personal había aumentado en menos de 10% en relación con la plantilla total de la SESA, en tanto que 12 notificaron un incremento de 10 a 30% y seis entidades reconocieron un crecimiento de personal mayor de 30%. En cuanto a la suficiencia de RH para atender la demanda generada por el SPS, 28 estados reconocieron la necesidad de contratar más personal (sobre todo médicos generales) y tres entidades (Baja California, Baja California Sur y Sinaloa) consideraron que los RH eran suficientes.

En torno al desarrollo de capacidades del personal contratado por el SPS para atender a la demanda del SPS, en el 2006 el INSP capacitó a 1 500 trabajadores de 31 estados. Los temas impartidos fueron: atención según la línea de vida y la operación de redes, normatividad del SPSS, uso de la plataforma tecnológica, el CAUSES, la práctica clínica cotidiana, arbitraje médico, distribución de medicamentos y habilidades gerenciales para la gestión de los servicios de salud. En el 2007, solo diez estados (31.2%) impartieron capacitación a todas sus categorías ocupacionales. Sin embargo, la eficacia de los programas de capacitación no fue óptima, puesto que la evaluación encontró un alto grado de desconocimiento del CAUSES que fue el único tema impartido en todos los estados. Según el panorama presentado en el campo de los recursos humanos en el sistema de salud mexicano el presente estudio intenta responder a las siguientes preguntas de investigación:

1¿Cuál es la brecha entre la disponibilidad actual y la disponibilidad ideal de recursos humanos para prestar servicios de prevención y promoción de la estrategia línea de vida en las UPAs?

2¿Qué volumen de recursos humanos existe actualmente en las UPAs y cuál es el tiempo utilizado y requerido para la prestación de servicios de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida?

3¿Qué volumen de recursos humanos se necesitan en las UPAs para garantizar que la población asegurada al SPS reciba los servicios de prevención y promoción de la salud de la estrategia línea de vida cuando el 100% de la población esté afiliada?

3. Objetivos e hipótesis:

3.1 Objetivo General

Estimar la brecha que existe entre la disponibilidad actual de recursos humanos y la disponibilidad ideal en unidades de primer nivel de atención para ofertar los servicios de prevención y promoción de la salud otorgada a través del SPS con base en la demanda de los asegurados.

3.2 Específicos

- Describir algunas características de los recursos humanos que prestan servicios de salud en las UPAS durante el 2008.

- Estimar tiempo utilizado y requerido en horas hombre para la prestación integral de servicios de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida en las UPAs considerando el grupo etario y la categoría ocupacional.
- Estimar el número de RH necesarios para ofertar los servicios de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida en las UPAs con base a la demanda presente y la demanda potencial de población asegurada al SPS.
- Elaborar una propuesta para mejorar la oferta de los servicios de prevención y promoción de la salud de la estrategia línea de vida en las UPAs.

3.3 Hipótesis

Los recursos humanos en las UPAs son insuficientes en volumen, para asegurar la oferta de servicios de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida para la población asegurada al SPS.

$$H_0 : \bar{D}_a(RH) = \bar{D}_i(RH)$$

$$H_a : \bar{D}_a(RH) \neq \bar{D}_i(RH)$$

4. Justificación

- Como parte de la reforma de salud en México, el SPS está impulsando la transformación del modelo de prestación de servicios en el que se considera a la promoción de la salud como básica para la sostenibilidad de la reforma, y al mismo tiempo incluyó acciones de prevención y promoción de la salud dentro del plan de servicios garantizados. La inclusión de las acciones de salud de la estrategia de línea de vida como parte del CAUSES busca desarrollar un modelo renovado de salud para garantizar a los asegurados al SPS el acceso a un paquete de servicios de prevención y promoción de la salud⁸². Por lo tanto, es indispensable disponer de metodologías para estimar la deficiencia operativa en términos de RH y así realizar acciones de planificación en este campo con la finalidad de disponer del número de RH adecuados que permitan garantizar la atención básica integral de los asegurados.

- Según la perspectiva organizacional, son los trabajadores quienes se identifican con las metas y objetivos de la organización en la que trabajan, y hacen posible una adecuada administración y organización de servicios de salud⁸³. En este caso, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 identificó a la promoción de salud como un elemento metodológico e instrumental fundamental para conseguir la democratización de la salud. Así mismo, destacó que las metas propuestas no se alcanzarán avanzando de manera aislada sino que deben ser consideradas un objetivo social compartido que ejecute la sociedad y el gobierno. La finalidad será conformar un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo⁸⁴.
- Los desequilibrios en RH pueden afectar todo el sector y por ende la prestación de servicios de salud⁸⁵. La escasez de RH ha sustituido a los problemas financieros como principal obstáculo para ejecutar los planes nacionales de salud⁸⁶. En la actualidad los RH constituyen un recurso fundamental de los sistemas de salud que no sólo tienen que ver con metas sanitarias, sino con el proceso mismo del trabajo, los conocimientos, las capacidades y la motivación de éstos para la prestación de servicios⁸⁷. Los usuarios en su carácter de demandantes de servicios de salud buscan resolver sus problemas de salud en las diferentes instituciones a través de acciones para recuperar la salud, o acciones que apoyen la promoción y educación para la conservación de su salud⁸⁸. Es evidente que, el desequilibrio en el mercado de trabajo de salud plantea la necesidad de generar políticas que permitan la planificación y utilización plena de RH⁸⁹ pues muchas de las deficiencias en la prestación de servicios de salud son reflejo de la falta de RH o de su mala distribución⁹⁰.
- Los proveedores de salud juegan el rol más importante en la prestación de servicios de salud, éstos son el vínculo entre conocimiento y la acción sanitaria. Así, la fuerza de trabajo es el elemento clave de todos los sistemas sanitarios al conformar la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento para asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población⁹¹. En este sentido existen numerosas pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores están relacionados con la cobertura^f. “Se ha comprobado que la calidad de médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en torno a enfermedades y a la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de

^f De inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes

personal”⁹². La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales. A esto se suma la ausencia de personal con formación en salud pública, en políticas y gestión sanitarias, por lo que, muchos trabajadores se enfrentan a entornos de trabajo desalentadores con salarios de miseria, gestores que no ofrecen apoyo, reconocimiento social insuficiente y un desarrollo profesional endeble que ha facilitado la mala distribución de personal, caracterizada por concentración urbana y déficit rural⁹³.

- La nueva agenda de salud pública está marcada por la renovación de la APS que busca que la gente se convierta en el centro de la atención de la salud, a fin de que los servicios sean más eficaces, eficientes y equitativos⁹⁴ ; así como la condición esencial para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio. La Comisión de la OMS de Determinantes Sociales de Salud ha señalado que el fortalecimiento de la APS debe diseñarse según las necesidades de la población y las características específicas de cada país y se debe dotar a los sistemas y servicios de salud de la tecnología apropiada para responder a los problemas de salud de la comunidad⁹⁵. Es indispensable entonces, realizar propuestas dirigidas al fortalecimiento del primer nivel de atención ya sea en infraestructura física o RH puesto que ambos recursos son básicos en la oferta de servicios⁹⁶.
- Existen varias razones para el fortalecimiento de la APS, una de ellas los nuevos desafíos epidemiológicos como el incremento de enfermedades crónico degenerativas⁹⁷. Según la OMS, en el 2005 las enfermedades crónico-degenerativas causaron el 60% de todas las muertes en el mundo; y 45% de ellas ocurrieron antes de que las víctimas cumplieran los 70 años de edad. En México según el reporte del SINAIS del 2005, las muertes causadas por estas enfermedades representaron el 45% del total. Si bien promover la salud ha sido una función organizada por el gobierno, el acceso adecuado a los servicios médicos todavía presenta limitaciones⁹⁸ y la APS representa una poderosa estrategia para abordar las causas de mala salud y la desigualdad⁹⁹.

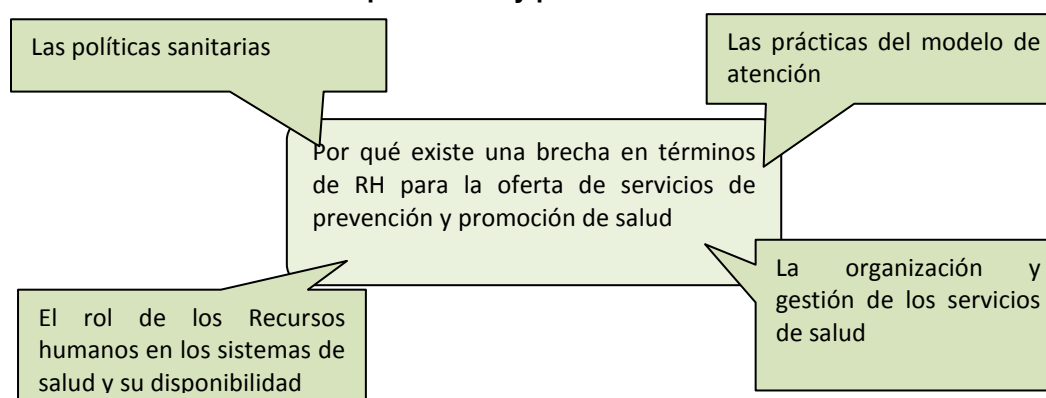
La obesidad y las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, el cáncer, las crónicas respiratorias y la diabetes, se han convertido en un problema de salud pública. Aunque existe evidencia de una predisposición genética, la mayoría de estas enfermedades se han ligado con

comportamientos mórbidos, lo que revela la desatención a la prevención y promoción de la salud que abarca a toda la población en general¹⁰⁰.

5. Marco teórico

En la figura No1 se presenta el marco teórico que sustenta la brecha en términos de RH en la oferta de servicios de prevención y promoción de la estrategia de línea de vida. Se han considerado como parte de este modelo explicativo aspectos relacionados con: las políticas sanitarias, el modelo de atención, el rol de los RH en los sistemas de salud y la organización de los servicios de salud.

Figura 1 Marco teórico para explicar la brecha en términos de recursos humanos en prevención y promoción de salud.



Fuente: Elaboración propia.

5.1 Las políticas sanitarias:

“La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones bien fundamentadas generadas en todos los niveles del gobierno, y enmarcadas en un conjunto de normativas. Entre sus fines está comunicar objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones y son utilizadas en la administración pública y la legislación. Las leyes, normas, reglamentaciones, interpretaciones y decisiones operativas y judiciales, los estatutos, los tratados y las órdenes ejecutivas son un ejemplo que expresan las políticas” ¹⁰¹ para su implementación sectorial.

Pese a la carencia de definiciones universalmente acordadas para las políticas públicas, en teoría deben responder a las características, necesidades y particularidad de la población a quien se

dirige. Los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente, por tanto no dar respuesta también es una alternativa y en consecuencia la política pública se traduce en “lo que el gobierno hace y decide ignorar”¹⁰². Las políticas públicas son una función principal del gobierno y un proceso político esencial que da lugar a relaciones de poder, influencia, cooperación y conflicto; su diseño final e implementación está determinado por los valores, los intereses y las motivaciones del gobierno y la sociedad. En síntesis, las políticas determinan, quién obtiene qué, cuándo y cómo en la sociedad¹⁰³.

Las políticas de salud en cada país determinan en gran medida las características del funcionamiento del sistema sanitario; sin embargo la problemática de la salud sigue siendo multidimensional y los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos limitados y las soluciones se encuentran en su mayoría fuera del sector salud. En este sentido, “se reconoce el importante papel que desempeñan las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud en responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades, y al mismo tiempo su potencial para, por el contrario, aumentar las disparidades y la exclusión”¹⁰⁴. Las políticas de salud tienden a afectar directa o indirectamente las acciones, los comportamientos y las decisiones de la población; pueden prohibir conductas que se conciben como de riesgo para la salud, fortalecer aquellas que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de poblaciones altamente excluidas.

Un aspecto a destacarse es que, las políticas en salud pueden describirse en un contexto de creciente medicalización definido por M. Donnangelo como una extensión de la normatividad de la medicina dentro de la sociedad¹⁰⁵, aunque en un período histórico largo se observó extensión de servicios de salud, ya sea en la atención directa a las personas o en servicios higiénicos de carácter general (sistemas de recogida de basuras, de potabilización del agua, de procesamiento de todo tipo de desechos líquidos etc.); que dieron lugar al surgimiento de políticas que han ido reconfigurando los modelos de atención a la salud.

En realidad una buena política no garantiza un buen resultado en salud, más bien éste está influido por la historia, la cultura, la política, la economía y los fundamentos sociales de los

contextos en los que se aplican. Casi todos los aspectos políticos económicos influyen en las condiciones de salud, por lo tanto una mayor armonización entre las políticas de salud y el desarrollo social es alentador. Sin embargo, en la mayor parte de países la coherencia entre la política social y la económica, y la subordinación de las políticas sociales y de salud a decisiones en otras esferas políticas, son asuntos que aún quedan por resolver. Para abordar los problemas de salud se requerirá de la modificación de la perspectiva actual de las políticas sanitarias y de los sistemas y servicios de salud para enfrentar el desafío de nuevas formas de gobernanza en el Estado y la sociedad, temas que trascienden al sector de salud¹⁰⁶.

5.2 El modelo de atención

La medicina, desde sus orígenes, ha debatido diferentes modelos que han incidido en su puesta en práctica. Mientras Hipócrates bregaba por una tradición higiénica de carácter colectiva, Galeno adhirió al estudio de las partes del cuerpo humano de cada individuo. Este modelo tradicional se centró en la estructura bioquímica, inmunológica, fisiológica y genética como causas de las enfermedades, prestándole poca atención a la interacción del individuo con su ambiente social^{107, 108}.

En este proceso de interpretaciones se van reconociendo relaciones sustantivas entre las prácticas, esto es, una cierta coherencia que les confiere identidad y permite distinguirlas como parte de un modelo de atención. En decir que las prácticas sociales en salud (PSS) logran un ordenamiento bajo ciertas “miradas” que interpretan su origen, naturaleza, modalidades de acción, recursos, evolución, etc.¹⁰⁹. Las dimensiones que influyen para desarrollar un determinado modelo tienen una influencia conceptual, cultural, política, epidemiológica, económica, tecnológica y organizacional. En consecuencia, un modelo de atención puede ser concebido como una representación mental producto del uso de un instrumento metodológico de interpretación-intervención de aquellas PSS dirigidas a las personas, colectividades y al ambiente, desde la perspectiva de la coherencia, identidad e institucionalidad alcanzadas.

El modelo nos permite discriminar, vía interpretación, de un lado, en qué medida estas prácticas han logrado institucionalizarse en la sociedad que les dio origen y de otro, hasta qué punto comparten identidad. A modo de ejemplo, la práctica médica hospitalaria, durante las primeras décadas del siglo XX, lograron convertirse en “prácticas normales” en las que se institucionalizó

al médico como el grupo elite de la medicina curativa y en donde las otras profesiones de salud surgen como complemento de la práctica médica y se denominan profesiones paramédicas¹¹⁰. Desde entonces, se le puede reconocer como un modelo de atención hegemónico, el modelo médico hospitalario. Así también muchos de los modelos de salud del continente americano durante el siglo XX se han inspirado en el enfoque tradicional, de tipo biólogo, curativo-reparador¹¹¹ que instaló la formación médica en el nivel hospitalario y cuyo objeto fue la precisión diagnóstica. Por lo cual, las curriculas de formación médica enfatizaron en la adquisición de conocimientos para el diagnóstico de la enfermedad y en la utilización adecuada de métodos auxiliares para el diagnóstico¹¹².

Afortunadamente como parte de la consolidación de los modelos surgen nuevas prácticas que buscan reformar los modelos hegemónicos o prevalentes tratando de suplir sus insuficiencias; este es el caso de las prácticas conocidas como medicina preventiva y medicina comunitaria respecto del modelo médico hospitalario. Otras veces las nuevas prácticas pretenden cambios radicales al *statu quo*, tal como lo buscó el modelo de atención subyacente en la Atención Primaria de Salud. También encontramos PSS que permanecen como resabios de modelos de atención que en cierto momento fueron hegemónicos y que perdieron esta condición. Se desinstitucionalizaron usualmente por cambios políticos, científicos o tecnológicos, pero sobreviven en condición subordinada en tanto sean funcionales al modelo hegemónico, tal es el caso de los programas verticales de salud.

Finalmente, el conocimiento de la realidad es, básicamente, una interpretación que los actores realizan de ella¹¹³. Por lo tanto, es construida/interpretada, local y específicamente; los procesos de generalización obedecen a un segundo nivel de construcción. Por ello, es posible reconocer dos modelos de atención, aquel que interpreta las PSS, concretas y específicas de su espacio de producción (ámbito local) y aquel que pretende un nivel de generalización mayor a partir de la interpretación primera. A los primeros se les denomina Modelos Operacionales y los segundos Modelos Paradigmáticos^{114,115}.

Modelo de Atención y Modelo de Sistema de Salud

Es usual confundir dos construcciones histórico-sociales que responden a objetos diferentes: los Modelos de Atención y los Modelos de Sistema de Salud^g. El primero, busca interpretar las prácticas sociales que diferentes actores producen al atender la salud de los individuos, colectividades y el ambiente; mientras que el segundo, mucho más genérico, pretende interpretar el conjunto de procesos y prácticas que una sociedad determinada construye para modular (orientar, regular y organizar), financiar y dotarse de los recursos destinados a producción de la atención. De esta diferencia podemos deducir que:

a) Los **modelos de sistemas de salud** son básicamente modelos de desarrollo sanitario y tienen que ver con el conjunto de funciones genéricas que las concepciones modernas atribuyen a los sistemas de salud^h, como tal son de mayor amplitud y generalidad que los modelos de atención. Pretenden dar cuenta de las experiencias de desarrollo sanitario de un país y están en la base de las propuestas de reforma o modernización hoy en boga.

b) Los **modelos de atención** están comprendidos estructuralmente dentro de los modelos de desarrollo sanitario, son parte de ellos pues, buscan dar cuenta básicamente de la función de producción de la atención de salud.

5.2.1 Prevención y promoción de salud

En el modelo de salud mexicano además de la influencia del modelo médico hospitalario se observan dos conceptos de gran relevancia para la transformación de la práctica de salud la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Prevención de la enfermedad

El concepto de prevención está ligado al proceso salud-enfermedad; en cada época de la historia se han dado diferentes interpretaciones a la salud y a la enfermedad y se las ha relacionado con situaciones políticas, económicas y sociales de cada momento histórico. La Prevención tiene que

^g A fin de precisar mejor el uso de estos términos, se recomienda la lectura de, Tovar F.: Herramientas para el Análisis del Sector Salud, en Medicina y Sociedad, Volumen 23 N° 2, Julio 2000, pág 83 y siguientes.

^h La Organización Mundial de la Salud reconoce cuatro funciones genéricas para un sistema de salud, producción de los recursos para la atención, rectoría, financiamiento y producción de los servicios de atención de salud. Léase OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra 2000

ver con teorías de causalidad de la enfermedad en cualquier modelo médico y fue definida como: "la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria)"¹¹⁶ ver cuadro No 2.

Según lo señalado anteriormente, desde el enfoque de la prevención considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a *factores de riesgo* identificables, que suelen estar a menudo asociados a diferentes *comportamientos de riesgo*. La prevención abarca medidas que normalmente emanan del *sector sanitario*, y que están destinadas a prevenir la aparición de enfermedad, la reducción de *factores de riesgo*, detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida¹¹⁷.

Cuadro 2 Niveles de prevención de la enfermedad

Periodo pre-patogénico		Periodo patogénico		
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel	Cuarto Nivel	Quinto nivel
Promoción general de salud	Protección específica	Diagnostico precoz y tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación

Leavell y Clark citado por Vélez, Alba Lucía¹¹⁸

En este sentido, la prevención primaria debe focalizarse en el primer nivel de atención de los sistemas de salud y evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia; es obvio que es mejor prevenir la aparición de una enfermedad que curar¹¹⁹. La prevención primaria es entonces "el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad mediante la disminución de factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia"; son buenos ejemplos los test de tamizaje de determinadas enfermedades, inmunizaciones y evaluación de riesgos individuales¹²⁰. Por otro lado, las capacidades del personal en este nivel pueden enfatizar el desarrollo de nuevos comportamientos en la población que son indispensables para un comportamiento saludable¹²¹.

Promoción de salud

Desde tiempo atrás se ha tratado de explicar la relación de la pobreza, la prosperidad y la libertad con el estado de salud de la población^{122,123}. Es en 1945 cuando Henry Sigerist aborda la promoción de la salud y la define como una de las tareas más importantes de la medicina, que

es promovida con adecuados estándares de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, recreación y cultura física y hace un llamado para las acciones coordinadas¹²⁴. Este concepto es repetido 40 años más tarde en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud¹²⁵.

La **Carta de Ottawa** (1985) constituye el marco de referencia para una comprensión holística de la salud^{126, 127}. Destaca algunos prerrequisitos para la salud, que incluyen “la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, ecosistema estable, uso sostenible de recursos, justicia social y equidad. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. De allí que, la promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud para mejorarla”¹²⁸. En consecuencia, su intervención abarca no solamente acciones y estrategias dirigidas al fortalecimiento de habilidades y capacidades de los individuos, sino también a modificar condiciones sociales, ambientales y económicas^{129,130} para contribuir significativamente a la reducción de inequidad en salud, asegurar los derechos humanos y construir capital social¹³¹.

El abordaje de promoción de salud incluye dos niveles de intervención el individual y el comunitario con tres estrategias básicas. La primera, la *abogacía* por la salud con el objetivo de crear condiciones sanitarias esenciales; la segunda, *facilitar* que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y la tercera, *mediar* a favor de la salud entre los distintos intereses en la sociedad. Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acciones prioritarias¹³².

- Establecer una política pública saludable
- Crear entornos que apoyen la salud
- Fortalecer la acción comunitaria para la salud
- Desarrollar las habilidades personales, y
- Reorientar los servicios sanitarios

Como parte de los acuerdos internacionales para realizar seguimiento a la promoción de salud, en la **Declaración de Yakarta** 1997¹³³ se confirma que los países que utilizaron combinaciones

de estas cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de una sola vía. Al mismo tiempo, identificó cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud

Adicionalmente, se destaca el carácter anticipatorio de la promoción de la salud¹³⁴ y se la concibe como la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Tiene una acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud; promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias; brinda oportunidades para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar. Promover la salud supone instrumentar acciones no sólo para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino también para desarrollar un proceso que permita controlar los determinantes sociales de la salud¹³⁵.

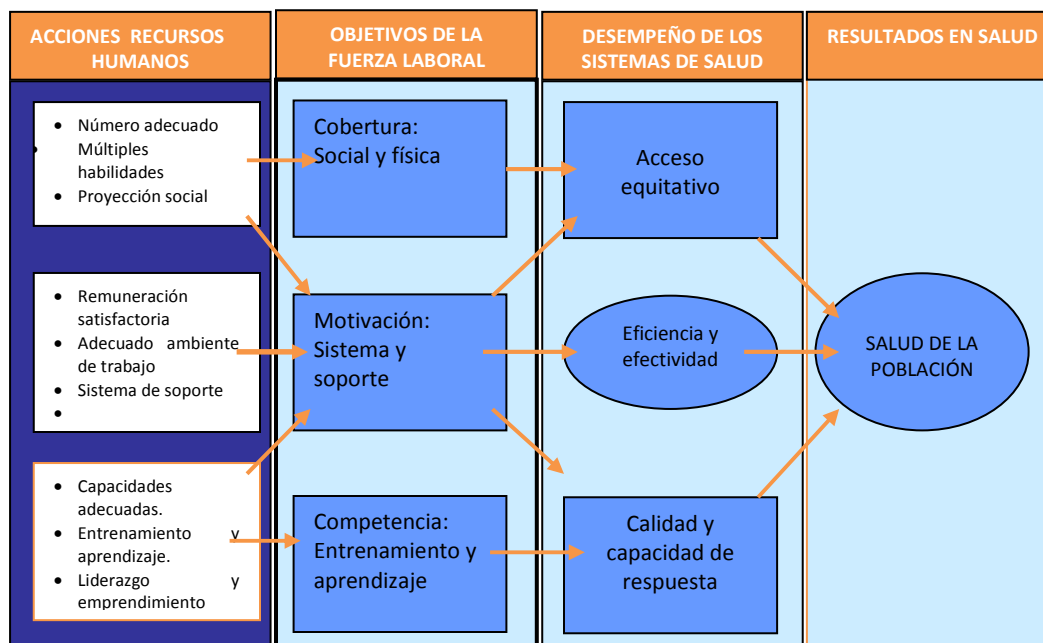
5.3 El rol de los recursos humanos en los sistemas de salud y su distribución

En términos organizacionales, la prestación de servicios de salud está condicionada en gran medida por la cantidad y la calidad del RH que se forma en las instituciones dedicadas a este fin, y por la oferta que el entorno genere para absorber el recurso. Desde esta perspectiva, la adecuación entre oferta y demanda de RH se convierte en una actividad clave para lograr que la inversión social en salud sea aprovechada de manera adecuada¹³⁶. Así, el logro de metas nacionales de salud tiene como base la fuerza de trabajo¹³⁷ de diversas profesiones, disciplinas y oficios, que a partir de su entrenamiento formal y de la acumulación de experiencias ofrecen a la ciudadanía una amplia red de servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud.

Dado el papel clave de la fuerza laboral, es de suma importancia la gerencia de RH hacia un mejor desempeño, que permita alcanzar objetivos de cobertura, motivación y competencia. La cobertura se refiere al número adecuado de profesionales de salud con capacidades adecuadas para la oferta de servicios de salud. La motivación se centra en la remuneración satisfactoria, un

adecuado ambiente de trabajo y oportunidades para el desarrollo. La competencia tiene que ver con el desarrollo de aptitudes adecuadas y la creación de condiciones para seguir aprendiendo¹³⁸.

Figura 2 Fuerza laboral para el cumplimiento de resultados sanitarios



Fuente: Joint learning initiative: Human resources for health: overcoming the crisis, 2004.

Como parte de la gerencia, la planeación de RH es un proceso esencial de modo que los sistemas sanitarios puedan asegurar la fuerza laboral necesaria para la atención de las necesidades de la población. No obstante, en muchos países se observa una planeación ineficaz debido, entre otras razones, a que no se aplican mecanismos de planificación capaces de calcular de manera adecuada las futuras demandas de atención a la población; bajo este tenor, planificar la oferta y la demanda de RH de salud, se convierte en un proceso crítico de administración y gerencia de los ministerios de salud¹³⁹.

5.4 La organización y gestión de los servicios de salud

Se entiende por sistema de salud al “conjunto de entidades que se organizan para realizar intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud”¹⁴⁰. Estas intervenciones incluyen la atención a las personas y al entorno para promover, proteger o recuperar la salud, o reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes sanitarios¹⁴¹. Los países han

optado por arreglos organizativos de sus sistemas de salud a fin de satisfacer valores y principios establecidos, cumplir con sus propósitos y alcanzar los objetivos sanitarios; esto ha dado lugar a diversas modalidades para conducir el sistema, regular su funcionamiento, financiar y asignar los recursos, y proveer servicios de salud¹⁴².

Por otro lado, el grado y el tipo de interacciones existentes en un sistema de salud son factores que determinan la capacidad de respuesta a las demandas de sus beneficiarios. Otros aspectos que limitan el desempeño de los sistemas de salud son: la ausencia o insuficiencia de esquemas de salud de prepago y sistemas de mancomunidad de riesgos, el predominio del pago de bolsillo y el poco desarrollo de rectoría/regulación, que dificultan la definición de reglas de juego entre los agentes del sistema (usuario-prestador de servicios-asegurador/financiador) y la fiscalización por el Estado para el cumplimiento de esas reglas¹⁴³. Sin embargo, desde el punto de vista de los usuarios, la demanda de bienes y servicios de salud está determinada por las características organizativas y la estructura de los sistemas de salud.

Para responder a la enfermedad y mantener la salud de la población, los servicios de salud, requieren de una organización que está dada en niveles de atención; el énfasis y la prioridad que se le otorgue a determinado nivel, determinará la asignación de recursos para la prestación de salud. El primer nivel de atención es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con los servicios de salud; es decir, la atención sanitaria más cercana posible al lugar donde viven y trabajan las personas. Es el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria^{144,145} para ser accesible, clínica y culturalmente y estar disponible para la población en el momento adecuado¹⁴⁶, para superar situaciones insatisfactorias de salud¹⁴⁷ y asegurar intervenciones sencillas, adecuadas y efectivas¹⁴⁸ para mantener la salud de la población.

Las APS como asistencia sanitaria esencial busca el desarrollo de tecnologías prácticas, científicamente probadas y socialmente aceptables para ponerlas al alcance de todos los individuos y familias a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. El producto incluye tanto la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como también el diagnóstico y tratamiento de patologías agudas y la detección y tratamiento o control de patologías crónicas^{149,150}. La APS debe incluir como mínimo “educación para la salud

de individuos y comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud prioritarios, e indicar los métodos de prevención y control. Otras actividades esenciales son la promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta, el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico; la asistencia sanitaria materno-infantil, incluida la planificación familiar; la inmunización, el tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones comunes; y el suministro de medicamentos esenciales”¹⁵¹.

En consecuencia, el informe de salud del mundo 2008 reafirma los valores y principios de la APS, incluyendo la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a servicios de salud, la acción multisectorial, la descentralización y la participación comunitaria como la base de los sistemas de salud¹⁵². Al mismo tiempo que puntualiza que la APS se basa en el plano local, con la inclusión, según proceda, de profesionales de salud; así como, de personas que practican la medicina tradicional para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresadas por la comunidad.

6. Metodología:

6.1 Diseño de la investigación: es una investigación de tipo transversal que combina métodos cuantitativos y cualitativos.

6.2 Universo del estudio: la investigación se realizará en veinte UPAs de diez entidades federativas: Morelos, Distrito Federal, Hidalgo, Querétaro, Guerrero, Baja California, Jalisco, Campeche, Zacatecas y Estado de México. Los estados se seleccionaron considerando los siguientes criterios: a) diversidad geográfica del país, b) tipo de REPSS (descentralizado, desconcentrado e integrado) y c) desempeño del REPSS (cobertura de afiliación).

6.2 Unidad de análisis: Unidad Primaria de Atención

6.3 Muestra: se realizará un muestreo por conveniencia y la unidad de muestreo será la UPA. Como en los muestreos no aleatorios no existe fórmula para determinar el tamaño de la muestra, se definió incluir una UPA urbana y otra rural en cada entidad federativa (20 UPAs en total)

6.4 Criterios de inclusión y exclusión: los criterios de inclusión de las UPAs serán: a) UPA con mayor tiempo en la implementación del SPS en el estado, b) UPA que se encuentre implementando acciones de la estrategia de línea de vida, y c) UPA que estén consideradas como urbanas o rurales según la clasificación del estado.

Para el caso de la investigación cualitativa los criterios de inclusión para la selección de los informantes fueron: el tiempo de permanencia en la UPA y la experiencia en la ejecución de acciones de línea de vida.

Cuadro 3 Tipo de muestreo y recolección de información

Característica		Cuantitativa	Cualitativa
Muestra		Por conveniencia	Por conveniencia con criterios de inclusión.
Técnica recolección		Consulta de registros	Entrevista semi-estructurada
Información		Formato para la estimación del tiempo por actividad	Trabajo grupal

6.5 Tipo de investigación: Se utilizarán dos tipos de metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa (ver cuadro 3). La investigación cualitativa pretende recuperar los procesos positivos y negativos que se dan al interior de las UPAs para prestar servicios de prevención y promoción de salud en la estrategia línea de vida. La información cuantitativa pretende realizar la estimación del tiempo utilizado y requerido de los trabajadores de las UPAs para prestar servicios de prevención y promoción de la salud.

Para la recolección de la información cualitativa se utilizaran instrumentos como a) entrevistas semi-estructuradas (anexo No 3), y b) guía para trabajos grupales (anexo No 4). Para la entrevista semi-estructuradas se entrevistará al trabajador más antiguo de la UPA y que a la vez realice acciones de la estrategia línea de vida; se abordará aspectos relacionados con conocimientos en promoción de salud, proceso de implementación de actividades de promoción de salud, capacitación recibida para el desarrollo de competencias, valoración aproximada del tiempo que dedica a las acciones de la estrategia línea de vida, aspectos negativos que limitan su labor y sugerencias para mejorar. Para los trabajos grupales se incluirán a todo el equipo de trabajo en las UPAs rurales y en el caso de las urbanas se incluirá un representante de

médicos, enfermeras, TAPs y los promotores de salud. La finalidad será identificar los aspectos positivos y negativos en la implementación de las acciones de prevención y promoción de salud en la estrategia de línea de vida.

Para recolectar la información cuantitativa se dispondrá de: a) Información cuantitativa de RH (anexo No 2), b) formato para la estimación del tiempo por actividad (anexo no 5). La información cuantitativa de RH se recolectará del subsistema SINERHIAS en el que se encuentra especificado el número de enfermeras y médicos por unidad médica; para la información relacionada con el volumen de población asegurada atendida por grupo de edad se accederá a la base de datos de cubos, concentrado por unidad médica 2008. El formato para la estimación del tiempo por actividad se aplicará al equipo que trabaja en las UPAs para que mediante consenso estimen el tiempo utilizado y requerido para realizar cada una de las actividades de la estrategia de línea de vida según grupo de edad.

6.6 Fuentes de información

Fuentes secundarias: se utilizarán fuentes de información secundaria para obtener información de recursos humanos en cada UPA, SINERHIAS 2008 proporcionará información de recursos humanos por unidad, para información de la población asegurada atendida en cada unidad médica se utilizará la base de datos de cubos “concentrado por unidad médica 2008, para la población afiliada se accederá a la base de datos de afiliación de la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud 2008.

Fuentes primarias:

- Se aplicará una entrevista semi-estructurada para profundizar en aspectos operativos de la implementación de las acciones de prevención y promoción de la estrategia línea de vida.
- Para los trabajos de grupos se diseñará una guía de preguntas a las que deben responder por consenso del grupo.
- Se diseñará un instrumento para que el personal de salud realice la estimación del tiempo utilizado y requerido para la ejecución de actividades de prevención y promoción.

6.7 Validación de Instrumentos: la validación de instrumentos se realizará con una prueba piloto en el estado de Morelos, en la que la investigadora entrevistará previo consentimiento del Secretario de Salud estatal a trabajadores de las UPAs (urbana y rural). Los instrumentos a validarse serán: a) formato de estimación de tiempos de actividades b) información cuantitativa de RH c) entrevista semi-estructurada y d) guía de preguntas para el trabajos de grupo. Las entrevistas serán grabadas, con el objetivo realizar ajustes antes de su aplicación en otras entidades federativas. En el caso del estado de Morelos la información procedente de las UPAs será de unidades en las que no se hayan validado los instrumentos.

6.9 Consideraciones éticas de la investigación: se aplicarán los criterios éticos de la investigación en salud estipulados en la declaración de Helsinki¹⁵³ y en la Ley Federal de investigación en salud de México. Por otro lado, es pertinente mencionar que la presente investigación forma parte de la evaluación del SPS 2009 y que para su ejecución fue sometido previamente a las diferentes comisiones de investigación del INSP.

Información del procedimiento: se informará a los participantes del estudio sobre los objetivos de la investigación, los integrantes del equipo de investigación, los estados en los que se realizará y los instrumentos que se aplicarán para recolectar la información.

Privacidad y Confidencialidad: antes de proceder con la entrevista, se informará a los entrevistados sobre el manejo de la información por parte de los investigadores. Se hará mención que la información se pondrá a buen recaudo y que sólo tendrán acceso a ella los investigadores. Los comentarios que realicen los participantes serán confidenciales, se hayan grabado o no, y las citas que aparezcan en eventuales publicaciones no permitirán identificar al informante, a menos que éste otorgue consentimiento informado de manera escrita para la publicación¹⁵⁴. Es decir la investigación garantizará el anonimato del informante.

Consentimiento informado: antes de la entrevista se procederá con la lectura de la carta de consentimiento informado (anexo no 6) en la que se detalla el procedimiento de la investigación; la privacidad y confidencialidad de la información; la libre decisión de participar, haciendo énfasis en el derecho de abstenerse de participar en la investigación o si acepta participar, de negarse a contestar preguntas que no desea; de la integridad del estudio y del carácter voluntario de la participación.

Integridad: en la investigación se incluirán profesionales con capacidad para aplicar la metodología de investigación, de modo que se asegure la recolección de la información apegada a la realidad y manejo adecuada de la misma, así como el cumplimiento de los aspectos éticos de la investigación.

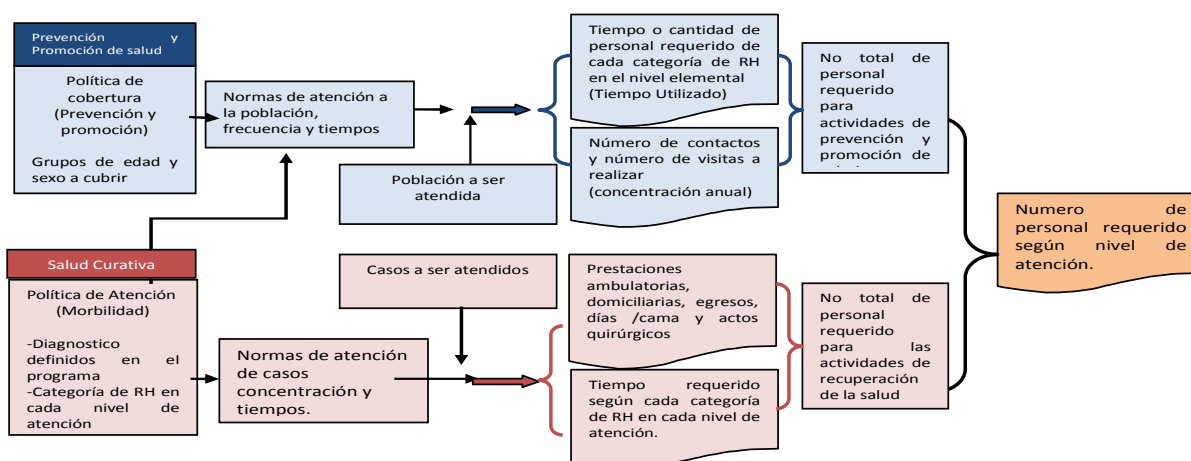
Carácter Voluntario de la participación: se informará al entrevistado que su decisión de participar o no en la investigación de ninguna manera afectará sus actuales y futuras relaciones con la SSA, de modo que la información sea obtenida sin coerción^{155, 156, 157}.

Riesgo de la investigación: esta es una investigación de bajo riesgo, ya que la probabilidad de que el participante sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía de la investigación¹⁵⁸ es casi nula.

6.10 Modelo para la estimación de recursos humanos

Para la estimación del RH en las UPAs, se utilizará *submodelo para el cálculo de requerimientos de personal*¹⁵⁹ *propuesto por OPS/OMS*. En este modelo la estimación de RH tiene una clara orientación hacia los servicios de salud que se ofertan¹⁶⁰, la necesidad de servicios de salud parte desde el enfoque de la necesidad normativa¹⁶¹ que resulta de la opinión de un profesional o experto acerca de lo que un individuo necesita en relación con una determinada norma deseable u óptima de alcanzar.

Figura No 3 Sub-modelo para el cálculo de requerimientos de personal de salud

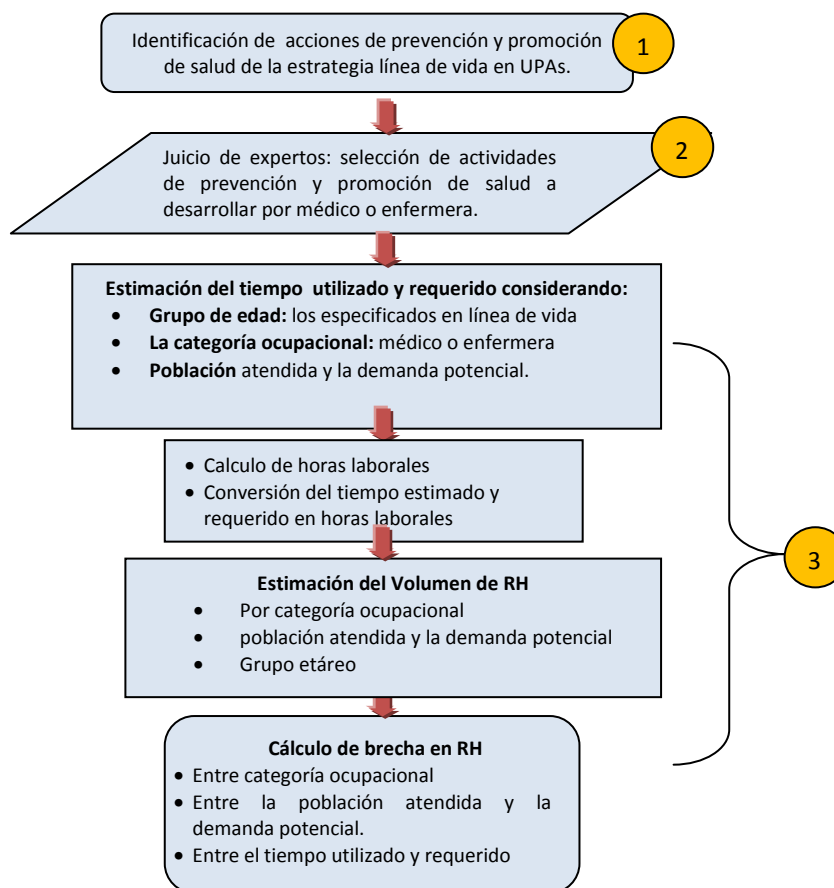


Fuente: adaptado del sub modelo de requerimiento de personal propuesto por la División de Salud Familiar y la de Recursos Humanos e Investigación de la OPS/OMS.

En este submodelo, el requerimiento de RH se calcula considerando las prestaciones brindadas en el periodo de un año (figura 3). Los resultados se expresan en tiempo y número de personas requeridas de cada categoría de personal requerido y las áreas geográficas y tipo de servicio (o nivel de atención) de salud.

6.10.1 Proceso metodológico para la estimación de recursos humanos: el proceso metodológico para la estimación de RH en las UPAS se especifica en la figura No 4. La información se procesará con el stata versión 10, inicialmente se realizará un análisis descriptivo y posteriormente se realizará el cálculo de las variables de investigación que se detallan en el cuadro No 5

Figura 4 Flujograma metodológico para la estimación del requerimiento de recursos humanos desde la perspectiva de servicios de salud.



6.10.1.1 Identificación de acciones de prevención y promoción de la salud de la estrategia línea de vida en UPAs: Se revisarán documentos oficiales de la estrategia donde se indiquen las actividades para los diferentes grupos de edad.

Cuadro 4 Acciones de prevención y promoción de salud identificadas en la estrategia de línea de vida en UPAs por grupo de edad

Grupo Poblacional	No acciones	Concentración al año
Niño		
Recién nacido	10	2
Niñas y niños de 5 a 9 años	10	2
Adolescente		
Adolescentes de 10 a 19 años	10	2
Población adulta		
Mujeres de 20 a 59 años	11	2
Hombres de 20 a 59 años	11	
Adultos Mayores		
Mujeres y varones mayores de 60 años	10	2
Grupos especiales		
Embarazo	17	1
Puerperio	10	1

6.10.1.2 Juicio de expertos: se organizará en el estado de México un taller integrado por médicos y enfermeras cuya trayectoria profesional los clasifique como expertos en el trabajo de primer nivel de atención. Con este grupo de profesionales se analizarán las actividades de prevención y promoción de la estrategia en cada grupo de edad y con base en el perfil profesional se asignarán actividades para que las realice el médico o la enfermera. Esta clasificación de actividades según perfil profesional facilitará la estimación del tiempo para la prestación de servicios por categoría ocupacional.

6.10.1.3 Estimación del tiempo utilizado y requerido: para la estimación del tiempo utilizado por actividad en cada UPA se recurrirá al auto-reporte de los equipos de trabajo de cada una de ellas. Para la estimación del tiempo requerido por actividad se tendrá en cuenta en primer lugar los tiempos estipulados para las actividades de salud en los protocolos de atención de la OMS o de la SSA y en segundo lugar el auto-reporte de los equipos de las UPAs.

6.10.1.4 Descripción de variables de la investigación

Cuadro 5 variables de la investigación

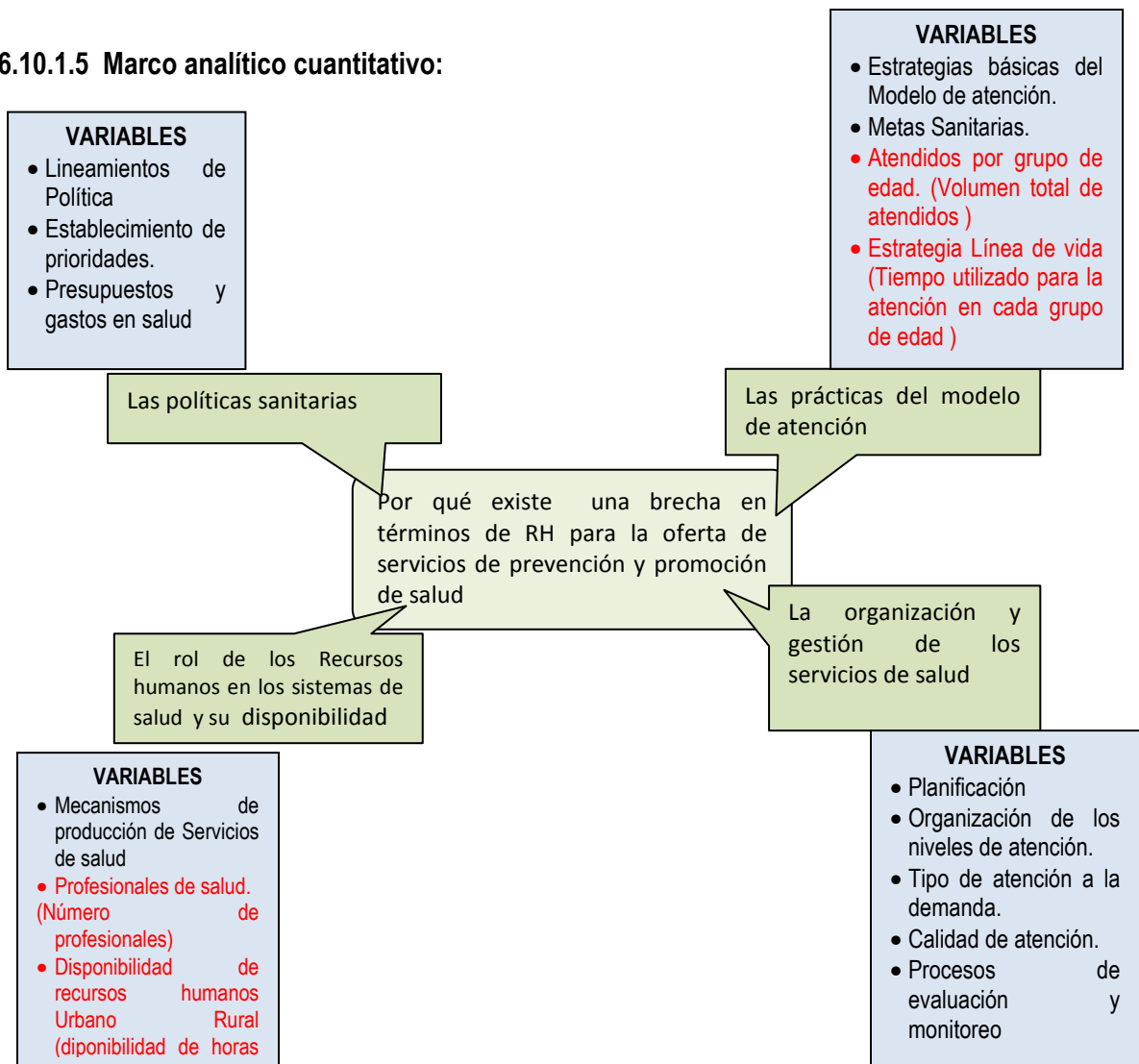
Nombre de la variable	Conceptualización	Definición operacional	Forma de medición	Utilidad
Población Atendida	Es la población que recibió atención de salud en las UPAS.	Población atendida =P1= población asegurada que recibió atención en la UPA en el 2008.	Número total de personas recibieron al menos una atención de salud en Las UPAS.	Esta variable se utilizará para estimar el tiempo utilizado y requerido para prestar servicios de prevención y promoción de salud considerando el grupo étnico.
Demanda Potencial	Es la población que podría requerir servicios de prevención y promoción de la salud en el marco del SPS.	Población afiliada =P2= población que está afiliada al SPS en el 2008. Población objetivo =P3= Población estimada de afiliación al SPS que no tiene seguridad social en salud para alcanzar la cobertura universal en el 2008.	No total de personas afiliadas al SPS en el 2008. No total de personas pendientes de afiliación para alcanzar la cobertura universal de salud en el 2008.	Esta variable servirá para estimar el número de recursos humanos necesarios para ofertar los servicios de prevención y promoción de la salud para la población afiliada y la pendiente de afiliación.
Tiempo total utilizado por grupo de edad	Tiempo total que utiliza el personal de salud de la UPA para realizar actividades de prevención y promoción de salud en cada grupo de edad de la estrategia línea de vida.	Tiempo total expresado en minutos que el personal de la UPA manifestó utilizar para prestar servicios de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida.	T_{ig} : tiempo total utilizado para la actividad i en el grupo g: $T_{ig} = \sum_{n=1}^N T_{nig}$ T=tiempo utilizado para la actividad en el grupo g n=establecimiento i=actividad g=grupo de edad	Se realizará el análisis comparativo de tiempo utilizado según grupos de edad niño, adolescente, adulto mujer, adulto varón, gestantes, puerperas, adulto mayor mujer y adulto mayor varón.
Tiempo total requerido por grupo de edad	Tiempo total que el personal de salud de la UPA estima como necesario para realizar actividades de prevención y promoción de salud en cada grupo de edad de la estrategia línea de vida.	Tiempo total expresado en minutos que el personal de la UPA estima como necesario para prestar servicios de prevención y promoción de salud o el estipulado en las guías de atención de la OMS-SSA para cada grupo de edad de la estrategia línea de vida.	$T1_{ig}$: tiempo total requerido para la actividad i en el grupo g: $T1_{ig} = \sum_{n=1}^N T1_{nig}$ T ₁ =tiempo requerido para la actividad n=establecimiento i=actividad g=grupo de edad	Se realizará un análisis comparativo del tiempo requerido según grupos de edad niño, adolescente, adulto mujer, adulto varón, gestantes, puerperas, adulto mayor mujer y adulto mayor varón.
Tiempo promedio utilizado por actividad	Es la media del tiempo que el personal de salud de la UPA utiliza para realizar cada actividad de prevención y promoción de salud en la estrategia línea de vida	Es el tiempo promedio expresado en minutos que el personal de la UPA utiliza para cada actividad de prevención y promoción de salud en la estrategia línea de vida	$\overline{T}_{ig} = \frac{\sum_{n=1}^N T_{nig}}{N}$ T=tiempo utilizado para la actividad en el grupo g n=establecimiento i=actividad g=grupo de edad	El tiempo promedio utilizado por actividad se utilizará como estándar para realizar el cálculo del volumen de recursos humanos según la población beneficiaria, categoría ocupacional y grupo étnico.

Nombre de la variable	Conceptualización	Definición operacional	Forma de medición	Utilidad
Tiempo promedio requerido por actividad	Es la media del tiempo que el personal de salud de la UPA requiere para realizar cada actividad de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida.	Tiempo promedio expresado en minutos que el personal de salud estima como necesario para cada actividad de prevención y promoción de salud en la estrategia línea de vida.	N=Número total de UPAs $\bar{T}1_{ig} = \frac{\sum_{n=1}^N T1_{nig}}{N}$ T=tiempo requerido para la actividad en el grupo g n=establecimiento i=actividad g=grupo de edad N=número total de UPAs	El tiempo promedio requerido se calculará considerando el tiempo requerido por el personal de salud y el estipulado en las guías de atención de la OMS-SSA. Con la estimación de estos tiempos se realizara el cálculo del volumen de recursos humanos, según la población beneficiaria, categoría ocupacional y grupo etáreo.
Tiempo promedio designado.	Porcentaje de tiempo del total de sus horas de contrato que el personal de salud de las UPAs manifiesta utilizar para las actividades de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida.	Tiempo expresado en porcentaje que el personal de las UPAs considera dedicar para realizar las actividades de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida.	$\bar{T}a = \frac{\sum_{n=1}^N Ta_n}{N}$ Ta=porcentaje de tiempo asignado para actividades de prevención y promoción de salud n=establecimiento N=total de UPAs	El tiempo promedio designado se utilizará como estándar para realizar el cálculo del tiempo actual que el personal de las UPAs utiliza para las actividades de prevención y promoción de salud y estimar la brecha entre el la disponibilidad actual y la ideal de recursos humanos.
Tiempo utilizado para acciones prevención y promoción de salud por categoría ocupacional	Tiempo que utiliza el médico o la enfermera en las UPAs para realizar las acciones de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida	Tiempo expresado en horas que el médico o la enfermera manifiesta utilizar en las UPAs para realizar las acciones de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida	$T_{util} = \frac{\sum_{n=1}^N T_{nip}}{N}$ n=establecimiento i=actividad p=categoría ocupacional N= número total de UPAs	Se realizará el cálculo del tiempo utilizado por categoría ocupacional (médico o enfermera) y se realizará la estimación de los recursos humanos necesarios considerando el grupo de edad, la población atendida y la demanda potencial del SPS en el 2008. .
Tiempo requerido para acciones de prevención y promoción de salud por categoría ocupacional	Tiempo que el médico o la enfermera en las UPAs necesita para realizar las acciones de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida.	Tiempo expresado en horas que el médico o la enfermera necesita para realizar acciones de prevención y promoción de salud en la estrategia línea de vida	$T_{req} = \frac{\sum_{n=1}^N T1_{nip}}{N}$ n=establecimiento i=actividad p=categoría ocupacional N= número total de UPAs	Se realizará el cálculo del tiempo requerido por categoría ocupacional (médico o enfermera) y se realizará la estimación de recursos humanos considerando el grupo de edad, la población atendida y la demanda potencial del SPS en el 2008.
Tiempo utilizado según población atendida o demanda potencial.	Tiempo que utiliza el personal de salud en las UPAs para atender a la población atendida o a la demanda potencial del SPS en el 2008.	Tiempo expresado en horas que el personal de salud de las UPAs utiliza para realizar las acciones de prevención y promoción de salud ya sea a la población atendida o a la demanda potencial.	$T u_{ig} = \frac{\sum_{n=1}^N T_{nig}}{N} \times P$ T=tiempo utilizado n=establecimiento i=actividad	Se realizará el cálculo de tiempo utilizado en horas para estimar el volumen de RH según población atendida o demanda potencial del SPS en el 2008.

Nombre de la variable	Conceptualización	Definición operacional	Forma de medición	Utilidad
Tiempo requerido según población atendida o demanda potencial	Tiempo que el personal de salud en las UPAs necesita para atender a población atendida o demanda potencial del SPS en el 2008.	Tiempo expresado en horas que el personal de salud de las UPAs necesita para realizar las acciones de prevención y promoción de salud según la población atendida o demanda potencial del SPS en el 2008.	$H_o : \bar{D}a(RH) = \bar{D}i(RH) \times P$ $H_a : \bar{D}a(RH) \neq \bar{D}i(RH) \times P$ T1=tiempo requerido n=establecimiento i=actividad g=grupo de edad N= número total de UPAs P=población atendida o demanda potencial.	Se realizará el cálculo de tiempo requerido en horas necesarias para estimar el volumen de RH en salud para prestar atención de prevención y promoción de salud a la población atendida y la demanda potencial del SPS en el 2008.
Horas laborables	Tiempo que el personal de las UPAs tiene disponible para realizar acciones de salud.	Tiempo expresado en horas que personal de salud de la UPAS dispone para realizar sus acciones de salud en un año (ver anexo no1)	$H.Lab = (dl - d) \times 8h \times f$ dl= días laborables al año d= días no laborables al año f=número de médicos y enfermeras que trabajan en la UPA.	Se realizará el cálculo de días laborables ajustando por días feriados nacionales, días de vacaciones y días de capacitación.
Disponibilidad actual	Total de personal de salud requerido para prestar servicios de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida.	Número de profesionales de salud necesarios para prestar servicios de prevención y promoción de salud durante la línea de vida.	$RH = \frac{\sum_{n=1}^N T_{nip} \times P g}{H.lab}$ T: tiempo utilizado o requerido N: número total de UPAs n=establecimiento i=actividad p=categoría ocupacional P=Población beneficiaria H.Lab=Horas laborables en el año	Se realizará la estimación del Número de horas disponibles para realizar acciones de prevención y promoción de la salud en las UPAs.
Disponibilidad Ideal	Total de personal de salud requerido para prestar servicios de prevención y promoción de salud de la estrategia línea de vida.	Número de profesionales de salud necesarios para prestar servicios de prevención y promoción de salud durante la línea de vida (Ver anexo No 1)	$RH = \frac{\sum_{n=1}^N T_{nip} \times P g}{H.lab}$ T: tiempo requerido N: número total de UPAs n=establecimiento i=actividad p=categoría ocupacional P=Población beneficiaria H.Lab=Horas laborables en el año.	El análisis del volumen de personal se realizará considerando la categoría ocupacional, la población beneficiaria y el grupo étnico.

Nombre de la variable	Conceptualización	Definición operacional	Forma de medición	Utilidad
Brecha en recursos humanos.	La diferencia que existe en términos de recursos humanos entre la disponibilidad actual y la ideal para realizar las acciones de prevención y promoción de salud en la estrategia línea de vida	Número de profesionales de la salud faltantes para realizar las acciones de prevención y promoción de salud en la estrategia línea de vida.	$Brecha = \left[\frac{\sum_{n=1}^N T_{nip}}{N} \times Pg \right] - \left[\frac{\sum_{n=1}^N T_{1nip}}{N} \times Pg \right]$ T_1: tiempo utilizado T: Tiempo requerido N: número total de UPAs n=establecimiento i=actividad p=categoría ocupacional P=Población beneficiaria $H.Lab$=Horas laborables en el año.	Se realizará el análisis de brecha en términos de recursos humanos considerando la categoría ocupacional, la población beneficiaria y el tiempo utilizado y requerido

6.10.1.5 Marco analítico cuantitativo:



Variable dependiente:

Y= 0 si los recursos humanos son suficientes.

Y=1 si los recursos humanos son insuficientes.

Modelo regresión logística múltiple:

$$\text{Logit}(p) = \ln(p/1-p) = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + B_4X_4 + e$$

Variables:

X₁: Volumen de atendidos

X₂: Tiempo utilizado para las actividades en cada grupo de edad.

X₃: Tiempo disponible para las acciones de prevención y promoción de la salud por Categoría Ocupacional

X₄: UPA urbana o rural

e : Los no observados

6.10.2 De la información cualitativa: la información procedente de entrevistas y trabajos de grupos será transcrita utilizando un procesador de textos. Posteriormente cada entrevista se procesará en un software para investigación cualitativa (Atlas ti versión 5) donde será codificada considerando las categorías de análisis del estudio y estará pendiente de la aparición de nuevas categorías que surgieran en el momento de la codificación. Realizada la codificación se elaboraran reportes por categoría que servirán para el reporte final. Una vez obtenido el reporte final, se triangulará la información procedente de las entrevistas a profundidad, el trabajo grupal y las encuestas.

Cuadro 6 Categorías de análisis de la información cualitativa en las UPAs

Categoría de Análisis	Definición	Instrumento
Conocimientos en promoción de la salud Implementación de actividades de promoción de la salud Capacitación	Definición que otorga el trabajador de la UPA a promoción de la salud.	•Entrevista semi-estructurada •Guía para trabajo de grupos
	Actividades que ejecutan y proceso de desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud.	•Entrevista semi-estructurada •Guía para trabajo de grupos
	Proceso a través del cual se desarrollan conocimientos y habilidades en el trabajador de las UPAs en el campo de prevención y promoción de la salud.	•Entrevista semi-estructurada •Guía para trabajo de grupos
Valoración del tiempo designado	Tiempo promedio que el trabajador estima designar para realizar acciones de prevención y promoción de la salud para la estrategia de línea de vida.	•Entrevista semi-estructurada
Aspectos positivos y negativos	Factores internos o externos que favorecen o dificultan el trabajo de prevención y promoción de la salud.	•Entrevista semi-estructurada •Guía para trabajo de grupos
Sugerencias para mejorar	Áreas que el trabajador identifica como prioritarias para mejorar el desempeño de la estrategia de línea de vida.	•Entrevista semi-estructurada •Guía para trabajo de grupos

6.11 Limitaciones de la investigación

- No se han contemplado ajustes para la estimación de RH considerando otros factores como días de ausencia en caso de enfermedad, días feriados en cada estado, diferencia de habilidades entre trabajadores al prestar servicios de salud y diferencias en infraestructura y equipamiento¹⁶².
- No se han considerado otros profesionales de salud diferentes a enfermera y médico por la no disponibilidad de información en los estados.
- Dado al tipo de muestreo empleado (por conveniencia), no se puede determinar que los resultados sean representativos de la población. Esto produce un sesgo de la muestra que le quita representatividad.

6.12 Productos esperados

- Se ha estimado los RH en el primer nivel de atención para ofertar servicios de prevención y promoción en la estrategia línea de vida considerando la población beneficiaria del SPS.
- Se ha estimado los RH en el primer nivel de atención para ofertar servicios de prevención y promoción en la estrategia línea de vida según la categoría ocupacional.
- Se dispone de evidencia de la brecha que existe en términos de RH para ofertar los servicios de prevención y promoción de la estrategia de línea de vida.
- Se dispone de un documento donde se presenta la conceptualización sobre la cual trabajan los trabajadores de salud en torno a prevención y promoción de la salud.
- Sugerencias para mejorar el desempeño de la estrategia línea de vida en las UPAs.

7. Cronograma de actividades

Cuadro 7 Cronograma de actividades

Actividades	2009-2010																		
	2009							2010											
	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elaboración y ajustes al protocolo de investigación	x	x	X	x															
Redacción final del protocolo de investigación					x	x	x												
Defensa de protocolo								x	x										
Trabajo en campo									x	x	x								
Transcripción de entrevistas										x	x								
Análisis de resultados cuantitativos										x	x	x	x						
Triangulación de resultados													x						
Presentación de resultados														x	x				
Redacción final de artículos doctorales														x	x	x	x	x	
Revisión por sinodales																	x	x	
Defensa de artículos																			x

Anexo No 1

Cuadro 6 Pasos para el cálculo de horas de trabajo anuales en UPAs en la Secretaría de Salud en el 2008

Pasos	Detalle	Síntesis
1	No total de días del año (se asumen 365 días al año)	(a)
2	No de días feriados nacionales	(b)
3	No de días de Vacaciones	(c)
4	No de días de capacitaciones 1 día x 12 meses	(d)
5	No total de días no laborables al año	(e) = (b + c + d)
6	No total de días trabajados al año en UPAs	(f) = (a-e)
7	Total de horas trabajadas al año en UPAs	(f) x 8 horas

Fórmula ejemplificada para estimar el número de médicos en las UPAs para la población de niños afiliados al SPS en el 2008

Pasos	Detalle	Síntesis	Calculo
1	Total de niños afiliados al SPS 2008	(a)	84,373
2	Tiempo requerido para la PPSDLV por médico en menores de 5 años	(b)	2.5 horas
3	Número de veces al año	(c)	2 veces
4	Horas médico requerido por niño por año	d=(b x c)	2.5 x2 = 5 horas
5	Total de horas requeridas	e=(d x a)	421,865
6	Total de días laborables al año	(f)	158
7	Total de horas de trabajo por día x año en las UPAs	g= f x 8 horas	158 x 8 horas diarias =1264
8	Total de médicos requeridos	h=(e/g)	421,865/1264=334 médicos
9	No total de médicos requeridos para la atención de PyPS para población afiliada de niños		334

Anexo No 2 Información cuantitativa recursos humanos

Componente 5. Recursos humanos para la salud					
Tema: Volumen de personal contratado con recusus del SPS que laboró en los SESA en el año 2008.					
INSTRUCCIONES:					
a) Solicitar la información al Director de Recursos Humanos de la SESA.					
b) En la categoría médicos incluye medicos especialistas, medicos generales que trabajan en unidades de primer nivel de atención					
c) En la categoría enfermera se incluye enfermeras especialistas, enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería y/o técnicos de enfermería.					
Entidad federativa					
Fecha.....					
Año 2008: Recursos Humanos Primer nivel de atención					
Categoría Ocupacional	No total de trabajadores según categoría	No de personal contratado por SPS según categoría	No de horas de contrato al mes según categoría	Remuneración mensual de personal de personal SESA	Remunerac mensual de personal de SPS
No de médicos					
No de médicos pasantes					
No de enfermeras .					
No de enfermeras pasantes					
AÑO 2008					
Número de jurisdicción sanitaria	Nombre de la Jurisdicción Sanitaria	No total de Médicos	No total de enfermeras		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Componente Servicios de Salud		
Unidades de primer nivel de atención		
INSTRUCCIONES:		
a) Solicitar la información de número de unidades de primer nivel de atención a Director de de salud a las personas, director de servicios		
b) Colocar en cada jurisdicción sanitaria el total de unidades de primer nivel de atención.		
Entidad Federativa		
Fecha.....		
No total de unidades de primer nivel de atención 2008		
Año 2008		
No de jurisdicción sanitaria	Nombre de la Jurisdicción Sanitaria	No de Unidades de primer nivel 2008
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Componente Servicios de Salud				
Unidades de primer nivel de atención				
INSTRUCCIONES:				
a) Solicitar la información de número de unidades de primer nivel de atención a Director de de salud a las personas, director de servicios médicos o responsable de primer nivel de atención .				
b) Esta información debe ir acompañada del reporte de consulta externa y hospitalización del 26 de diciembre del 2007 al 25 de diciembre del 2008				
Entidad Federativa				
Fecha.....				
Año 2008 : Primer nivel de atención				
	Población total atendida*	Asegurada al SPS atendida	Total de Atenciones **	Total de atenciones SPS
Recien Nacidos				
Menores de 5 años				
de 5 a 9 años				
de 10 a 19 años				
Mujeres de 20 a 59 años				
Varones de 20 a 59 años				
mayores de 60 años				
Embarazadas				
Puerperas				
*Atendido es una persona que ha utilizado los servicios de salud por lo menos una vez.				
**Atención es una acción de salud que recibe una persona en las unidades de salud del primer nivel.				

Componente Financiamiento					
Unidades de primer nivel de atención					
INSTRUCCIONES:					
a) Solicitar la información de presupuesto recibido y su asignación al subdirector de finanzas del REPSS					
Entidad Federativa					
Fecha.....					
PRESUPUESTO (DESDE 2006)					
		2006	2007	2008	2009
Total de presupuesto recibido SPS					
Total de presupuesto destinado al primer nivel de atención					
Total de presupuesto destinado a la contratación de RH en el primer nivel de					

Formato 3. Personal contratado con recursos del SPSS que laboraba en la SESA en el año 2008

NOTAS SOBRE LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN LAS COLUMNAS DEL FORMATO 3:

Toda la información será referente al **PERSONAL CONTRATADO CON RECURSOS DEL SPSS QUE LABORÓ EN LA SESA en 2008**.

- (1) Deberá aparecer el número total del personal contratado de la categoría correspondiente.
- (2) Deberá aparecer el número total de personal por modalidad de contratación.
- (3) Deberá aparecer el personal contratado por tiempo determinado bajo el régimen de honorarios, sin prestaciones de ley.
- (4) Deberá aparecer el personal contratado por tiempo determinado, con prestaciones de ley.
- (5) El salario bruto corresponde al importe total del salario, sin descontar los impuestos (IVA, ISR).
- (6) Deberá aparecer el salario bruto **PROMEDIO MENSUAL** devengado en el **MES DE NOVIEMBRE DE 2008**, por modalidad de contratación.

Por favor, proporcione los datos de **la persona que llenó el formato 3**:

Nombre:	Cargo:
Teléfono:	Correo electrónico:
Entidad:	Institución donde labora:

Formato 3. Personal contratado con recursos del SPSS que laboraba en la SESA en el año 2008

Categoría ocupacional/ Cargo	Total 2008 (1)	Modalidad de contratación (2)		Salario bruto (5) promedio, Mes de Noviembre, 2008 (6)	
		Honorarios/ Precario (3)	Regularizado (4)	Honorarios/ Precario (3)	Regularizado (4)
Médicos generales					
Ginecobstetras					
Pediatras					
Cirujanos					
Internistas					
Otros médicos especialistas					
Odontólogos					
Enfermeras auxiliares					
Enfermeras generales					
Enfermeras especialistas					
Serv Aux Diagnóst y Trat					
Personal Administrativo					
Otro personal					

Anexo No 3

Entrevista Semiestructurada

Datos generales:

Fecha de la entrevista

Hora

Nombre del entrevistador

Identificación geográfica

Entidad federativa

Municipio

Datos del entrevistado

Nombre -----edad -----

Sexo

1. Hombre
2. Mujer

Teléfono.....

Correo electrónico.....

Atención Primaria de Salud

1. ¿Qué entiende por prevención y promoción de la salud durante la línea de vida?
2. De manera general ¿qué actividades de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida desarrollan los trabajadores de salud en esta unidad?
3. ¿Ha recibido usted capacitación para implementar las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida?
4. ¿Podría describir en que consistió la capacitación?
5. ¿Podría explicar el proceso de cómo desarrolla las actividades de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida en esta unidad?
6. Señale usted cuales son las principales dificultades para implementar la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida.
7. Aproximadamente ¿qué porcentaje de horas diarias de trabajo se dedica a acciones de prevención y promoción de la salud de la estrategia línea de vida?
 - a) Menos del 10%
 - b) Entre el 10 y 20%
 - c) Entre el 30 y 50%
 - d) Más del 50%

8¿Cuánto tiempo cree usted que le dedica el personal de enfermería a las acciones de prevención y promoción de la salud de la estrategia línea de vida?

- a) Menos del 10%
- b) Entre el 10 y 20%
- c) Entre el 30 y 50%
- d) Más del 50%

9¿Qué propuestas tiene para mejorar la oferta de servicios de prevención y promoción de la salud de la estrategia línea de vida

10 Para terminar la entrevista ¿desea usted comentar algo adicional?

Fin de la entrevista

Anexo No 4 Guía para el trabajo de grupos

Objetivo:

Que los equipos de la UPAs identifiquen los aspectos que facilitan o dificultan la ejecución de las acciones de la estrategia línea de vida en las unidades de primer nivel de atención.

Tiempo: 40 minutos

Material:

- Rotafolio
- Plumones de colores gruesos.
- Esquema para el reporte de las fortalezas y debilidades
-

Instrucciones:

- Es necesaria la participación de todo el equipo de salud en las unidades rurales. En el caso de las unidades urbanas se debe designar un representante de cada categoría profesional.
- El grupo debe designar un facilitador que será el encargado de liderar el trabajo del equipo.
- Asegúrese de tener todo el material disponible en su grupo.
- Escriba en el rotafolio con letra de un tamaño que pueda ser leída, para ello utilice los plumones gruesos y de un color que se visibilice adecuadamente.
- Conteste a las siguientes preguntas:
 - a) Cuáles son los problemas más importantes que se han presentado para la implementación de las acciones de la estrategia línea de vida?
 - b) Cuáles son las fortalezas a nivel del equipo de trabajo y de la institución que les ha permitido implementar la estrategia línea de vida?
- Registre la información en el rotafolio considerando el formato adjunto.

	Problemas relacionados para la implementación de acciones de la línea de vida por grupo de edad	Problemas relacionados con
De 0 a 9 años		
De 10 a 19 años		
Hombres de 20 a 59 años		
Mujeres de 20 a 59 años		
Adultos de más de 60 años		

Anexo No 5



Registro de seguimiento de las acciones de

Prevención y Promoción de la Salud en la línea de vida

Recien Nacido

Instrucciones

1. Escriba el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Escriba la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

¿Qué tiempo utiliza actualmente para realizar las actividades de prevención y promoción de salud del recién nacido?. Por favor registre el tiempo cada actividades donde indica la flecha.

No. de Expediente:

No.	Acciones	Fecha de atención (día/mes/año)							
1	Identifica signos de alarma								
2	Verifica condiciones del parto								
3	Efectúa exploración física completa								
4	Detecta defectos al nacimiento y refiérelo en su caso al recién nacido								
5	Revisa el cordón umbilical								
6	Realiza tamiz neonatal								
7	Verifica aplicación de vitamina K y comprueba profilaxis oftálmica								
8	Aplica vacunas BCG								
9	Capacita a los padres sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana								
10	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Vacunación								

día/mes/año	Observaciones del personal de salud

Nombre y firma del responsable



Entidad federativa.....Centro de Salud.....

Urbano

Rural ☐

Personas que registran Información

.....
.....

Formato para medir el tiempo requerido



Registro de seguimiento de las acciones de

Prevención y Promoción de la Salud en la línea de vida

Recien Nacido

Instrucciones

1. Escriba el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Detecte la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).
3. Marque con una palmita (✓) las acciones que realizó en la columna más angosta.
4. Marque con un tache (X) las acciones que no realizó en la columna más angosta.
5. No olvide escribir en el expediente los resultados y/o hallazgos de las acciones realizadas, y las razones por las que no realizó alguna acción.

IMPORTANTE: RECUERDE

Nombre del Paciente

No. de Expediente

¿Qué tiempo considera adecuado para realizar las actividades de promoción y prevención de recién nacido?
Por favor registre el tiempo que usted estima adecuado para cada una de las actividades donde indica la flecha.

No.	Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Identifica signos de alarma										
2	Verifica condiciones del parto										
3	Efectúa exploración física completa										
4	Detecta defectos al nacimiento y refiérelo en su caso al recién nacido										
5	Revisa el cordón umbilical										
6	Realiza tamiz neonatal										
7	Verifica aplicación de vitamina K y comprueba profilaxis oftálmica										
8	Aplica vacunas BCG										
9	Capacita a los padres sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana										
10	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Vacunación										

día/mes/año	Observaciones del personal de salud

Nombre y firma del responsable



Entidad federativa.....Centro de Salud.....

Urbano

Rural ☐

Personas que registran Información

.....

Anexo No 6 Carta de consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO



Secretaría
de Salud

PERSONAL OPERATIVO

El Instituto Nacional de Salud Pública, por encargo de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (adscrita a la Secretaría de Salud Federal), está realizando la "Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) 2009". El objetivo general es evaluar los procesos gerenciales seleccionados del SPSS a fin de obtener información que ayude a su redefinición y contribuya a que el sistema actúe de manera más eficiente y efectiva.

Usted está invitado(a) a participar en la evaluación, a través de una entrevista que abordará temas relacionados con el funcionamiento e implementación del Seguro Popular de salud en su estado. Le solicitamos formule todas las preguntas que crea convenientes antes de acceder a ser entrevistado(a). Usted conservará una ficha con los datos del investigador responsable y de la institución.

Procedimiento:

Si acepta participar, nos gustaría hacerle una serie de preguntas acerca del funcionamiento y operación del Seguro Popular en su estado. La entrevista tiene una duración estimada de máximo 60 minutos y será grabada de forma digital si usted lo permite. La entrevista se realizará en el lugar que usted considere adecuado dentro de su institución.

Las personas que realizarán las entrevistas son investigadores del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud (CISS) del INSP, los cuales tienen las capacidades técnicas y experiencia para ello. Su identificación se hará a través de gafetes Institucionales, indicando nombre y cargo desempeñado dentro de la Institución.

Su decisión de participar es totalmente voluntaria y está en libertad de negarse a contestar la(s) preguntas que le incomoden, o podrá darla por concluida en el momento que lo considere necesario.

Confidencialidad:

Sus comentarios serán confidenciales, se hayan grabado o no. Las citas que aparezcan en cualquier informe escrito no irán seguidas de su nombre y apellido, sino de su profesión o cargo y del nivel al cual trabaja, a menos que usted señale ahora o después de la entrevista que no tiene inconveniente en ser citado. Todos los apuntes y archivos de la entrevista se pondrán a buen recaudo, pudiendo acceder a ellos solamente los miembros del equipo de investigación.

Carácter voluntario del estudio:

Su decisión de participar o no, de ninguna manera afectará a sus actuales o futuras relaciones con la Secretaría de Salud. Le rogamos no dude en hacernos todas las preguntas que desee acerca del proyecto y el proceso de investigación.

Beneficios:

Usted no obtendrá un beneficio directo por su participación en el proyecto. Los resultados de la Evaluación servirán para mejorar los procesos de atención y gestión del Seguro Popular.

Declaración de consentimiento:

Me han entregado la carta de consentimiento y he hecho todas las preguntas que deseaba. He recibido todas las respuestas. Estoy de acuerdo en participar en el estudio.

Investigador Responsable

Informante

Firma

Referencias bibliográficas

- ¹ Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, D.C. 2002; (2):587.
- ² The Earth Institute. A race against time: the challenge of cardiovascular disease in developing economies. New York: Columbia University. 2004.
- ³ Arraigada I, Hopenhayn M. Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2000.
- ⁴ Organización Panamericana de la Salud. Los procesos de reforma del sector salud y la reorientación de los modelos de atención a la salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS-OMS. 2000.
- ⁵ Almeida C. Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s. Cad. Saúde Pública. 2000; 18(4):905-925.
- ⁶ Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Information Canada, Health and Welfare. Ottawa: 1974.
- ⁷ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Declaración de Alma Ata: la estrategia de atención primaria en salud. Ginebra: 1978.
- ⁸ US Department of Health, Education and Welfare. Healthy people: The Surgeon General's report on Health promotion and disease prevention. Washington, DC: 1979.
- ⁹ Cerqueira M . Promoción de la salud: evolución y nuevos mundos. Boletín de la oficina sanitaria panamericana 1996;120(4).
- ¹⁰ Paganini J. La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 4(5), 1998.
- ¹¹ World Health Organization. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Commission on Social Determinants of Health March 2005. pp11.
- ¹² World Health Organization. European health care reforms. Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe: 1996.
- ¹³ Vázquez M, Siqueira E, Kruzeb I, Da Silvaca A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit 2002;16(1):30-38.
- ¹⁴ Ottawa charter for health promotion. To move towards a new public health: an international conference sponsored by the World Health Organization, Health and Welfare Canada and the Canadian Public Health Association. Ottawa: 1986.

¹⁵ Cerqueira M.(1996). Op cit. p342.

¹⁶ Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. J Int Develop 1995;7: 329-48.

¹⁷ World Bank. World development report 1993: investing in health. Nueva York: Oxford University Press:1993.

¹⁸ Pan American Health Organization. Executive Committee of the Directing Council. Progress of activities in health sector reform. Presentado en la 26.^a Reunión del Subcomité de Planificación y Programación, Washington, D.C., 25 a 27 de marzo de 1996. (SPP27/7 [inglés]).

¹⁹ Green A. An Introduction to Health Planning in developing countries. 2nd Edition, Oxford, Oxford University Press. 1999.

²⁰ González- González N. Médicos del primer nivel de atención. Reforma y RH en México. Rev Cubana Salud Pública 2006;32(2):171-7 pp1.

²¹ MINSA-IDREH. Informe al país: Situación y desafíos de los RH en Salud. Lima: IDREH – OPS- OMS. 2005.

²² Dal Poz. Cambios en la contratación de RH : el caso del programa de salud de la familia en Brasil. Gac Sanit 2002;16(1):82-88.

²³ Machado Ma. Los RH y el sistema de salud de Brasil. Gac Sanit 2002;16(1):89-93 pp 89-91.

²⁴ Organización Panamericana de la Salud. Situación y tendencias de los RH de salud en las reformas sectoriales en nueve países de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile 1999. [Revisado 21 de noviembre del 2009]. Disponible en <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pub01cap02.pdf>.

²⁵ Marc M. Managing decentralized services. Cambridge, Massachusetts: Harvard Institute for International Development, 1998.

²⁶ Dmytraczenko T, Rao V y Ashford L. Las reformas en el sector de la salud y sus efectos en la salud reproductiva. Boletín normativo PRH-PLUS, 2003. [Revisado 04-05-2010]. Disponible en: http://www.prb.org/pdf/HealthSectorReform_Sp.pdf

²⁷ Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [serial on the Internet]. 2000 Aug [Revisado el 20 de febrero del 2010]. Disponible en:

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700012&lng=en)

49892000000700012&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892000000700012.

²⁸ Crocco P, Schroeder P, Villen M y Yen E. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2), 2000 pp.1.

²⁹ Paganini J. la Cobertura de Atención en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 4(5), 1998. pp 305.

³⁰ Gwatking D. The Need for equity-oriented health sector reforms. *International Journal of epidemiology* 2001; 30:720-723.

³¹ Infante A, De la Mata Isabel, López-Acuña Daniel. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2000 Aug [revisado el 18 de agosto del 2009]. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700005&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892000000700005.

³² Infante A, et al (2000). Op cit. pp.13.

³³ Soberon G. La reforma de salud en México. *Gac Med Mex* 2001; 137 (5): 419-443.

³⁴ Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O y Knaul F. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *Lancet* 2003; 362(9396):1667-1671.

³⁵ Secretaría de Salud de México. Programa Nacional de Salud 1984-1988. México, DF. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1984.

³⁶ Frenk J, Robledo-Vera C, Nigenda-López G, Ramírez-Cuadra C, Galván-Martínez O, Ramírez-Avila J. Políticas de formación y empleo de médicos en México: 1917-1988. *Salud Publica Mex* 1990;32:440-448.

³⁷ Samaniego N, Hernández A y Gutierrez R. Los principales desafíos que enfrenta el mercado de trabajo en México en los inicios del siglo XXI. Oficina Internacional del Trabajo para Cuba, Haití y México. México, DF. 2000.-

³⁸ Cándido M, López C. La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe. [online]. 1997, vol.23, n.1-2 [revisado el 21-02-2010] pp.17-31. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

-
- ³⁹ Gómez-Dantés O, Gómez-Jáuregui J, Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud . Salud Pública Mex 2004;46: 399-416. pp.412.
- ⁴⁰ Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, López-Moreno S, Villa B, López-Cervantes M. Evaluación de un programa de salud para población no asegurada. Saúde Publica 1999; 33: 401-12.
- ⁴¹ Gomez-Dantes O, Garrido-Latorre F, Lopez-Moreno S, Villa B, Lopez-Cervantes M. Op cit pp 405.
- ⁴² Secretaría de Salud de México. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Secretaría de Salud.
- ⁴³ Valdespino JL. El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y los académicos de la salud pública. Salud Pública de México1995; 37:185-186. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10637301>. Consultado el 21 February 2010.
- ⁴⁴ Secretaría de Salud de México. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaria de Salud de México. 2001.
- ⁴⁵ Arzoz J y Knaul F. Inequidad en el gasto de gobierno en salud en Caleidoscopio de la salud: de la investigación a las políticas y de las políticas a la acción. Fundación Mexicana para la Salud Editores Nigenda G y Knaul F. 2003.
- ⁴⁶ Frenk J. Desempeño del sistema nacional de salud. Gac Méd Méx 2001; 137(5):421-424.
- ⁴⁷ Gómez-Dantés O, Ortiz M. Seguro Popular de Salud: siete perspectivas. Salud pública Méx [serial on the Internet]. 2004 [Revisado el 27-10-2009] ; 46(6): 585-588. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000600013&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0036-36342004000600013
- ⁴⁸ Fineberg H. Reforma de salud en México: un trabajo que avanza. Salud Pública Mex 2007; (49)supl: S10-S1.
- ⁴⁹ Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. Salud Publica Mex 2007;49 supl 1:S14-S22.
- ⁵⁰ Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Salud Publica Mex 2007;49 supl 1:S21-S34.

⁵¹ Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Segunda Resolución de Modificaciones a la Resolución Miscelánea Fiscal para 2003. Diario Oficial de la Federación, mayo 1,5 2003 [revisado el 11-10-2009]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/2003/mayo/dof_15-05-2003.pdf.

⁵² González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porras-Condey R et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Publica Mex 2007;49 supl 1:S37-S52.

⁵³ Ibíd., p 39-40.

⁵⁴ Ibíd., p 41.

⁵⁵ Comisión Nacional de Protección Social en salud comunicación y participación social. Información general del Sistema Nacional de Protección Social en Salud. México. 2006.

⁵⁶ Secretaría de Salud de México. Guía técnica para la cartilla nacional de salud: Niñas y Niños de 0 a 9 años. Secretaría de salud de México. 2008.

⁵⁷ Subsecretaría de PyPSde México. Dirección general de promoción de la salud. [Revisado el 21-11-2009]. Disponible en: <http://www.spps.salud.gob.mx/interior/areas/dgps.html>.

⁵⁸ Acuerdo por el que se establece la Estrategia de PyPS durante la Línea de Vida. [Revisado 15-12-2009]. Disponible en: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/compil/index/assoc/HASH014e/10819d52.dir/doc.pdf>

⁵⁹ Secretaría de Salud de México. Acciones de Prevención y Promoción durante la Línea de Vida. Secretaría de Salud. 2009. [Revisado 15-01-2010]. Disponible en: <http://dgps.salud.gob.mx/interior/linea/linea4.html>.

⁶⁰ Secretaría de Salud de México. Modelo Operativo de Promoción de la Salud de México (MOPS). Secretaría de Salud de México. 2005. [revisado 15-11-2009] pp15-16. <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/mops.pdf>.

⁶¹ Secretaría de Salud de México (2005). Op cit pp.13.

⁶² Organización Panamericana de la Salud. La situación de salud de las Américas. Informe de País México 2007. [Revisado 20-08-2009]. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/M%C3%A9xico%20Spanish.pdf>.

⁶³ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catalogo universal de servicios de salud 2006. Secretaría de salud. 2da Ed. [revisado 15-10-2009]. Disponible en: www.respyn.uanl.mx/x/3/contexto/catalogo_universal_de_servicios.pdf.

⁶⁴González-Pier E, et al (2007). Op cit pp. 45.

⁶⁵ Acuerdo por el que se establece la Estrategia de PyPS durante la Línea de Vida. Veintiuno de octubre del 2003. [Revisado 25-10-2009]. Disponible en <http://www.google.com.mx/#hl=es&source=hp&q=prevenci%C3%B3n+y+promoci%C3%B3n+durante+la+linea+de+vida+&btnG=Buscar+con+Google&meta=&aq=f&oq=prevenci%C3%B3n+y+promoci%C3%B3n+durante+la+linea+de+vida+&fp=882644a3bf4599d7>

⁶⁶ SINAIS. Recursos físicos y materiales (infraestructura). [Revisado 6-08-2009]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/>.

⁶⁷ Institute of Medicine. Defining Primary Care: An Interim Report. Washington, DC: National Academy Press. 1994.

⁶⁸ World Health Organization. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. Geneva: WHO, 1978.

⁶⁹ Jamison D, Mosley W. Disease Control Priorities in Developing Countries. Disease Control Priorities Project. World Bank, Washington, DC: 1993. .

⁷⁰ Jamison D, Breman J, Measham A *et al*. Disease Control Priorities in Developing Countries. Second edition. Disease Control Priorities Project. Washington, DC: Oxford University Press, 2006.

⁷¹ Gonzalez-González N. Médicos del primer nivel de atención reforma y RH en México. Rev Cubana Salud Pública 2006;32(2):171-7.

⁷²González-Block M, Nigenda G, Téllez-Rojo M, Trejo B, González LM et al. Sistema de protección social en salud. Evaluación de procesos administrativos. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Primera edición 2008. México.

⁷³ Gómez-Dantés , O et al(2004). Op Cit pp 413.

⁷⁴ Gómez-Dantés O, Gómez-Jáuregui J, Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. Salud Publica Mex 2004;46:399-416.

⁷⁵ Gómez-Dantés O, Gómez-Jáuregui J, Inclán C(2004). Op Cit. pp 412.

⁷⁶ Rodríguez G. Relación médico-paciente. Interacción y comunicación. México DF: UNAM/ Miguel Ángel Porrua; 2000.

⁷⁷ Starr P. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México DF: FCE/SSA; 1991.

⁷⁸ Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Centro de Documentación, Información y Análisis. Presupuesto de egresos de la federación para el ejercicio fiscal 2008. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Nuevo Presupuesto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de diciembre de 2007. [Revisado 9-2-2010]. Disponible en: http://www.inali.gob.mx/pdf/PEF_2008.pdf.

⁷⁹ Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. Secretaría de Salud, México DF. 2005.

⁸⁰ Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos Humanos 2000-2007. [Revisado 10 -05-2010]. Disponible en : <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursoshumanos/index.html>

⁸¹ Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, Feehan DM, Lee DK, Hernández-Llamas H, Murray CJL. Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial. Salud Publica Mex 2007;49 supl 1:S88-S109.

⁸² Programa de Desarrollo Oportunidades. Prontuario Operativo Para el Personal de Salud: Actualización de las reglas de operación 2006. México.

⁸³ Gonzalez N. 2006. Op cit p176.

⁸⁴ Secretaria de Salud de México. Manual Operativo de promoción de la salud (2005) . Op cit pp 5-10.

⁸⁵ Aguilar A, Nigenda G, Méndez O, Knaul F. Desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería en México. En Caleidoscopio de la salud: de la investigación a las políticas y de las políticas a la acción. Fundación Mexicana para la Salud Editores Nigenda G y Knaul F. 2003.

⁸⁶ Buchan J, Calman L. The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions. Ginebra, Consejo Internacional de Enfermeras, 2004. [revisado 2-7-2009] <http://www.icn.ch/global/shortage.pdf>.

⁸⁷ World health organization. The World Health Report 2000. Chapter 4: What Resources are needed. pp 77. [revisado 14-12-2009]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch4_en.pdf.

-
- ⁸⁸ Gonzalez N. Physicians at the primary healthcare level. Reforms and human resources in Mexico Rev Cubana Salud Pública 2006;32(2):171-7. pp 173.
- ⁸⁹ Joint Learning initiative. Human resources for health: overcoming the crisis. 2004. p133 [revisado 15-10-2009]. Disponible en: www.healthgap.org/camp/.../JLi_Human_Resources_for_Health.pdf.
- ⁹⁰ Joint Learning initiative. Human resources for health: overcoming the crisis (2004). Op cit p144.
- ⁹¹ Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la acción de Toronto 2006-2015: Hacia una década de RH en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de RH en Salud. Canadá-Ontario. 2005. Pag 1.
- ⁹² Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del Mundo 2006: Colaboremos por la salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza 2007. Pag XVI.
- ⁹³ Informe sobre la salud del Mundo (2006). Op Cit. pXIX.
- ⁹⁴ The World health report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. [Revisado 10-07-2009]. Disponible en: www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
- ⁹⁵ Roses M. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007 pp67.
- ⁹⁶ World Health Organización. Informe de la salud del mundo (2000) Op cit. pp 78.
- ⁹⁷ Leiner M, Ortiz J y Ávila C. Un nuevo paradigma de la responsabilidad social corporativa El aumento de enfermedades crónico-degenerativas en la fuerza laboral. Rev Contaduría y administración 2008; 225: 105-119.
- ⁹⁸ Leiner M, Ortiz J y Ávila C. 2008. Op Cit pp106.
- ⁹⁹ Pan American Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Marzo del 2007.
- ¹⁰⁰ Leiner M, Ortiz J y Ávila C. 2008 Op Cit Pag 110.
- ¹⁰¹ Organización Mundial de la Salud. Salud de las Américas 2007. Capítulo 4: Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud- Volumen I- Regional. pp314.
- ¹⁰² Dye TR. Understanding Public Policy. 9th edition. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1998.
- ¹⁰³ Lasswell H. Politics: Who Gets What, When, How. New York: Meridian Books; 1958.

-
- ¹⁰⁴ Organización Mundial de la Salud. Salud de las Américas (2007). Op cit. pp316.
- ¹⁰⁵ Oszlak, Oscar et al. Descentralización de los sistemas de salud. El Estado y la salud. En: Los sistemas locales de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 1990.
- ¹⁰⁶ Cutler D. Public policy for health care. In Fiscal Policy: Lesson for economics research. Edited by Alan Auerbach. Masachusset 1997
- ¹⁰⁷ López O, Blanco J. Modelos socio médicos en salud pública: coincidencias y desencuentros. Rev Salud Pública 1994; 36, 4: 22-26.
- ¹⁰⁸ Horwitz N. El cambio en la práctica médica. Desafíos psicosociales para la profesión. Rev Méd Chile 2004; 132: 768-772.
- ¹⁰⁹ Lazo O, Nino A.: Innovando Modelos de Atención. La experiencia sanitaria de Cajamarca. UPCH-APRISABAC. Lima, 2001.
- ¹¹⁰ Eliot F. Political organization an professional autonomy. En: Profession of Medicine: a study of the Sociology of applied knowledge Departament of Sociology New York University. New York 1970: 23-46.
- ¹¹¹ Ukusich A, Olivari F, Alvarado N. Causas de la crisis de la profesión médica. Rev Méd Chile 2004; 132, 11: 1425-1430.
- ¹¹² Flexner A. Chapter VI: The course of study the hospital and the medical school. En: A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Medical education in the United States and Canada. New York 1972: 91-125.
- ¹¹³ Barraza A. Constructivismo social. Un paradigma en formación. Psicología Científica. [revisado el 20-08-2009]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv>.
- ¹¹⁴ Kuhn T. Estructura de las Revoluciones Científicas. Fondo de Cultura Económica. Breviarios. Traducción: Agustín Contín. Séptima reimpresión. México. 1986.
- ¹¹⁵ Berger, P y Luckmann T. La construcción social de la realidad. Amorrortu Editores. Bs. As. 1995. pp124.
- ¹¹⁶ García C y Tobon O. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa?. Universidad de Caldas.[Revisado 20-7-2009]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf.
- ¹¹⁷ Referencia: adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984.

-
- ¹¹⁸ Véleza A. Conceptos Básicos del Proceso Salud-Enfermedad. Monografías universitarias # 9. Manizales: Universidad de Caldas 1990. Pp.173.
- ¹¹⁹ World Health Organization. Primary prevention of essential hypertension. Report of WHO. 1983 [scientific report]. [Revisado 12-07-2009]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_686.pdf.
- ¹²⁰ Edward J. Epidemiology for health promotion and disease prevention professionals. Edited by Miller R. Oxford; 2002 .
- ¹²¹ Cohen L, Chávez V y Chehimi S. Prevention is primary: strategies for community well being. American Public Health Association. San Francisco. First edition , Printed in United States Of America. 2007. pp13.
- ¹²² Ackersknecht E. Hygiene in France: 1815-1848 . Bull Hist Med 22 1948: 117-55.
- ¹²³ Coleman W. Dead is a social disease: public health and policy economy in early industrial France. Madison. University of Wisconsin Press 1982.
- ¹²⁴ Sigerist H. Medicine and human welfare. New Haven: Yale University Press, 194. pp.43.
- ¹²⁵ Terris M. Concept of health promotion: Duality in public health theory. Journal of Public health policy 1982; 13 (3): 267-269.
- ¹²⁶ Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 – WHO, Ginebra; 1986.
- ¹²⁷ DiClemente R and Raczynek J. The importance of health promotion and disease prevention. Handbook of health promotion and disease prevention ; edited by Raczynek DiClemente. Kluwer Academic, plenum publishers. New York ; 1999.
- ¹²⁸ Ottawa Charter (1986). Op cit pp1.
- ¹²⁹ Keller C y Fleury J. Health Promotion for the elderly: Theoretical models for health promotion in Older People. *West J Nurs Res*. 2004; 26: 56-58.
- ¹³⁰ Terris M. Determinants of health: A progressive political platform . Journal of public health policy. 1994; 15(1): 5.
- ¹³¹ La declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. 1997. [Revisado 25-12-2009]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

-
- ¹³² Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud glosario. Ginebra 1998.[Revisado 5-8-2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.
- ¹³³ La declaración de Yakarta(1997). Op cit pp2.
- ¹³⁴ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México DF: 2001. Pp203.
- ¹³⁵ Secretaría de Salud de México. Modelo Operativo de Promoción de la Salud (2005). Op cit pp.102.
- ¹³⁶ Osorio J. Oferta y demanda de profesionales en el sector salud, un problema de mercado. Revista CES MEDICINA Volumen 18 No.2 Julio - Diciembre / 2004. [revisado 15-12-2009]. Disponible en: http://www.ces.edu.co/Descargas%5CPubl_Med_Vol18_2%5COferta_y_demanda.pdf.
- ¹³⁷ Fundación Mexicana Para la Salud. La Salud en México 2006- 2012: Visión de la Fundación Mexicana Para la Salud. México, DF. 2007. [Revisado 05-1-2010]. Disponible en: http://www.funsalud.org.mx/vision_2006-2012/documentos/VISION%20SALUD.pdf.
- ¹³⁸ Joint learning initiative Human resources for health. Overcoming the crisis 2004. Op cit. pp144.
- ¹³⁹ Rovere, M. Planificación estratégica de Recursos Humanos. Organización Panamericana de la salud, 1993.
- ¹⁴⁰ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Op cit pp77.
- ¹⁴¹ Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. [Publicación científica y técnica No. 589]. Washington, DC: OPS; 2002.
- ¹⁴² Carpizo J. Concepto de democracia y el sistema de gobierno en América Latina. [revisado el 16-04-09]. Diponible en <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/boletin/cont/119/art/art3.pdf>
- ¹⁴³ Fleury S. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. En: Molina C, Núñez J, eds. Servicios de salud en América Latina y Asia.Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2001. Pág. 3–39.

-
- ¹⁴⁴ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978.[Revisado 20-07-2009]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
- ¹⁴⁵ Gambrill E. Organization of primary care. On Primary Health edited by John Fry 1980. London 1980.
- ¹⁴⁶ Australian Government. Departament of health and ageing. Towards a National PrimaryHealth Care Strategy: A Discussion Paper from the Australian Government. Australia 2008.
- ¹⁴⁷ Betergernhoff P, Lehmmann D y Novak P. Primary health care: Public involvement, family medicine, epidemiology, and health economics. Departament of medical sociology. Germany 1990.
- ¹⁴⁸ Fundación Mexicana Para la Salud (2007).Op cit pp67.
- ¹⁴⁹ Starfield B. ¿Es la atención primaria esencial? Lancet (ed. esp.) 1995; 26 (3): 58-62.
- ¹⁵⁰ Zurro M, Cano JF. Atención Primaria de Salud. En Zurro M y Cano JF, eds Manual de Atención Primaria, ed Doyma; 1989: 3-11.
- ¹⁵¹ Stephen J. Systems of primary health care. On Primary Health edited by John Fry 1980. London 1980.
- ¹⁵² The world health report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva, World Heath Organization, 2008.
- ¹⁵³ Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. [Revisado 10-2-2010]. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp. Actualizada 19-10-2003.
- ¹⁵⁴ ICMJE. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: “Writing and Editing for Biomedical Publication”. Updated February 2006. [Revisado 11-02-2010]. Disponible en: <http://www.icmje.org/>.
- ¹⁵⁵ Colegio Americano de Médicos. Manual de Ética. [Revisado 11-02-2010]. Disponible en: http://www.acponline.org/ethics/ethicman_sp.htm.
- ¹⁵⁶ University of Miami. Miller School of Medicine Privacy: Data Protection Project. Principle of consent. [Revisado 11-02-2010] Disponible en: http://privacy.med.miami.edu/glossary/xd_consent_general.htm.

¹⁵⁷ Organización Mundial de la Salud. Manuales de buenas Prácticas en Investigación.

[Revisado 12-02-2010]. Disponible en:

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/gcp1.pdf.

¹⁵⁸ Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. [Revisado 12-02-2010]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.

¹⁵⁹ Chorny A, Novaro S, Stulhman L y Bernachi M. Método para el análisis y la estimación de recursos humanos para los programas de atención materno infantil. Educación médica y salud (1976 (3): 254 -279.

¹⁶⁰ Bärnighausen T and Bloom D. Changing research perspectives on the global health workforce. Nstional bureau of economic research. Massachusetts 2009. Working Paper 15168 <http://www.nber.org/papers/w15168>.

¹⁶¹ Clavero A y Gonzalez Luz. Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. Universidad de Málaga .2005.

¹⁶² The National Business Research Institute de Estados Unidos. Cinco factores que afectan la productividad de tus empleados. [Revisado 16-02-2010]. Disponible en: <http://www.apuntesgestion.com/2007/06/24/5-factores-que-afectan-a-la-productividad-de-tus-empleados/>.