



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSABI
INSTITUTO DE SALUD PARA
EL BIENESTAR

**Guía de Estudio:
Introducción a la Atención Primaria de Salud
(APS)**

Mayo, 2023

DIRECTORIO

Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar

Director General del Instituto de Salud para el Bienestar

Dra. Jazmy Jyhan Laborie Nassar

Titular de la Unidad de Coordinación Nacional Médica

Dr. Rosbel Toledo Ortiz

Coordinador de Formación y Capacitación del Personal de Salud

Dr. César Raúl González Bonilla

Director de Investigación Educativa

Dra. Yesenia Romero Casillas

Directora de Educación Continua de Recursos Humanos de Salud

Dra. Luz Alejandra Cano Collado

Subdirectora de Educación Continua

Mtro. Sergio Aarón de la Rosa Cruz

Subdirector de Contenido Educativo

Dr. Luis Ángel Hernández Gutiérrez

Subdirector de Pregrado

Dra. Ivonne Lizeth Carpio García

Subdirectora de ENARM

Dra. Jessica Margarita González Rojas

Subdirectora de Proyectos de Investigación

Dra. Malú Aidee Reyna Álvarez

Subdirectora de Procuración de Fondos

Mtra. Alejandra Cabañas Serna

Jefa de Departamento de Apoyo a Procuración de Fondos

Ing. Gabriel Alonso Orive Santander

Jefe de Departamento de Apoyo a Educación Continua

Lic. Brenda Becerra Jiménez

Jefa de Departamento de Apoyo a Contenido Educativo

Mtro. Carlos Alberto Juárez Medel

Jefe de Departamento de Proyectos de Investigación

Dr. Irán Pierre Trani Astudillo

Jefe de Departamento de Apoyo al Posgrado

Dra. Paola Julieta Zarco Chin

Jefa de Departamento de Apoyo al Pregrado

Lic. Luis Alberto Aguilera Guerrero

Ing. Bryan Daniel Ibarra Saucedo

Ing. Josué Dircio Galdamez

Ing. Jesús Barrientos Hipólito

Dr. Christian Omar Plácido García

Contenido

Introducción	3
Breve Historia de la APS	5
Marco conceptual de la APS	8
Determinantes sociales de la salud	10
Sistema	13
Gobernanza y liderazgo.....	13
Financiamiento de la Salud.....	14
Ajuste a las necesidades de salud de la población.....	14
Entradas	16
Insumos y medicamentos.....	16
Infraestructura de unidades de salud.....	16
Sistemas de información.....	16
Fuerza de trabajo.....	17
Fondos.....	17
Prestación de servicios	18
Gestión de la salud poblacional.....	18
Gestión de la capacidad instalada.....	23
Acceso.....	28
Disponibilidad de servicios efectivos de APS.....	30
Salidas	48
Resultados	55
Referencias Bibliográficas	64



Introducción

El presente es un documento de apoyo al Curso introductorio a la Atención Primaria de Salud (APS), en él encontrará referencias bibliográficas de soporte para ampliar el conocimiento de los conceptos relacionados a APS.

Este curso atiende la necesidad del sistema de salud mexicano de retomar los principios de la APS en su modelo de atención.

Actualmente el modelo de atención biomédico tiene un enfoque prioritario en la atención de la enfermedad y considera de forma secundaria la prevención de las mismas y la promoción de la salud.

El concepto “Atención Primaria de Salud” cuenta con la palabra primaria, esto nos induce a pensar que se trata de aspectos exclusivos del primer nivel de atención o del primer contacto, en realidad el enfoque de APS abarca la totalidad del sistema, en los tres niveles de atención e involucrando la acción comunitaria de forma integral, con un enfoque en la persona, la familia y la comunidad.

La capacidad de respuesta de un Sistema de Salud es la clave para mejorar la salud de las poblaciones y, en particular, eliminar las desigualdades en salud; el enfoque de la Atención Primaria de Salud (APS) proporciona una dirección clara para el desarrollo de los sistemas de salud como una responsabilidad del Estado, donde se comparten obligaciones y derechos del gobierno y la población.

La APS según la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una atención de salud de acceso universal, socialmente aceptable, asequible y que requiere que las personas sean más autosuficientes con sus necesidades de atención. El objetivo final de la APS es lograr mejores servicios de salud para todos.

La APS se ha adoptado en diversos países como una estrategia de los sistemas de salud, para contribuir al desarrollo social y económico global de las comunidades.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud (SNS), llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas; constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención de salud.

Para alcanzar la salud a través de la APS es necesario contar y reorganizar los recursos físicos, humanos y/o materiales, de tal forma que funcionen de acuerdo con el nivel de complejidad. El cumplimiento de sus objetivos implica el uso de servicios básicos de salud con la participación comunitaria.

El enfoque que proporciona la APS es una condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados a los objetivos y metas del desarrollo sostenible, así como para abordar los determinantes sociales de la salud, alcanzar el nivel de salud más alto posible para todas y todos y reducir las inequidades en salud.

La Atención Primaria de Salud es la estrategia integral de *organización y operación del sistema de salud como un todo*, cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud, y que se basa en la atención integral e integrada de acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y las intervenciones basadas en la población, ampliando así los límites de una concepción de los sistemas de salud limitada a la provisión de servicios de atención personal. (FESP, 2020)

Nuestro equipo de trabajo una redefinición que sea operable y que además motive e impulse a todos los actores en el servicio de salud a comprometerse con este modelo de atención. La definición anterior puede ampliarse con los siguientes conceptos.

“Enfoque de organización y operación del sistema como un todo, que busca la atención reflexiva, integral, de alta calidad, oportuna, disponible, accesible, de acuerdo con las necesidades de salud reales de las personas. Con el máximo y genuino interés del personal de salud (que trabaja en equipo, organizado, coordinado, congruente y efectivo) con el objetivo de mantener sana a la población bajo su responsabilidad. Con componentes ideales de atención, que rompen paradigmas, innovadores y factibles para elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas.”

El Marco conceptual de la Atención Primaria de Salud en el que se centra este curso, fue tomado de la iniciativa Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) donde participó la OMS, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Banco Mundial, Bill & Melinda Gates Foundation, UNICEF, Results for development, Brigham and Women´s Hospital, entre otros, disponible en improvingphc.org.

La APS aborda más del 80% de las necesidades de salud comunes de las personas a lo largo de sus vidas

- Aumenta el bienestar de las personas
- Disminuye la mortalidad materna e infantil
- Contribuye a la calidad de la vida
- Incrementa los años de vida saludable
- Es eficiente, identifica, previene y mejora las enfermedades de las personas antes de que se vuelvan costosas y difíciles de tratar
- Es justa y equitativa, proporcionando a todas las personas acceso a servicios de salud esenciales en sus comunidades
- Ayuda a las comunidades a detectar y detener los brotes locales antes de que se conviertan en epidemias mundiales

Dr. Rosbel Toledo Ortiz
Coordinador de Formación y Capacitación del Personal de Salud

Breve Historia de la APS

A finales de los años 60´s y durante los 70´s se hizo cada vez más evidente que los servicios de salud en los países en desarrollo no podían percibirse ni orientarse de acuerdo con los estados y sociedades industriales occidentales. La medicina occidental fue unilateral, ya que enfatizó solo los aspectos curativos, limitando los servicios de salud en los hospitales y la práctica médica. La prevención de enfermedades tenía un valor relativamente pequeño. Investigaciones han demostrado que alrededor del 80% de todas las enfermedades en los países en desarrollo pueden prevenirse (diarrea, inflamaciones pulmonares, tuberculosis, malaria, por mencionar solo algunas).

La OMS desarrolló la política de salud como respuesta a los problemas de salud en los países en desarrollo y estableció el Concepto-APS, a la que se le dio un significado central.

En 1978, en la conferencia de Alma Ata, la OMS y la UNICEF definieron a la APS como una estrategia y un conjunto de actividades para alcanzar la meta de "salud para todos en el año 2000". La APS, no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud. Posteriormente se definieron, para la región de las Américas, las metas mínimas en salud que debían ser alcanzadas a través de la atención primaria.

En el artículo "La historia de la Conferencia de Alma-Ata", el Dr. David Tejada de Rivero realiza una fuerte crítica sobre la mala traducción del concepto Primary Health Care como Atención Primaria de Salud, mencionando que dicha traducción no ha contribuido significativamente a su interpretación y cabal entendimiento.

El Dr. Tejada critica la palabra "atención" ya que esta induce a pensar en un servicio, sobre todo médico, donde hay proveedores activos y recipientes pasivos, es decir, donde la responsabilidad se deposita del todo en el sistema gubernamental y no considera la responsabilidad de la población sobre el cuidado de su salud. Por otro lado, la palabra "Primaria" promueve subvalorar el servicio a lo elemental o básico, escaso o austero, además de asociarlo casi de forma exclusiva con el primer nivel de atención o el primer contacto.

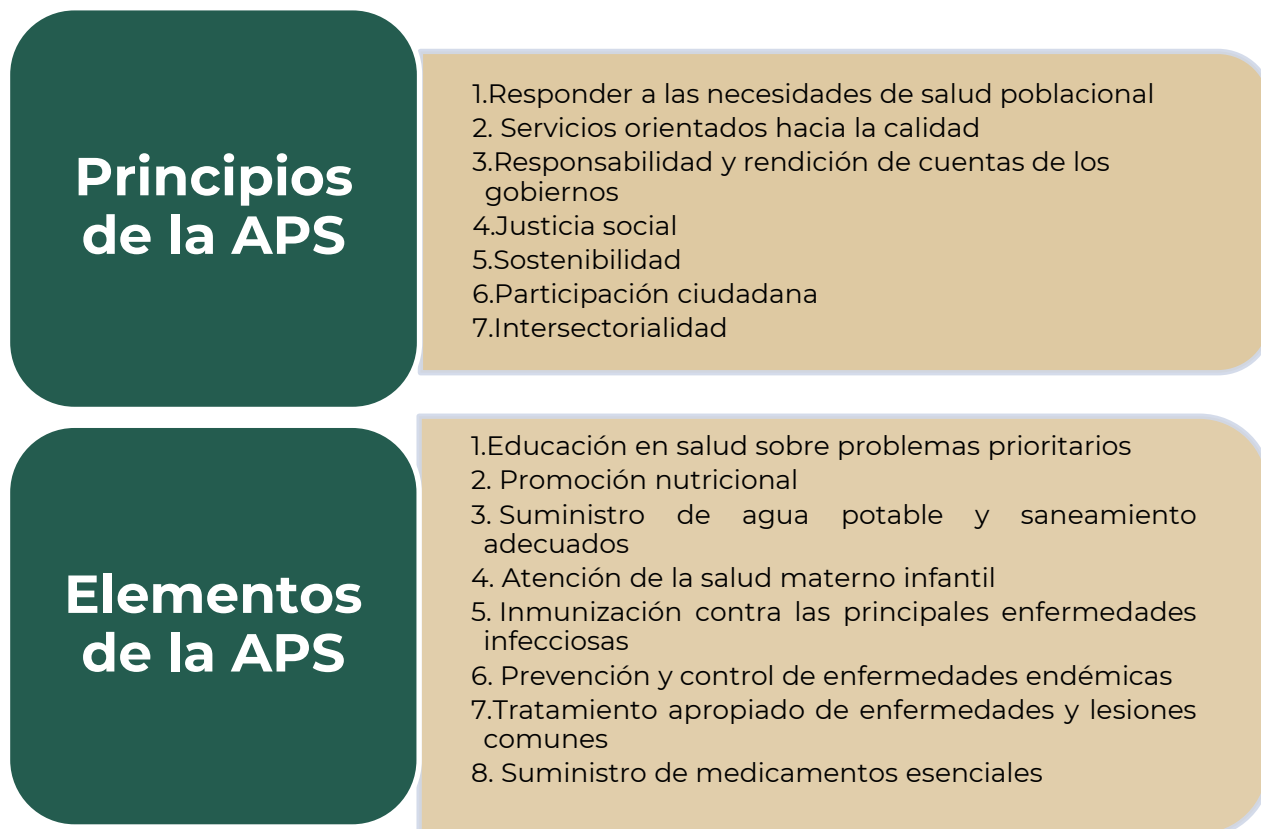
El término Primary Health Care tenía otra connotación considerando lo primario como lo esencial, fundamental y prioritario, por lo que una mejor traducción hubiera contemplado conceptos como Atención Fundamental de Salud, Atención Esencial de Salud, o Acciones Prioritarias para la Atención de la Salud, considerando no solo los tres niveles de atención, sino todas las actividades en la comunidad, donde se gesta la enfermedad y se promueve la salud. Los resultados de esta conferencia de Alma Ata se resumen en los llamados **7 principios y los 8 elementos de la APS.**

Los resultados de esta conferencia de Alma Ata se resumen en los llamados 7 principios y los 8 elementos de la APS. Los sistemas de salud con enfoque en APS se fundamentan en los principios que forman las bases para las políticas de salud, la generación y asignación de los recursos, la prestación de servicios y la evaluación de las acciones. Los elementos pueden



ser estructurales y funcionales, se entrelazan y forman parte de todos los niveles de un sistema de salud, y deben basarse en la evidencia actual de su efectividad para la mejora de la salud de las personas. A continuación se presentan los 7 principios de la APS y sus 8 elementos (Esquema 1):

Esquema 1. Principios y elementos de la APS.



Fuente: Declaración de Alma Ata

En octubre de 2018, en Astana, Kazajistán, los países integrantes de la OMS se comprometieron a implementar una APS como la base y el futuro para alcanzar la salud para todas las personas.

Este enfoque centra la atención en la persona, se orienta hacia el mantenimiento y mejoramiento de la salud individual, de la familia y de la comunidad con una visión positiva hacia el bienestar; actúa de manera proactiva, focaliza en la prevención, atención integral y la promoción de la salud, con un enfoque salutogénico. Además, empodera a las personas para que utilicen sus propios recursos y los del entorno, con la finalidad de alcanzar el mayor grado de bienestar con o sin enfermedad.

La APS se enfoca en la prestación de servicios de calidad con continuidad de la atención y buscar responsabilizar sobre la salud a todos los integrantes de la comunidad a lo largo del ciclo de vida; considerando los determinantes sociales de la salud, pero, sobre todo, las

personas son vistas de manera integral y no solo como enfermedades individuales por lo que son parte primordial de la Gestión de la Salud Poblacional.

La APS constituye la base de los sistemas de salud, asegurando que todas las personas se mantengan saludables y reciban atención cuando la necesiten.

Un sistema sólido de APS tiene instalaciones ubicadas en los lugares correctos de sus comunidades, donde las personas pueden acceder a los servicios de atención primaria que necesitan cuando los necesitan; proveedores de atención médica capacitados, empoderados e incentivados para brindar atención primaria de calidad con sistemas y políticas que garanticen la disponibilidad de medicamentos, vacunas y diagnósticos esenciales y de alta calidad.

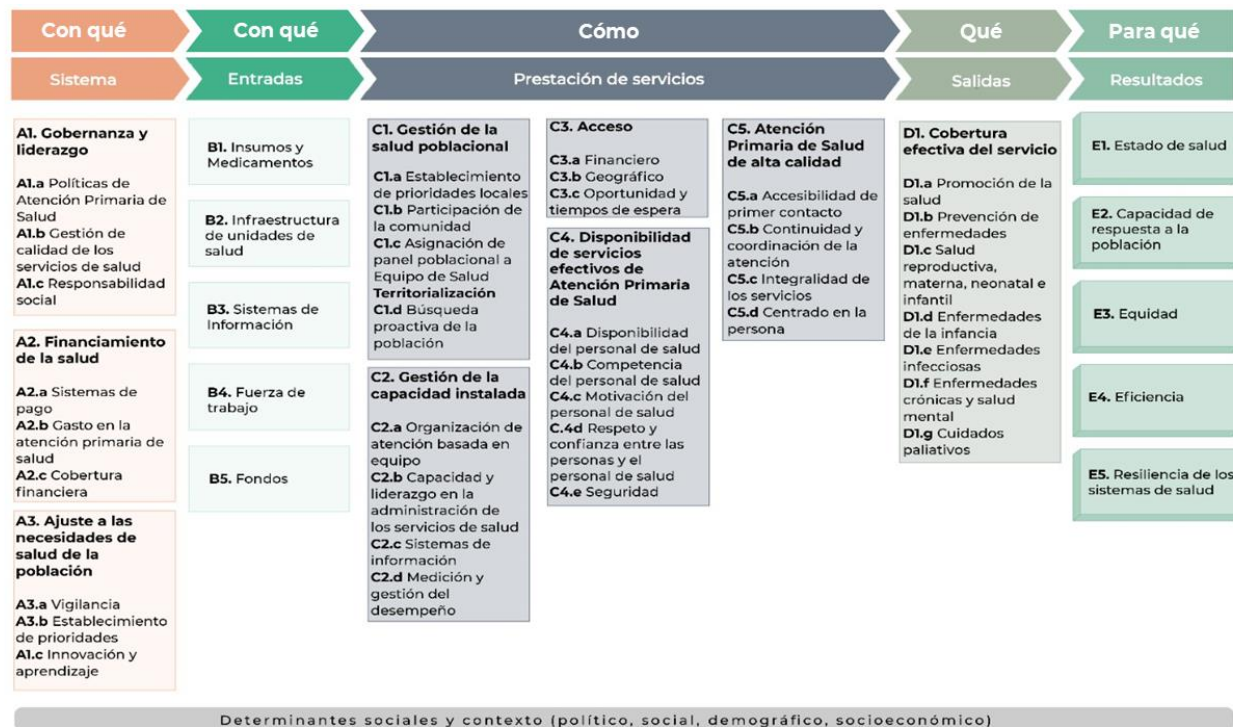
Marco conceptual de la APS

Primary Health Care Performance Initiative, integra el marco conceptual de la APS en 5 dominios: 1) Sistema, 2) Entradas, 3) Prestación de Servicios, 4) Salidas y 5) Resultados.

A su vez, cada dominio está integrado por diversos componentes y subcomponentes que serán desarrollados en los diferentes apartados de este documento (Figura 1).

Para comprender grosso modo a qué se refieren los dominios, hemos explicado a Sistema y Entradas el rasgo “Con qué”, porque estos dominios consideran los aspectos con los que el personal de salud y las unidades deben contar para poder prestar Atención Primaria de Salud. El dominio de Prestación de Servicios es el “Cómo”, es decir, cómo se deberían prestar los servicios de salud, asociando mecanismos fundamentales como la gestión de salud poblacional, el trabajo en equipo, la integralidad de los servicios, etc. El dominio de Salidas se interpretaría como el “qué”, refiriéndose a cuáles son los programas de acción específicos o prioritarios que no debe dejar de atender el sistema de salud, desde la promoción de la salud, contemplando la salud mental, reproductiva y la salud mental entre otros. Finalmente, el dominio de Resultados, explica el “Para qué”, la razón de ser, el motivo, y el sentido que todo el personal de salud debe considerar en su actuar diario de forma genuina. La Razón de ser del sistema de salud es mantener e incrementar el nivel de salud de la población, considerando la capacidad de respuesta, el incremento en la equidad y eficiencia, así como la resiliencia de los servicios. Todo el marco contempla los determinantes sociales de salud y el contexto social y político de las comunidades donde será implementado.

Figura 1. Marco conceptual de la Atención Primaria de Salud.



Fuente: Elaboración propia, basado en Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI).

Determinantes sociales de la salud

La salud es un Derecho que se protege en el país, como ha quedado asentado en todos los niveles nuestro marco normativo y en convenios internacionales. La protección a la salud comienza en el artículo cuarto de nuestra constitución. Este artículo hace explícito el valor que tiene la salud para la sociedad mexicana y su gobierno. De este artículo emana una robusta normativa que organiza la prestación de servicios de salud. El recorrido normativo baja a la Ley General de Salud y diversas leyes secundarias y normas oficiales.

Desafortunadamente, el hacer explícita la protección del Derecho a la salud, y de otros derechos, no garantiza que todas las personas alcancen el máximo nivel posible de salud. En el transcurrir de la vida de las personas va marcando el cumplimiento de los derechos de las personas. La organización de la sociedad ha resultado en que la garantía de los Derechos este determinada por ciertas características desde el nacimiento.

Características como el lugar de nacimiento, el sexo, el ingreso o nivel de educación de la familia, el color de piel o la etnicidad de las personas va determinando normas y valores culturales y de la sociedad que marcan factores conductuales y psicosociales de las personas. Cuestiones cómo el sexo determina una serie de conductas desde el nacimiento, pero también maneras de pensar e interrelacionarse con otras personas. Prácticas que se ven influidas, desde la manera de saludar a otra persona, el trabajo en el hogar, la alimentación o la actividad física.

Hay algunas preguntas que nos pueden ayudar a reflexionar sobre esto, ¿saludamos de la misma manera a una persona de sexo masculino que a una persona del sexo femenino? ¿el sexo influye en las actividades de limpieza o de preparación de alimentos en el hogar? ¿el ingreso o los años de escolaridad en las familias influyen en la manera de alimentarse? ¿no llega a ser el color de piel una manera en la que nombramos a las personas? Estas prácticas y normas culturales se van sumando a lo largo de la vida y se interrelacionan con nuestros factores biológicos. Algunos resultados en la salud de las personas, las familias y las comunidades son la diferencia en deficiencias nutricionales entre la población rural y urbana, los mayores niveles de obesidad y menor tiempo de actividad física de las mujeres en comparación con los hombres o una esperanza de vida menor entre 8 y 20 años de la población indígena con respecto a la media nacional. Es así como la cohesión social y el cumplimiento de los derechos marca un gradiente en nuestra sociedad, dando como resultado profundas brechas en salud.

Esto quedó evidenciado con los resultados del informe realizado por la “Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud” de la OMS. En el informe publicado en el 2008 se reunieron datos probatorios sobre los determinantes sociales de la salud y se generó la siguiente definición:

“Son los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias



que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de vivienda y entorno físico”

Para solucionar estos problemas se generaron 3 recomendaciones principales:

1. Mejorar las condiciones de vida
2. Luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

Para mejorar las condiciones de vida se pueden realizar acciones como dar una atención integral durante los primeros años de vida, asignar los recursos necesarios al contexto rural, proteger las condiciones laborales, ampliar la seguridad social y generar servicios de salud universales, centrados en las personas en la APS.

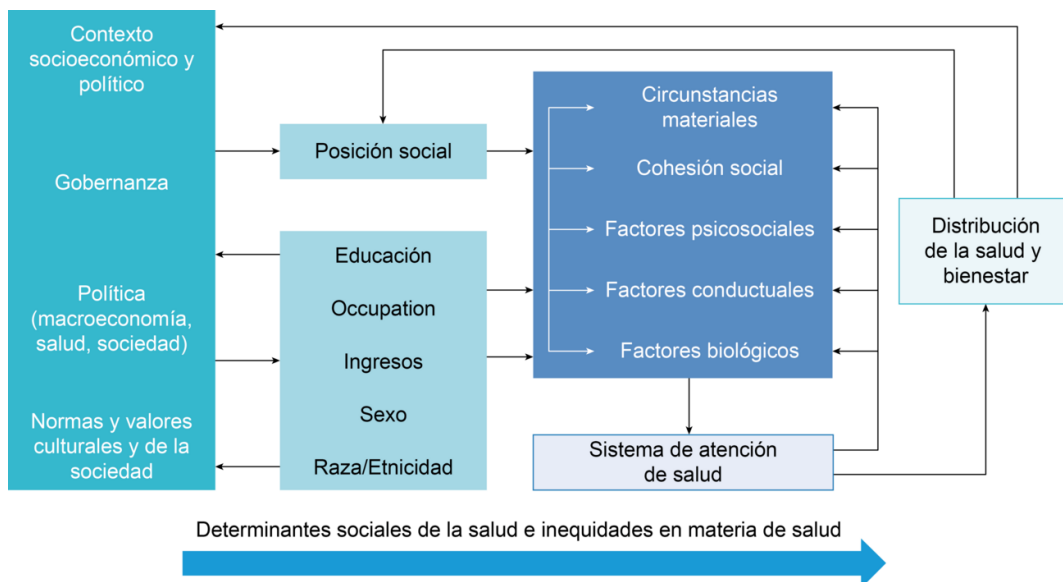
En lo que respecta a la asignación equitativa de los recursos insta a responsabilizar a las altas instancias gubernamentales; reformar los servicios de salud considerando los determinantes sociales de la salud y desde el enfoque de la APS; financiar acciones que atiendan los determinantes sociales de la salud y combatir los prejuicios sexistas, clasistas y racistas. Para la última recomendación se insta a dar un seguimiento sistemático a los niveles de salud de la población, la equidad en la prestación de servicios y a facilitar la información a los rectores de la política, la sociedad civil y a los profesionales de la salud.

¿Cómo tomamos estas recomendaciones para la prestación de servicios de salud?

Los servicios de salud no son ajenos al contexto social, se desarrollan en un contexto de interrelaciones complejas entre las personas. Por lo que no basta con dar atención a los factores biológicos únicamente. Es necesario relacionar las condiciones biológicas con las conductas de las personas y los factores psicosociales, poniendo en marcha la cohesión social y el cumplimiento de otros derechos.

Es por eso por lo que son necesarios los equipos interdisciplinarios. No es suficiente con la atención médica que brindan los profesionales de la medicina y de enfermería. El trabajo del personal de psicología y nutrición puede incidir de sobremanera en las conductas y en el bienestar mental de las personas. Para los factores psicosociales y la cohesión social son áreas donde el personal de trabajo social tiene amplias herramientas y conocimientos para la acción. El personal de promoción de la salud y las acciones relacionadas son claves, la identificación y atención de las condiciones de vida y de trabajo; en suma, con la interrelación con otros sectores como el de educación, seguridad y saneamiento son las acciones que permitirán mejorar los niveles de salud de las personas, las familias y las comunidades. Las acciones de promoción a la salud y de prevención de las enfermedades deben de ser el primer paso y mantenerse durante toda la prestación de los servicios de salud si el objetivo es prestar una atención eficiente, efectiva, considerando los determinantes sociales, desde un enfoque de APS y reducir las brechas de desigualdad en la sociedad.

Figura 2. Determinantes sociales de la salud de la Organización Panamericana para la Salud (OPS).



Sistema

La OMS define un sistema de salud como “la suma de las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal compartido es mejorar la salud”.

Es una estructura social constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población. Incluye diversos elementos que se relacionan entre sí, como las políticas, las instituciones y los servicios que se llevan a cabo a través de acciones y actividades planificadas, organizadas, dirigidas y monitoreadas. Un sistema de salud debe:

- Ser universal: cobertura total de la población.
- Prestar una atención integral: incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
- Ser equitativo: en la distribución de los recursos.
- Ser eficiente: cumplir con los objetivos de manera oportuna y con la optimización de recursos
- Ser flexible: para poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se presenten.
- Ser participativo: toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema sanitario.

El dominio de Sistema complementa los dominios de Entradas y Prestación de servicios, porque sus componentes influyen en el desempeño de los servicios, e impactan en los productos de salidas, como los programas clínicos que repercuten en el resultado del nivel de salud de la población.

El dominio de Sistema está integrado por los componentes Gobernanza y liderazgo, Financiamiento de la salud y el Ajuste a las necesidades de salud de la población.

Gobernanza y liderazgo

Una sólida gobernanza debe ser guiada por líderes **con competencias gerenciales, con una clara visión y habilidad para motivar y movilizar a otros tomadores de decisiones.**

La gobernanza y liderazgo está formada por los siguientes subcomponentes:

- **La implementación de la política de APS**
- **Gestión de calidad de los servicios de salud**
- **Responsabilidad social**

Las políticas de APS son decisiones y planes que toman los gobiernos con el aporte de otras partes interesadas para lograr objetivos específicos de atención médica. Se refieren a las leyes, principios rectores, marcos y formas de trabajo que guían la práctica, acciones y decisiones de prestación de servicios. La importancia de las políticas se debe a que:

- **Mejoran** el diseño de los sistemas de salud y mantienen la buena gobernanza y el liderazgo en la APS.

- **Garantizan** que las políticas, estrategias y planes estén fundamentadas en pruebas y se traduzcan en acciones.
- **Establecen** sistemas para la coordinación, seguimiento, integración e implementación de las políticas relacionadas con la APS, promoviendo una prestación de servicios eficaz y eficiente.

La gestión de la calidad de los servicios es el conjunto de acciones que toman los sistemas nacionales, regionales y/o locales que reciben y analizan periódicamente datos estandarizados sobre el desempeño del Sistema de APS para promover la supervisión y mejora de la calidad. Comprende las actividades de planificación, control y mejora de la calidad que sustentan la prestación de servicios de salud de calidad.

La rendición de cuentas es el conjunto de enfoques y herramientas que promueven el compromiso ciudadano y el monitoreo para mejorar el desempeño del sistema, la efectividad, y la sensibilidad a las expectativas de la población. El compromiso de la comunidad es necesario para asegurar una participación representativa.

Asegura la coordinación entre dos sectores de actores clave: los tomadores de decisiones y los ciudadanos o la sociedad civil, Mejora el desempeño del sistema de salud a partir del monitoreo de arriba hacia abajo y el compromiso proactivo de la sociedad y los gobiernos y prestadores de servicios mantienen la responsabilidad social sobre las necesidades sociales y expectativas de la comunidad.

Financiamiento de la Salud

Es una función de los sistemas de salud que se enfoca en la recolección, mancomunación, distribución y/o gasto de los recursos para asegurar que todas las personas accedan a servicios en salud.

Impacta a todo el desempeño del sistema de salud, incluyendo la accesibilidad, calidad, y la eficiencia de la APS.

Ajuste a las necesidades de salud de la población

El ajuste a las necesidades de salud de la población está integrado por los subcomponentes de vigilancia, establecimiento de prioridades e innovación y aprendizaje. Incluye la recolección de información acerca del estado de salud de la población, análisis y el uso apropiado de los datos para determinar prioridades. Sistemas de APS fuertes evalúan esas necesidades y el proceso de entrega de servicios cambia de acuerdo con las prioridades establecidas.

Las mejoras en la adaptación a las necesidades de salud de la población pueden contribuir a organizar los efectos en cadena de todas las dimensiones del Marco conceptual de APS.

La vigilancia se refiere a la recopilación, análisis e interpretación continua y sistemática de datos esenciales de salud para la planificación, implementación y evaluación de la

prestación de servicios y de salud pública. Los sistemas de vigilancia sólidos son redes dinámicas y multimodales que combinan actividades de seguimiento, evaluación y respuesta para permitir la identificación de amenazas existentes y emergentes.

El establecimiento de prioridades es el proceso fundamental para construir sistemas de salud resilientes que puedan adaptarse y responder de manera efectiva a las cambiantes necesidades y demandas de salud de la población.

La innovación y el aprendizaje efectivos se basan en evidencia, investigación e información locales y globales para reflexionar cómo se pueden operacionalizar e incorporar para generar cambios a escala. La innovación involucra la interrelación de cambios tecnológicos, organizacionales y elementos institucionales de la atención en salud. Además, se apoyan en la **interoperabilidad** de los sistemas de información que recolectan, analizan y comparten información crítica y retroalimentación para todos los tomadores de decisiones y que facilita el aprendizaje continuo. Involucran:

- **Elementos tecnológicos:** cambios en el diseño de los servicios, productos y proceso de producción
- **Elementos organizacionales:** nuevas maneras o mejoras en la forma de organizar o administrar las actividades
- **Elementos de interacción con el sistema:** nuevas o mejores maneras de interactuar con otras organizaciones y bases de conocimiento
- **Elementos conceptuales:** nuevas o mejores perspectivas, paradigmas, misiones y estrategias

Entradas

Las Entradas (Insumos y medicamentos, infraestructura de unidades de salud, Sistemas de información, Fuerza de trabajo y fondos) incluyen subcomponentes que son necesarios, pero no suficientes, para un desempeño sólido de la APS. Están centradas en la disponibilidad bruta de insumos en las unidades de salud y refleja si los sistemas establecidos para garantizar la disponibilidad de insumos están funcionando.

Insumos y medicamentos

Se refiere a todos los medicamentos, vacunas, productos y tecnologías en las unidades de salud. La gestión de la cadena de insumos implica la obtención de recursos, suministros y la entrega de bienes y servicios al personal de salud y la población.

Los directivos y el personal de salud deben asegurarse de que las unidades de salud tengan los insumos y medicamentos adecuados en el momento pertinente; que las personas puedan acceder a productos asequibles cuando los necesiten, es imperativo para brindar servicios de APS de alta calidad. Esto requiere un enfoque de estructura por parte del sistema de salud para garantizar seguridad, eficacia, calidad y acceso equitativo de insumos y medicamentos.

Infraestructura de unidades de salud

Contempla la calidad y disponibilidad física de unidades, incluye la cantidad y distribución en relación con la población para satisfacer sus necesidades de salud.

Pasos clave para mejorar la infraestructura en las unidades de salud:

- Asegurar que las funciones y los servicios básicos estén disponibles en las unidades
- Implementar procedimientos y equipos de seguridad para respaldar la prestación de APS
- Crear y mantener un censo de infraestructura los establecimientos de salud

Sistemas de información

Son un mecanismo para recopilar, procesar, almacenar y transferir datos e información que se utilizan para planificar, gestionar y prestar servicios de salud de alta calidad.

Deben ser sistemas:

- Resilientes
- Funcionales
- Bien definidos
- Coherentes y coordinados

- Interoperables e Interconectados
- Adaptables

Existen diversos sistemas de información, algunos de ellos son los siguientes:

- Sistemas de registro civil: Registrar los nacimientos y defunciones, emitir certificados, recopilar y difundir estadísticas.
- Sistemas de información de gestión de salud de rutina: Son sistemas de notificación utilizados para recopilar datos de rutina de los centros de salud y los establecimientos de salud públicos y privados a nivel comunitario.
- Sistema de registro de cuidado personal: Contar con expedientes clínicos para el cuidado longitudinal de las personas.
- Sistemas de información de gestión logística: Registros que realiza el personal operativo y directivo para recopilar, organizar y presentar datos sobre la oferta y demanda de servicios básicos de salud.
- Sistemas de información de gestión financiera: Utilizado para administrar y rastrear el flujo de fondos a nivel unidades (gastos, partida, presupuestal, fondos generados internamente, etc).
- Sistemas de información de vigilancia de la salud: Redes que reúnen información de las unidades de salud, con enfoque en enfermedades de notificación obligatoria específicas.

Fuerza de trabajo

Se refiere a las habilidades de los profesionales de la salud para organizar y brindar APS. Una fuerza de trabajo eficaz se logra con estándares educativos, contratación y despliegue de personal distribuido equitativamente, con políticas de retención y aseguramiento de la calidad laboral. Refleja la necesidad de contar con el número suficiente de personal capacitado y una adecuada distribución del mismo, para satisfacer las necesidades de salud de la población y promover el acceso equitativo a una atención de calidad.

La fuerza de trabajo efectiva debe:

- **Contar con competencias para una APS de alta calidad:** Los trabajadores de la salud cuentan con conocimientos, habilidades diversas, experiencia y comportamientos necesarios para brindar atención integral, holística y de alta calidad por equipos multidisciplinarios coordinados
- **Ser distribuida de manera equitativa:** La fuerza de trabajo de la APS está distribuida de manera equitativa, por número, competencias y en relación con las necesidades de la población
- **Estar motivada y empoderada:** La fuerza de trabajo de la APS está motivada y capacitada para brindar una atención de alta calidad, incluso a través de salarios e incentivos adecuados, normas de seguridad y oportunidades de desarrollo profesional.

Fondos



Los fondos incluyen la disponibilidad, el control y la gestión adecuada de los mismos, a nivel de unidades para abordar los costos fijos y recurrentes incluyendo el pago de los sueldos del personal.

Pasos clave para la mejora:

- Implementar presupuestos ascendentes y descendente
- Crear cuentas bancarias de las unidades para agilizar las transferencias de fondos
- Brindar capacitación y pautas de gestión financiera para ayudar a los administradores de las unidades en la elaboración de informes y pronósticos presupuestarios.

Prestación de servicios

El dominio de Prestación de servicios refleja la relación entre la oferta (personal de salud, infraestructura de las unidades de salud, suministros) y la demanda (necesidades de la persona/ población, acceso).

Gestión de la salud poblacional

La gestión de la salud poblacional es la base de la prestación de servicios para la provisión de la APS APS, la cual integra el alcance activo y el compromiso con la comunidad. Con ello, la prestación de servicios transita de una atención reactiva a una proactiva.

La gestión eficaz de la salud poblacional requiere de una estructura organizativa sólida, de sistemas de información eficientes y de una cantidad suficiente de prestadores del servicio. La gestión de la salud poblacional comprende una amplia gama de actividades de salud como son la atención curativa, la preventiva, actividades de promoción de la salud con iniciativa de salud pública y el compromiso de incluir a los determinantes sociales de la salud.

En la siguiente figura se muestra como la gestión poblacional se centra en reconocer por grupos específicos de acuerdo a condiciones similares y factores de riesgo, lo cual ayuda en la prestación de los servicios para ser eficientes en el manejo de las poblaciones e influir sobre su salud.

Figura 3. Proceso de Gestión de la salud poblacional



Fuente: Elaboración propia con base en el Modelo Preventivo de Enfermedades crónicas del IMSS. La gestión consiste en la identificación de la población y estratificación del riesgo; trabajar en equipo para evaluar las necesidades de las personas; enfocar las acciones de atención y seguimiento, así como coordinar la atención entre todos los prestadores de servicios e incluso con otros sectores que tenga como fin común mejorar la salud de las poblaciones. Al gestionar la salud poblacional se contribuye a una serie de efectos posteriores en la APS:

- Ayuda los equipos de atención a comprender y enumerar mejor las necesidades de las comunidades a las que sirven.
- Contribuye a la interacción entre los prestadores de servicios y las comunidades locales con el fin de planificar actividades específicas que se adapten a las necesidades prioritarias a lo largo del tiempo y respalden el acceso equitativo a servicios de alta calidad.
- Mejora la planificación e implementación de manera eficaz al utilizar estrategias que respondan a las necesidades de salud específicas de las comunidades.

La gestión la salud poblacional se divide en cuatro subcomponentes principales:

1. Establecimiento de prioridades locales.
2. Participación de la comunidad.
3. Asignación de población a equipos de salud (territorialización)
4. Búsqueda proactiva poblacional.

Establecimiento de prioridades locales

El establecimiento de prioridades locales consiste en identificar las prioridades de salud específicas de la comunidad local y desarrollar planes de acción para la atención de esas necesidades. Dicho establecimiento es más eficaz cuando se basa en datos locales sólidos y lo llevan a cabo diferentes participantes.

El proceso implica dos consideraciones centrales: la elección de indicadores para identificar las necesidades y seleccionar las prioridades, así como determinar, monitorear e implementar esas prioridades. A menudo se comienza revisando la carga y la causa de mortalidad y morbilidad en una población, lo cual debe complementarse con los determinantes sociales según el contexto de las diferentes poblaciones.



Tomados en conjunto e implementados de manera efectiva, estos elementos pueden garantizar actividades de establecimiento de prioridades sólidas, transparentes y bien monitoreadas.

La participación de la comunidad presenta una oportunidad donde los usuarios de la atención médica pueden ayudar a determinar qué servicios son más necesarios y valorados. De esta manera, cuando los servicios se adaptan a la comunidad a la que sirven en lo que respecta tanto a las necesidades clínicas como a la conciencia cultural, los sistemas de salud pueden lograr: mayor eficiencia, mejor estado de salud, mayor respeto y confianza entre las personas y el personal de salud, así como mayor equidad, capacidad de respuesta y mejor aprovechamiento por parte de la comunidad.

Participación de la comunidad

La participación de la comunidad implica la inclusión de los usuarios y de los recursos locales en los aspectos del diseño, la planificación, la gobernanza y la prestación de los servicios de atención médica. Este es un componente fundamental de la gestión de la salud poblacional que ayuda a garantizar que los servicios se adapten adecuadamente a las necesidades y valores de la población.

La participación comunitaria es un proceso con el que los participantes trabajan juntos para abordar problemas de la salud y promover el bienestar, a fin de lograr efectos y resultados positivos en la salud.

Para garantizar que estos servicios satisfagan adecuadamente las necesidades de las personas, es esencial al momento de planificar la participación de la comunidad considerar dos aspectos centrales:

- 1) Dónde y cuándo integrar el compromiso de la comunidad.
- 2) Cómo integrar el compromiso de la comunidad.

El marco de participación comunitaria incluye un modelo de implementación que se basa en ocho etapas:

Paso 1: Objetivo: Definir el enfoque de la intervención de participación comunitaria. Para hacerlo, se deben seleccionar líderes que defiendan la participación de la comunidad.

Paso 2: Tipo de actividad de participación: Determinar en qué aspectos se llevará a cabo la participación de la comunidad. Esto debe incluir la reflexión y discusión de qué procesos ya están en funcionamiento.

Paso 3: Participantes: Identificar a los actores clave de la comunidad para las actividades de participación. El proceso de selección diferirá significativamente según el tipo de actividad planificada.

Paso 4: Preparación para la participación de la comunidad. Recibir la capacitación necesaria.

Paso 5: Tipos de participación. Teniendo en cuenta las actividades de participación, determinar cómo se recopilará el aporte de la comunidad.

Paso 6: Medición de la participación de la comunidad. Evaluar y medir las actividades de participación de la comunidad tanto en el proceso como en el resultado.



Paso 7: Barreras - Identificar y abordar las barreras para la participación de la comunidad (costos, cultura, organización social, limitaciones específicas, otros).

Paso 8: Facilitadores. Identificar y aprovechar a los facilitadores para la participación (líderes, apoyo del gobierno, grupos proactivos, otros).

Se deben implementar sistemas formales para alentar, solicitar y responder a las inquietudes, sugerencias y necesidades de los miembros de la comunidad para lograr sean partícipes de la planificación, prestación y gobernanza de los servicios de salud.

Un método común para integrar formalmente la participación de la comunidad en el sistema de salud son los comités, estos desempeñan una variedad de funciones; entre ellas, la intersección entre la participación de la comunidad, la responsabilidad social y la organización de los servicios de salud.

Asignación de población a equipos de salud (territorialización).

La asignación de población es un proceso de distribución de establecimientos, equipos de atención o prestadores de servicios que tienen la responsabilidad de conocer a su población asignada y de brindar APS.

La asignación de panel coordinada de manera proactiva para lograr la universalidad y cobertura de salud es la base organizativa para la gestión de la salud poblacional, debido a que permite que los sistemas de salud mejoren la experiencia de las personas, las familias y las comunidades, reduciendo los costos y mejorando los resultados de salud.

La asignación poblacional responsabiliza a los prestadores de servicios y equipos de atención de la gestión de la salud de un grupo específico de personas. Para ello, se proporciona un denominador de población con la finalidad de interpretar más fácilmente los datos, rastrear el desempeño y planificar los servicios de manera efectiva.

La asignación poblacional también es útil porque proporciona estructura logística y permite un modelo de atención centrado en las personas en el que los prestadores de servicios asumen la responsabilidad proactiva de su panel, independientemente de si las personas visitan o no las unidades.

Esto puede ayudar a reducir la sobreutilización de niveles más altos de atención al tiempo que garantizan que los prestadores de servicios de atención primaria estén al tanto de todas las necesidades de salud de su panel, incluso cuando deben ser abordadas por especialistas.

Un método para promover la atención continua, accesible y coordinada dentro de un panel es un método de referencia y contrarreferencia para acceder a la atención especializada o de nivel superior. Esto mejora la coordinación y la continuidad de la atención.

Búsqueda proactiva poblacional

La búsqueda proactiva poblacional es la provisión activa de atención en los hogares o en la comunidad en lugar de considerar solamente las unidades de salud.

Los trabajadores de la salud participan en actividades de búsqueda proactiva a la población realizando diversas actividades preventivas y de promoción de la salud, educación, identificación de casos agudos y mujeres embarazadas para derivaciones a



establecimientos de salud, atención integrada de enfermedades comunes de adultos y niños, servicios de planificación familiar, seguimiento al tratamiento de enfermedades crónicas, gestión de la atención con estratificación de riesgo e incluso cuidados paliativos en los hogares de la comunidad.

El objetivo de la búsqueda proactiva poblacional es garantizar que la población conozca y acceda a los servicios, se incrementa la eficiencia para trasladar ciertas actividades de salud fuera de la unidad física, y así optimizar la salud y el bienestar de las personas, la familia y la comunidad.

Para lograr este objetivo, las actividades de búsqueda proactiva deben basarse en los datos locales y el establecimiento de prioridades, para ello, se debe definir a qué personas buscar, qué servicios ofrecer y quien los otorgará.

Puede que inicialmente no sea factible proporcionar un alcance poblacional a todas las personas, por lo que el proceso puede comenzar identificando el segmento poblacional que tienen necesidades específicas (personas que requieren servicios específicos de atención preventiva, atención en enfermedades específicas o poblaciones de alto riesgo); a fin de abordarse y gestionarse en entornos comunitarios.

Los servicios preventivos son oportunidades particularmente sólidas para la búsqueda proactiva comunitaria porque a menudo no requieren un conocimiento o capacitación de diagnóstico significativo y pueden ser llevados a cabo por gestores comunitarios con conocimientos específicos. La atención preventiva puede ser delimitada por edad, género, vulnerabilidad como la pobreza o la desnutrición. Las vacunas o la atención de rutina, como las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, son ejemplos de servicios preventivos que se pueden brindar a las poblaciones objetivo durante la extensión poblacional.

Por otro lado, la búsqueda proactiva poblacional puede ser una estrategia eficaz para garantizar que las personas con enfermedades crónicas tengan el seguimiento y adherencia a los medicamentos necesarios. Por ejemplo, los trabajadores de la salud pueden facilitar la adherencia al tratamiento antirretroviral para los pacientes VIH positivos o proporcionar medicamentos para el control de la diabetes.

La segmentación de los grupos para la búsqueda proactiva poblacional de acuerdo con el perfil de riesgo (morbilidad o mortalidad) puede mejorar la coordinación y continuidad de la atención con el propósito de dirigir las actividades esenciales y garantizar una atención integral a las personas.

La planificación de actividades proactivas hacia la población debe considerar qué servicios se pueden brindar de manera efectiva fuera de la unidad de salud, por ejemplo, reconocimiento, derivación y tratamiento de enfermedades infantiles graves por parte de las madres o en su caso de prestadores de servicios comunitarios capacitados, también se pueden realizar visitas de rutina a los hogares para identificar a los miembros de la comunidad que necesiten servicios de salud específicos o brindar educación sobre la salud, y finalmente considerar la prestación del servicio en sitios de extensión por algún equipo de salud móvil.



Aunado a esto, será indispensable definir quiénes son los más idóneos para ofrecer un alcance proactivo a la población según las actividades. Al seleccionar y decidir se debe considerar la posibilidad de trasladar las tareas a diferentes prestadores de servicios (promotores de salud, gestores comunitarios, voluntarios).

Varios de los servicios proporcionados en los hogares y en la comunidad pueden ser llevados a cabo por prestadores de servicios con menos competencias de capacitación que los médicos o enfermeras. Sin embargo, es importante asegurarse de que existan vías claras de derivación para las necesidades de salud emergentes o complejas.

Gestión de la capacidad instalada

El esquema conceptual de APS incluye a la Gestión de la Capacidad Instalada como un elemento esencial del Dominio de prestación de servicios. Se refiere a la manera como el sistema de salud organiza y administra los elementos necesarios para la prestación de APS, incluida la atención en equipo, la supervisión de apoyo, la promoción de la salud de la población y el uso de sistemas de información que ayudan en el seguimiento y mejora continua de los servicios.

No sólo implica la conjunción de la infraestructura, recursos humanos, insumos y técnicos para la prestación de un servicio, pero incluye la medición para el mejoramiento continuo y las acciones necesarias para lograr el compromiso comunitario en el cuidado de la salud.

La organización y administración de las unidades incluye:

- 1) La organización eficaz de las operaciones en las unidades;
- 2) El despliegue de los recursos humanos en equipos multidisciplinarios;
- 3) La recopilación y uso rutinario de sistemas de información para establecer objetivos, monitorear el progreso e implementar iniciativas de mejora continua de la calidad; y
- 4) La capacidad de los directivos para supervisar, apoyar, y hacer cumplir estos procesos.

Organización de la atención basada en equipos

Se refiere a grupos de prestadores de servicios con educación y capacidades diversas, trabajando juntos y aprovechando su experiencia distintiva, estos equipos están diseñados para brindar APS integral, coordinada y eficiente a los pacientes.

La atención eficaz en equipo implica dos componentes centrales: una composición integral del equipo y una sólida cultura de equipo centrada en la comunicación, el respeto y la confianza entre los miembros del equipo.

Estrategias para mejorar la organización y administración de la capacidad instalada

- Promover modelos de atención basados en equipos. A partir de la organización de prestadores de servicios con educación, habilidades y capacidades diversas en equipos de atención.
- Dotar a los líderes y directivos de las unidades con las habilidades, la capacitación y los recursos necesarios para administrar las unidades, como la coordinación de operaciones, el establecimiento de objetivos y los recursos humanos.



- Utilizar datos de los sistemas de información para coordinar la atención, monitorear el desempeño y manejar la administración.
- Implementar sistemas para monitorear el desempeño y gestionar la implementación de estrategias de mejora dentro de las unidades; estos sistemas deben ofrecer retroalimentación sobre el desempeño a los prestadores de servicios y estar integrados en los sistemas de mejora de la calidad.

Capacidad y liderazgo en la administración de los servicios de salud

Se refieren a las capacidades de los directivos y líderes de los servicios de salud. Los líderes también deben tener habilidades relevantes relacionadas con la coordinación de operaciones, relaciones externas a los servicios, hacia los pacientes, establecimiento de objetivos y recursos humanos. Los líderes deben tener o desarrollar competencias y rasgos de personalidad particulares para involucrar a la fuerza laboral y administrar de manera efectiva los servicios de salud.

Los directivos deben estar debidamente equipados con las herramientas, los sistemas y las habilidades para evaluar de manera productiva al personal de salud en las unidades y brindar supervisión de apoyo. Los directivos y líderes pueden representar a diferentes personas o grupos de personas dentro de una unidad, según el tamaño y la estructura.

El liderazgo y la capacidad de administración de las unidades incluye la capacitación técnica y las habilidades de los directivos de unidades para organizar eficazmente las operaciones de las unidades de salud, motivar al personal, administrar presupuestos y distribuir recursos, y reaccionar ante nuevos desafíos. La capacidad de administración de unidades y el liderazgo es esencial para facilitar la prestación continua de servicios de salud de alta calidad.

- La administración eficaz de las unidades tiene en cuenta la variedad de competencias de liderazgo que deben tenerse en cuenta al implementar reformas de administración, incluidas las comunicaciones, el pensamiento sistémico y la toma de decisiones estratégicas.
- La capacidad de administración y el liderazgo garantizan que los directivos tengan habilidades relevantes relacionadas con la coordinación de operaciones, relaciones con el usuario, establecimiento de objetivos y recursos humanos.
- Los sistemas para la participación y la retroalimentación de la comunidad y el personal fomentan una cultura en la que los pacientes y el personal se sienten seguros y se valoran sus aportaciones.

Pasos clave para mejorar la capacidad y el liderazgo de la administración de las unidades de salud.

1) Fortalecer habilidades y competencias. La capacitación de los administradores debe de dotar de habilidades para organizar operaciones de las unidades, desplegar recursos, reaccionar a nuevos desafíos y motivar al personal.

2) Definir roles y responsabilidades específicos. Las responsabilidades de los directivos pueden incluir: administración de la comunidad comprometida, establecimiento de objetivos



y seguimiento, operaciones y administración, administración de recursos humanos y administración financiera.

3) Implementar sistemas de información y administración de apoyo. Las prácticas de administración eficientes a menudo están respaldadas por sistemas de información para registrar, transferir y analizar datos de desempeño de prestadores de servicios individuales.

Organización de aprendizaje

Una “organización de aprendizaje” es aquella en la que los líderes de las unidades fomentan una cultura organizacional que promueve el aprendizaje de los errores o errores dentro de la unidad. Algunas cualidades de los equipos y líderes que facilitan el aprendizaje de la organización son:

1) Un entorno de aprendizaje seguro donde se valoren las voces. Los líderes de las unidades deben comunicar que todas las voces son bienvenidas y valoradas, incluyendo a todos los prestadores de servicios, independientemente de su función en la atención al paciente, a compartir sus inquietudes;

2) Una visión convincente de lo que debe mejorarse. Esto incluye sistemas claros para registrar y compartir visiones entre las partes interesadas, incluyendo administradores, prestadores de servicios y miembros de la comunidad.

3) Aprendizaje basado en equipos donde se reúnen grupos pequeños y discutan lecciones aprendidas. Si ocurre un error en una unidad, debe haber sistemas establecidos para que el personal se reúna y discutan las implicaciones, lecciones y estrategias de mejora.

Sistemas de información

Es la utilización efectiva de los sistemas de información existentes y los datos que producen a nivel de la unidad para coordinar la atención, monitorear el desempeño e impulsar la gestión. El uso eficaz de los sistemas de información puede respaldar una variedad de propósitos que van desde el establecimiento de prioridades hasta las tareas clínicas y la educación.

Los sistemas de información deben ser fáciles de usar con expectativas claras de uso y sistemas de monitoreo y evaluación y deben proporcionar información fácilmente accesible a quienes los utilizan.

El uso de sistemas de información incluye la recopilación y presentación de informes de salud pública, los datos de las unidades y el uso de los mismos para el establecimiento de prioridades, propósitos clínicos, estratificación de riesgos, medición y administración del desempeño, en todos los niveles de la APS.

El uso de los sistemas de información va más allá de la infraestructura y de su disponibilidad para abordar cómo se utilizan.

Importancia del uso de sistemas de información.

Coordinación eficaz de la atención. El uso eficaz de los sistemas de información permite una mirada de funciones que ayudan a las unidades y al personal a brindar atención coordinada y de alta calidad, incluida recopilación de datos de rutina y vigilancia de



enfermedades, seguimiento, supervisión y monitoreo de eventos vitales, comunicación con el personal y toma de decisiones relacionadas con la salud.

Administración y medición del rendimiento. El uso eficaz de los sistemas de información puede ayudar a los administradores y líderes de las unidades a rastrear el progreso hacia los objetivos y los cambios en el rendimiento a lo largo del tiempo y permitir prácticas de administración eficientes.

Mejora, seguimiento y planificación del sistema de salud. El uso y los datos agregados generados a partir de sistemas de información sólidos son importantes para el seguimiento y la mejora de la planificación de unidades y sistemas de salud más amplios.

Consideraciones y pasos clave

1) **Recopilación e interpretación de datos.** El uso eficaz, oportuno y de alta calidad de los sistemas de información incluye la recopilación rutinaria de datos de salud pública, unidades, pacientes relevantes datos y el posterior análisis de estos datos.

2.) Uso de datos para el **establecimiento de prioridades y el seguimiento del desempeño.** Los interesados deben utilizar los sistemas de información para respaldar la medición, administración del desempeño, toma de decisiones y la planificación. Esto puede involucrar una variedad de actividades que involucran el uso de sistemas de información para rastrear el progreso hacia los objetivos de desempeño de las unidades.

3) **Informar datos** a los actores interesados. Los líderes de las unidades deben utilizar los datos apropiados de los sistemas de información para comunicarse con los actores interesados y respaldar la mejora de la calidad y la eficacia. La toma de decisiones y el nivel de las unidades y del sistema de salud.

4) **Competencias del personal para utilizar los sistemas de información.** El personal debe estar lo suficientemente capacitado para capturar, informar y revisar datos utilizando la infraestructura del sistema de información existente.

Consideraciones para el uso eficaz de los sistemas de información

Capacidad Técnica

- Adaptarse al flujo diario de trabajo, tener una interfaz clara y fácil de usar
- Garantizar la interoperabilidad de los datos entre unidades y servicios.
- Brindar información de fácil acceso a quienes los utilizan.
- Puede ser en papel o electrónico, la elección dependerá de factores contextuales como la infraestructura existente, el acceso a la conectividad celular y la alfabetización de los usuarios y la capacidad para usar estos sistemas

Capacidad de usuario

- Alfabetización y capacidad del prestador de servicios para utilizar sistemas de información
- Capacidad y disposición del líder o directivo de la unidad para comunicar los objetivos de los sistemas de información al personal y brindar oportunidades de capacitación en estos sistemas.



- Capacidad del personal o directivo para utilizar los datos apropiados a estos sistemas para comunicarse con las partes interesadas y monitorear el desempeño.

Sustentabilidad

- Gastos de capital para hardware tanto a nivel de unidad como de sistema
- Costos de mantenimiento continuo para hardware y software de actualización.
- Los costos de la transferencia de datos, incluido el ancho de banda y los recordatorios por SMS
- Dotación de personal para asistencia técnica, mantenimiento y formación
- Prácticas de administración para documentar, analizar e informar datos cuando los sistemas de información no son operativos.

Medición y gestión del desempeño

Es el proceso de establecer objetivos, monitorear el desempeño con respecto a esos objetivos e implementar y adaptar los esfuerzos de mejora.

Los sistemas de medición que facilitan la medición y la administración del desempeño deben diseñarse con retroalimentación para los usuarios finales de los datos y deben ser parte de sistemas más amplios de mejora continua de la calidad.

- Importancia de la medición y administración del desempeño.
- Establece objetivos para monitorear el desempeño de las unidades y prestadores de servicios de APS.
- Recopila y realiza un seguimiento de los datos que utilizarán las unidades para medir el progreso hacia los objetivos establecidos.
- Utiliza datos para adaptar y mejorar las políticas y los procesos de APS existentes.
- Elección de medidas y establecimiento de objetivos.

Los objetivos de los sistemas de administración y medición del desempeño deben ser factibles, realistas y comunicados claramente al personal y a los participantes. Cuatro consideraciones al seleccionar objetivos para la administración del desempeño:

- Alinearse con medidas nacionales y definiciones de datos estandarizados cuando sea posible. Si los datos ya se encuentran disponibles podrían reducir el tiempo del personal y los cambios en el sistema de información.
- Considere los recursos necesarios para poder recopilar información y considerar su utilidad.
- Asegurar un conjunto de medidas integrales para reflejar los cambios: las medidas deben asignarse a los procesos y resultados que se espera que tengan lugar durante los cambios en la prestación de servicios.



- Considere la audiencia: varias partes de un sistema de salud estarán interesadas en diferentes medidas.

En conclusión, la Gestión de la Capacidad Instalada permite la prestación de servicios de APS mediante la administración eficiente de la infraestructura, así como de los recursos humanos, insumos y técnicos. En este proceso son indispensables los sistemas de información para identificar barreras, tomar medidas correctivas y lograr la participación de la comunidad en el cuidado y fomento de la salud.

Acceso

El acceso mide si las personas tienen acceso oportuno a un centro de APS que sea conveniente desde el punto de vista geográfico y económico.

Para que los servicios se consideren accesibles, las personas no deben enfrentar barreras reales o percibidas para recibir los servicios. Garantizar el acceso desde la perspectiva de los usuarios puede ayudar a que las personas reciban la atención adecuada en el lugar adecuado en el momento adecuado.

El acceso es un eje para mejorar la APS; Incluso si los servicios están presentes y son de alta calidad en el punto de atención, si los usuarios experimentan barreras para acceder a ellos y usarlos, los resultados no mejorarán.

Acceso Financiero

El acceso financiero significa que no existen o hay pocas barreras de costo para recibir atención, incluidas tarifas prohibitivas para el usuario, pagos de bolsillo u otros costos asociados con la búsqueda de atención, como los costos de transporte o cuidado de niños. Asegurar el acceso financiero puede abordarse mediante una serie de enfoques que van desde intervenciones a nivel comunitario hasta nacional.

Acceso Geográfico

El acceso geográfico se mide y discute mejor por la cantidad de tiempo que lleva viajar a los servicios en lugar de la distancia física; el tiempo de viaje puede tener en cuenta la disponibilidad del terreno y del transporte. Muy a menudo, las personas que viven en áreas de difícil acceso, áreas rurales o zonas de conflicto enfrentan las mayores barreras en el acceso geográfico a la atención. Sin embargo, también es posible que las reformas se dirijan específicamente a estos grupos, dejando brechas en otros lugares. Las barreras de acceso también pueden alinearse con las características sociales; si existen restricciones en el movimiento de grupos de personas, por ejemplo, si las mujeres no pueden viajar sin acompañamiento, la geografía puede desfavorecer desproporcionadamente a estos grupos.

Pasos clave en el acceso geográfico. Retener, reclutar y posicionar personal de manera efectiva y equitativa: Mejorar el acceso geográfico a los servicios necesarios desde la perspectiva de las personas y alentar a los personales a permanecer en áreas



geográficamente desfavorecidas. Incluyendo el fortalecimiento de los programas de atención primaria y rural existentes, la provisión de incentivos y apoyo para que los personales trabajen en áreas rurales, entre otras.

Participar en asociaciones para brindar un mayor acceso a la APS: En ciertas áreas, las asociaciones públicas o privadas (APP) pueden aumentar la accesibilidad geográfica, buscando construir infraestructura. Otro tipo de APP son asociaciones integradas en la que los gobiernos contratan a organizaciones privadas para utilizar la infraestructura existente y la prestación de servicios en lugares que carecen de acceso a unidades públicas.

Implementar salud electrónica (e-Health) en áreas donde las clínicas son inaccesibles, pero existe suficiente infraestructura tecnológica: Mediante el uso de computadoras y teléfonos, las personas y personales pueden acceder a videoconferencias de telemedicina o recibir consultas a través de líneas de ayuda o mensajes de texto. Estos servicios no son exclusivos de la APS y también se pueden utilizar para fortalecer el acceso a la atención especializada. Las soluciones para reducir las barreras del transporte incluyen:

- Vales de transporte: Los vales de transporte pueden reducir las barreras geográficas para la atención cuando el costo es la principal barrera para acceder a la atención.
- Sistemas de transporte basados en la comunidad: Las unidades y los miembros de la comunidad pueden unirse para mantener los vehículos. Los vehículos pueden variar desde ambulancias hasta motocicletas o carros. Estos sistemas de transporte basados en la comunidad deben combinarse con medios de comunicación para que las personas puedan acceder a los vehículos y conductores cuando sea necesario.

Oportunidad y tiempos de espera

La oportunidad de la atención es la disponibilidad de servicios con "horarios de apertura, sistemas de citas y otros aspectos de la organización y prestación de servicios que permiten a las personas obtenerlos cuando los necesitan".

La oportunidad de la atención incluye dos elementos.

- Primero, las personas deben poder acceder físicamente a la atención con tiempos de espera aceptables y razonables.
- En segundo lugar, las horas y los días de funcionamiento de las unidades deben ser tales que las personas puedan encontrar un momento para visitar las unidades sin sacrificar otras obligaciones y deberes, como el trabajo o el cuidado de los niños, y puedan acceder a la atención para necesidades emergentes, incluso durante la noche y los fines de semana. La mayoría de las veces, las personas que tienen obligaciones (empleo, trabajo doméstico, escuela) durante las horas típicas de funcionamiento de las unidades y tienen más probabilidades de enfrentar barreras de acceso debido a los horarios de atención.

Factores que causan barreras

Más allá de los horarios inconvenientes en el funcionamiento de las unidades, es posible que estas poblaciones no puedan acceder a la atención oportuna debido a que los sistemas de citas son ineficientes o inaccesibles y / o, con largos tiempos de espera.

Para mejorar la oportunidad



- Ampliar o reorganizar el horario de funcionamiento de las unidades. Los días y horarios ampliados pueden hacer que la atención esté disponible para las personas.
- Implementar o mejorar sistemas de citas. Los sistemas de citas disponibles y fáciles de usar que se adaptan a la conectividad a Internet y la alfabetización de un contexto, pueden permitir que las personas programen mejor la atención y que los personales administren su carga de trabajo.
- Reducir los tiempos de espera. Implementar sistemas para reducir las ausencias y maximizar el uso del tiempo disponible de los prestadores de servicios, por ejemplo, mediante visitas de telesalud.

Para ampliar las horas de funcionamiento, los directivos de las unidades pueden introducir cambios en la prestación de servicios, tales como:

- Turnos escalonados
- Servicios integrados
- Aumentar el personal y / o ampliar las horas de prestación de servicios
- Sistemas telefónicos de guardia

Para mejorar los sistemas de citas, los directivos de las unidades pueden implementar:

- Sistemas de citas en persona o basados en la comunidad
- Cita hecha vía SMS o teléfono
- Portales electrónicos

Para reducir los tiempos de espera y maximizar los tiempos de los prestadores de servicios, los directivos pueden introducir:

- Visitas grupales
- Delegar de manera efectiva a diferentes prestadores de servicios
- Opciones para citas de telemedicina

Disponibilidad de servicios efectivos de APS

La disponibilidad de servicios efectivos de APS incluye la presencia de trabajadores de la salud competentes y motivados en una unidad de salud o en una comunidad cuando las personas buscan atención. La APS eficaz también requiere que los prestadores de servicios y las personas establezcan relaciones participativas y una base de confianza y respeto. La motivación del trabajador de la salud es fundamental, ya que está asociada con la calidad técnica y experiencial, así como con la eficacia. Por último, una APS eficaz también requiere prácticas seguras que se sigan de forma rutinaria en la prestación de atención.

Disponibilidad del personal de salud

La disponibilidad del personal se define como la presencia de un personal capacitado en una unidad o en la comunidad y brinda los servicios según lo definido por la descripción de su trabajo. Se deben implementar estrategias destinadas a facilitar el acceso a una dotación



de recursos humanos para la salud adecuada y acorde a las necesidades específicas de cada comunidad. Dichas estrategias deben incorporar mecanismos apropiados de retención y rotación de personal en los que se combinen los incentivos —tanto económicos y de desarrollo profesional como de proyecto de vida, condiciones de trabajo e infraestructura— orientados a crear empleo estable y digno, trabajo de calidad y garantías de protección social.

Existen tres componentes de la disponibilidad de los prestadores de servicios que afectan cómo y cuándo las personas pueden recibir servicios competentes:

- Oferta adecuada de prestadores de servicios competentes en atención primaria: que estén adecuadamente distribuidos por geografía, cuadro y de acuerdo con la demografía o los determinantes sociales, así como las necesidades. La oferta se aborda con mayor frecuencia a nivel nacional o regional a través de políticas y estrategias de contratación, así como mediante la descentralización de los programas de educación y la expansión de la capacitación en salud rural.
- Cumplimiento de jornada laboral: El trabajador debe estar presente durante el horario y días programados, no estar presente durante los turnos programados se denomina ausentismo.
- Agenda de citas razonable: Su trabajo debe estar estructurado de tal manera que tengan una cantidad adecuada de tiempo para dedicar a las personas y puedan comunicarse entre ellos entre turnos o durante las transiciones.

Formación y entrenamiento de los trabajadores de la salud

Es necesario promover acuerdos de alto nivel entre los sectores de educación y salud para alinear las estrategias de formación de los recursos humanos hacia el acceso universal de la salud y la cobertura universal de salud, y cambiar así el paradigma de la educación en este ámbito. Para ello se requiere la rectoría del Estado y la articulación permanente de las autoridades nacionales de salud y de educación con las instituciones académicas y las comunidades.

Se debe regular la calidad de la formación para los profesionales de la salud a través de sistemas de evaluación y de acreditación de carreras e instituciones formadoras, cuyos estándares prioricen el conocimiento científico-técnico junto a criterios de competencias sociales en el perfil de los egresados y el desarrollo de programas de aprendizaje contextualizados, promoviendo la participación activa de todas las personas que están en proceso de formación, en todos los niveles. Dichas competencias deben ser culturalmente apropiadas, con enfoque de género, y ofrecer respuestas para la resolución adecuada y socialmente aceptable de los problemas de salud de los diversos grupos poblacionales.

Frecuentemente, las habilidades de los prestadores son subutilizadas, y el acceso a atención de alta calidad puede ser mejorada ajustando y adecuando las tareas y responsabilidades con las competencias del prestador. El cambio de tareas implica mover responsabilidades de un tipo de trabajador de la salud a otro, quien puede tener menos entrenamiento específico, pero que aún tiene las competencias para brindar el servicio.



Barreras en la disponibilidad de prestadores de servicios

Más allá de tener suficiente personal para ofrecer una atención completa y oportuna para las personas, la sobrecarga de consulta, labores administrativas, y la ausencia de resultados estandarizados del sistema de salud (por ejemplo, pagos a destiempo y equipo insuficiente) puede contribuir a una ausencia de personal.

Por otra parte, al expandir roles y responsabilidades para ofrecer atención integral la calidad puede mejor con una mejor asignación de tareas y responsabilidades de acuerdo con las competencias del personal. Por ejemplo, las parteras tienen el potencial de proveer cerca del 90% de atención para servicios sexuales, reproductivos, maternos y de recién nacido, pero a menudo su alcance es significativamente más limitado.

Implementar iniciativas motivacionales para reducir el ausentismo

Deben existir insumos básicos del sistema de salud antes de que los involucrados puedan centrarse en los factores motivacionales para reducir el ausentismo. La motivación incluye financiamiento basado en el desempeño, supervisión de apoyo, autonomía adecuada, reconocimiento sistemático y mayor escalafón para los empleados en atención primaria y desarrollo profesional.

Introducir sistemas de citas y citas médicas compartidas para mejorar la disponibilidad oportuna de los prestadores de servicios. La creación de sistemas de citas puede ayudar a aumentar la eficiencia de la clínica y reducir los tiempos de espera. Las citas médicas compartidas pueden reducir los tiempos de espera y optimizar el tiempo del personal al vincular a un grupo de personas con necesidades de salud similares con un solo personal.

La integración horizontal es la consolidación de múltiples tipos de servicios, incluidos los de promoción, prevención, rehabilitación e incluso paliativos, en una sola unidad. De hecho, para proporcionar servicios integrados horizontalmente de manera eficaz, los prestadores de servicios deben estar adecuadamente capacitados en una variedad de servicios relevantes de atención primaria. En los países de ingresos bajos y medianos, a menudo se ofrecen diferentes servicios en días separados de la semana, lo que requiere múltiples visitas para personas con más de una necesidad de salud específica. A través de la integración horizontal, las unidades pueden minimizar las visitas de seguimiento y aumentar la eficiencia y disponibilidad del personal de salud.

Competencia del personal de salud

La competencia del personal significa que los prestadores de servicios tienen y, demuestran los "conocimientos, habilidades, destrezas y competencias" para brindar servicios de alta calidad con éxito y eficacia. Una fuerza de trabajo competente es esencial para lograr la visión de una APS de alta calidad para todos.

Para mejorar los resultados de salud, es importante centrarse tanto en la disponibilidad como en la competencia del personal. Si bien el suministro de prestadores de servicios es un desafío en muchos países de ingresos bajos y medianos, la capacidad de estos para brindar atención de alta calidad también es un factor limitante.



La calidad a menudo se considera desde dos dimensiones: técnica y sentida. La calidad técnica incluye la atención que cumple con los estándares y pautas y casi siempre se aprende durante la educación o capacitación formal. Por el contrario, la calidad de la atención sentida se mide desde la perspectiva de las personas incluye su experiencia y satisfacción al interactuar con el personal.

Pasos clave y consideraciones

- Priorizar la APS en la formación y la educación
- Integrar los principios básicos de la APS y enseñar competencias que permitan a los prestadores de servicios brindar atención de alta calidad; centrado en la persona, con empatía, la comunicación, la colaboración y la práctica basada en evidencia.
- Proporcionar insumos efectivos y equilibrio entre la vida personal y laboral
- Promover una carga de trabajo equilibrada y equipar al personal con los insumos necesarios (insumos y medicamentos, infraestructura de las unidades, etc.), capacitación y supervisión para brindar la atención aprendida.
- Brindar capacitación continua y desarrollo profesional continuo
- Brindar a los prestadores de servicios una amplia educación continua, con incentivos y oportunidades de desarrollo profesional para mantener actualizadas sus habilidades técnicas y fortalecer la motivación.
- Desarrollar sistemas de supervisión y tutoría de apoyo
- Aprovechar las estrategias de supervisión de apoyo que se centran en la resolución conjunta de problemas y se vinculan con actividades de tutoría y entrenamiento para facilitar las relaciones longitudinales y de apoyo entre prestadores de servicios y supervisores.

Para mejorar la calidad técnica y de experiencia de la atención según cómo la perciben las personas, los prestadores de servicios de atención médica deben estar disponibles para satisfacer las necesidades de salud de la población:

- Deben estar presentes en las unidades cuando se espera y tener tiempo suficiente para atender a las personas.
- Además, es importante que simultáneo a su horario de trabajo, reciban capacitación relevante o trabajar en la mejora con los supervisores.
- Para implementar estrategias para mejorar la competencia del personal, debe haber sistemas de información funcionales, confiables y el personal debe estar adecuadamente capacitados para usarlos.
- Se debe consultar a las comunidades para comprender qué competencias de calidad experiencial valoran y cómo los cambios en sus interacciones con los prestadores de servicios pueden ayudar a facilitar una mayor adherencia, seguimiento o comportamientos generales de búsqueda de salud.
- El establecimiento de equipos multidisciplinarios junto con una delegación reflexiva y adecuada entre los miembros, puede garantizar que cada personal brinde una atención coherente con su capacitación y dentro del alcance de la práctica.



- Comprender la carga local de enfermedad, las necesidades de salud de las comunidades y las prácticas socioculturales puede ayudar a los líderes, administradores y educadores de las unidades a comprender las habilidades técnicas que el personal de salud necesita para satisfacer las necesidades de la población local.
- Los directivos de las unidades deben ser defensores del personal de salud para garantizar que reciban la capacitación y supervisión pertinentes, que tengan la infraestructura, insumos y equipo necesario para cumplir con sus responsabilidades
- Para que los directivos de las unidades comprendan las necesidades de capacitación de los prestadores de servicios, debe existir un sistema de administración y medición del desempeño para rastrear el desempeño del personal e identificar temas en los que deben ser capacitados.

Factores que afectan la competencia del personal.

- Disponibilidad y calidad de la capacitación, educación y supervisión de apoyo continuo
- Disponibilidad y calidad de los insumos necesarios, como insumos, medicamentos y sistemas de información
- Motivación e incentivos del personal

Protocolos y herramientas que respaldan la competencia del personal

- Enfoques basados en protocolos y herramientas de toma de decisiones, adaptados a las necesidades de las unidades y los flujos de trabajo de los prestadores de servicios.
- Proyectos de telemedicina que apoyan la atención primaria
- Personal que otorgue tratamiento en la unidad.
- Recursos clínicos basados en evidencia que permiten a los prestadores de servicios acceder fácilmente a contenido clínico, confiable, basado en evidencia reduciendo las brechas de conocimiento en la unidad.

Las personas que no están satisfechos con sus interacciones con el personal o dentro de un centro de salud pueden optar por omitir la atención durante su próximo episodio de enfermedad, lo que contribuye a resultados de salud deficientes. A pesar de la importancia de la calidad de la experiencia de la atención, hay poca evidencia sobre cómo mejorar de manera tangible la calidad de la experiencia en entornos de ingresos bajos y medios.

Motivación del personal

La motivación laboral es el impulso que tiene la persona hacia el desarrollo de su trabajo y está íntimamente ligado con la satisfacción laboral. La motivación laboral se ha definido como un "grado de voluntad del individuo para ejercer y mantener un esfuerzo hacia los objetivos de la organización" y es el resultado de las interacciones de un personal con los miembros del equipo y otros compañeros de trabajo. La motivación del personal está estrechamente relacionada con el agotamiento y la satisfacción. Los prestadores de servicios que están más satisfechos con su trabajo suelen estar más motivados y el agotamiento suele ocurrir cuando están sobrecargados de trabajo e insatisfechos. Sin embargo, que estén experimentando agotamiento pueden estar motivados si están



intrínsecamente comprometidos y apasionados por el trabajo que hacen y el impacto que generan. Por tanto, la motivación se suele considerar desde dos dimensiones: motivación extrínseca y motivación intrínseca.

La motivación extrínseca se refiere a la motivación que está incentivada por cualquier otra cosa que no sea el impulso y el compromiso personales. La motivación extrínseca puede estar relacionada con incentivos individuales monetarios o no monetarios o incentivos ambientales. Los incentivos monetarios individuales pueden incluir: salario, pensiones, seguros, viajes, cuidado de niños, ubicación rural, calefacción, asignaciones de retención, comidas subsidiadas, ropa y alojamiento subsidiados.

La motivación intrínseca es el sentimiento de logro o satisfacción con los objetivos de la organización y con el impacto del trabajo. La mayoría de los incentivos e intervenciones relacionados con la motivación son monetarios, y depender únicamente de estos métodos puede no ser suficiente para mejorar todos los aspectos de la motivación. Sin embargo, estas intervenciones pueden combinarse con esfuerzos para mejorar la satisfacción del personal a través de la motivación intrínseca (o interna). Las intervenciones relacionadas con la motivación intrínseca generalmente se llevan a cabo a nivel de la unidad o de la comunidad.

Los estímulos para promover la motivación mueven, incitan o provocan una determinada acción y pueden ser a nivel individual, grupal, organizacional o del sector. Estos incentivos deben ser eficaces para que el trabajador se sienta motivado, valorado, reconocido, satisfecho y orgulloso de desempeñar sus labores en la organización, lo cual repercute en su bienestar y calidad de vida. Los incentivos pueden ser: reconocimiento, oportunidades de promoción laboral, entorno de trabajo confortable, independencia y autonomía en el actuar profesional, participación en las decisiones de la organización, posibilidades de desarrollo académico, entre otros.

Consideraciones y puntos clave:

Tomar en cuenta los factores contextuales: Considere una amplia gama de factores e intervenciones financieros, ambientales e interpersonales en el diseño de incentivos relacionados con la motivación del personal.

Medir y evaluar la motivación del personal: Utilice sistemas de información y herramientas como evaluaciones y guías de conversación para comprender la motivación y rastrear el rendimiento del personal

Construir sistemas de supervisión y liderazgo: Desarrollar una sólida capacidad de administración para planificar e implementar incentivos e intervenciones a nivel de unidades

Gestionar la motivación laboral del personal de salud implica un compromiso institucional, y debe estar orientada a cumplir un objetivo acorde al momento actual de la institución, además de satisfacer las necesidades del personal y representar una oportunidad tanto para el empleado como para la institución.

Respeto y confianza entre las personas y el personal de salud



El respeto y la confianza en un entorno de salud deben ser recíprocos entre las personas y el personal de salud; es una parte fundamental de la calidad de la experiencia de la atención y, a menudo, está influenciado por las percepciones de la persona sobre las actitudes, la competencia y los comportamientos afectivos del prestador de servicios.

¿Qué implica mostrar respeto en los servicios de salud?

Es tratar a todas las personas que utilizan los servicios de salud como iguales, con el mismo valor y dignidad. Implica evitar **TODA** forma de discriminación, violencia o maltrato, incluyendo la infantilización y el regaño. Se expresa mostrando aprecio por las personas, sus creencias, valores y preferencias.

Cuando las personas se sienten respetados por el personal de salud y confían en el juicio de estos, es más probable que busquen atención cuando la necesiten, lo que les permite desarrollar relaciones continuas y duraderas. Alternativamente, si las personas no se sienten respetadas, pueden verse disuadidos de buscar atención, lo que agrava los malos resultados de salud. Esto es particularmente perjudicial en lugares de bajos y medios ingresos donde los prestadores de servicios pueden ser escasos y las personas no necesariamente tienen la capacidad de cambiar de prestador de servicios a voluntad.

Cuando las personas se sienten respetados por el personal de salud y confían en el juicio de estos, es más probable que busquen atención cuando la necesiten, lo que les permite desarrollar relaciones continuas y duraderas. Alternativamente, si las personas no se sienten respetadas, pueden verse disuadidos de buscar atención, lo que agrava los malos resultados de salud. Esto es particularmente perjudicial en lugares de bajos y medios ingresos donde los prestadores de servicios pueden ser escasos y las personas no necesariamente tienen la capacidad de cambiar de prestador de servicios a voluntad.

La responsabilidad social y la participación de la comunidad pueden ayudar a facilitar el respeto y la confianza sólidos entre las personas y el personal de salud. Involucrar a las comunidades en la atención médica de manera temprana puede ayudar a alinear las expectativas entre las personas y el personal de salud e identificar las necesidades de su población. Comprometerse con las comunidades para identificar qué servicios son más relevantes y adaptarse a las necesidades de la comunidad es una estrategia para construir relaciones de confianza entre las comunidades y el sistema de salud.

La participación y aprobación de la comunidad también se ha discutido como una estrategia para mejorar la motivación del personal de salud quienes deberían ser apoyados por las comunidades a las que sirven y pueden sentir una motivación más intrínseca. Esto es particularmente importante cuando están trabajando en áreas que no les son familiares; el compromiso con la comunidad puede ayudar a comprender los valores locales, las prácticas culturales o los tabúes que influyen en la forma en que se comunican con las personas.

Fundamentación bioética de la APS (APS)

Qué es la Bioética de acuerdo a la Enciclopedia de Bioética (2014), es el estudio sistemático de las dimensiones morales -incluyendo la visión moral, decisiones, conducta y políticas- de



las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un ambiente interdisciplinario.

Una de las ramas de la bioética es la Bioética clínica, disciplina práctica que proporciona un enfoque estructurado para ayudar a los médicos a identificar, analizar y resolver los aspectos éticos en la medicina. La práctica de la medicina requiere de conocimientos sobre temas éticos.

Es trascendental el Informe Belmont (1979) para la Bioética, en él se expresaron cuatro principios fundamentales:

- No maleficencia, (*primum non nocere*) no hacer daño físico, psíquico o moral a los pacientes, y asistir y no abandonar al paciente, respetar su dignidad, igualdad y autonomía
- Autonomía respetar la libertad y responsabilidad de cada persona en la gestión de su propia vida y salud
- Beneficencia exige hacer y promover el bien de los pacientes desde su autonomía procurando que realicen su propio proyecto de vida
- Justicia tratar del mismo modo lo igual y de modo distinto lo desigual.

Surge posteriormente otra corriente bioética, como es la Personalista en 1987, cuyo fundador es Ennio Sgreccia, sus postulados fueron:

- Promover el bien íntegro de la persona humana.
- Defensa de la vida física: valor fundamental de la persona, necesita el cuerpo para existir.
- Totalidad: de la persona humana, es un principio terapéutico que indica es lícito intervenir una parte del cuerpo para sanar la totalidad
- Libertad y Responsabilidad: la persona es libre, para conseguir el bien de sí mismo y el bien de las otras personas y de todo el mundo
- Sociabilidad: La persona está inserta en una sociedad, debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia de la persona, de todo hombre y de todos los hombres

A continuación, se interrelacionan estos principios:

Figura 2. Interrelación de los principios de bioética



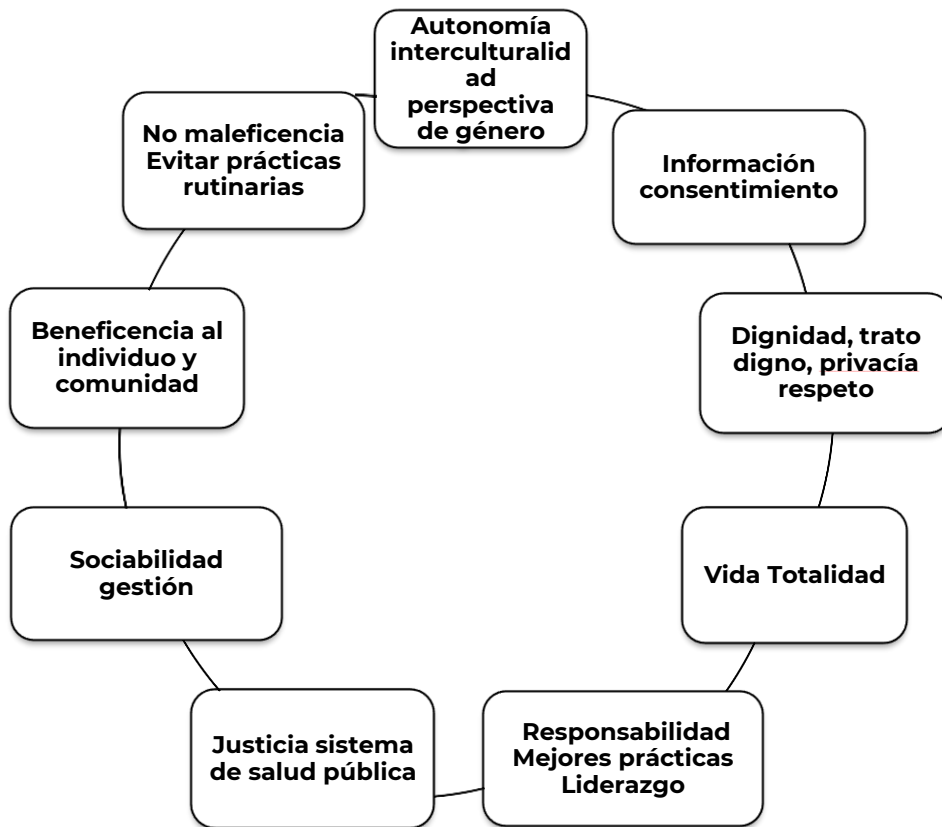


Tabla 1. APS y su fundamentación en los postulados bioéticos

Postulados Bioéticos	Postulados del APS	Ejemplos
Beneficencia al individuo, comunidad y sociedad	Centra la atención en la persona, se orienta hacia el mantenimiento y mejoramiento de la salud de la persona, la familia y la comunidad con una visión positiva hacia el bienestar	A un paciente se le diagnostica apendicitis y se le ofrece la cirugía en tiempo y forma, beneficio a la comunidad cuando se realizan campañas de vacunación.
No maleficencia, evitar malas prácticas rutinarias, capacitación	Actúa de manera proactiva, focaliza en la prevención, atención integral y la promoción de la salud, con un enfoque salutogénico	No maleficencia cuando se prefiere un procedimiento más seguro hacia el paciente, se evitan malas prácticas rutinarias con la capacitación del personal como en cursos, sesiones.
Autonomía, libertad	Empodera a las personas para que utilicen sus propios recursos y los del entorno, con la finalidad de alcanzar el mayor grado de bienestar con o sin enfermedad	Cuando al paciente se le explica su enfermedad para que tome la mejor decisión y lo exprese en el Consentimiento Informado.
Trato digno, respeto, privacidad. Gestión y Liderazgo	Prestación de servicios de alta calidad con continuidad de la atención	Cuando al paciente se le revisa en un cuarto, se le está respetando y tratando dignamente, lo cual son servicios de alta calidad y que se requiere de gestión y liderazgo para que se fomenten en la unidad médica.
Sociabilidad, justicia, responsabilidad	Responsabilidad sobre la salud de todos los integrantes de la comunidad a lo largo del	Existe un Plan Nacional de Salud, con sus diferentes planes sectoriales que toma en



	ciclo de vida; considerando los determinantes sociales de la salud	cuenta a todos los integrantes de la sociedad
Vida, totalidad, Interculturalidad, Perspectiva de género	Las personas son vistas de manera integral y no solo como enfermedades individuales por lo que son parte primordial de la Gestión de la Salud Poblacional	Al ser tratadas las personas de manera íntegra, se tiene en cuenta la perspectiva de género y la interculturalidad

Fuente: Elaboración propia

Seguridad

Requiere de ciertos insumos, pero también depende de la capacitación del personal de salud y una cultura de la unidad que promueva el aprendizaje.

La seguridad está dividida en cinco categorías y se aborda con base en las competencias, la infraestructura y cultura de las unidades:

- Seguridad de medicamentos y suministros
- Diagnóstico
- Seguridad en procesos
- Transiciones
- Sistemas de seguridad

Lo que se puede lograr

Mejora de la adherencia y los resultados de salud de las personas: las intervenciones de seguridad garantizan que los personales y los equipos de atención prescriban, administren y cumplan los protocolos terapéuticos de forma segura

Mejores resultados clínicos y mejor experiencia de las personas: las intervenciones de seguridad ayudan a mejorar la precisión de la atención, lo que respalda resultados clínicos y mejora la experiencia de la atención.

Cultivar una cultura de aprendizaje y mejora

1. Los directivos de las unidades y equipos pueden crear un entorno propicio para la seguridad:

Al promover una cultura en la que se pueda informar y aprender de los errores se motiva al personal, además que los líderes pueden instituir actividades de mejora de la calidad y sistemas de medición del desempeño que capacitan al personal para seguir y mejorar sobre prácticas de seguridad.



2. Implementar listas de verificación y pautas globales sobre procedimientos más seguros:

Los líderes de equipo también pueden desarrollar capacitación y programas para educar a los personales sobre procedimientos más seguros y cómo reducir los daños durante las cirugías.

4. Garantizar la disponibilidad y el uso adecuado de los insumos:

Las unidades deben tener todo el equipo necesario para la atención ambulatoria, así como suministros para garantizar una donación de sangre segura y un control seguro de las infecciones.

Atributos de la Atención Primaria de Salud

La APS de alta calidad es el resultado de una sólida prestación de servicios y el resultado de servicios bien organizados y administrados, respaldados por un sistema sólido e insumos adecuados, como recursos humanos, infraestructura, medicamentos y suministros.

Se centra en los sistemas, las políticas y la infraestructura que deberían existir para garantizar la prestación de servicios de APS de alta calidad.

Cinco funciones básicas sustentan la prestación de atención de alta calidad en los sistemas de APS. Estos incluyen accesibilidad, coordinación, continuidad, integralidad y centrado en la persona en el primer contacto.

La accesibilidad del primer contacto

Se refiere a la capacidad de un sistema de atención primaria para servir como el primer punto de contacto, o el punto de entrada de un paciente al sistema de salud y el principal coordinador de la atención, para la mayoría de las necesidades de salud de una persona. Está relacionado con los insumos, el acceso y la disponibilidad, pero refleja el comportamiento de un individuo de buscar atención primero en el nivel de APS.

Primer contacto: está relacionado con mejores resultados técnicos y experimentales, así como con una menor utilización de servicios de emergencia y de hospitalización innecesarios.

Los sistemas de APS deben gozar de confianza y ser valorados por el público como la principal fuente de atención.

Mejorar la funcionalidad de la accesibilidad del primer contacto junto con los dominios de continuidad, integralidad, coordinación y centrado en la persona contribuye a la prestación de una atención eficaz y de alta calidad y al desarrollo de sistemas de atención primaria de la salud sólidos y equitativos.

La accesibilidad del primer contacto depende de la capacidad y el compromiso del sistema de salud en su conjunto para desarrollar y mantener una APS de alta calidad como primer punto de contacto. La provisión constante de APS dependerá de la creación y aplicación de normas y directrices nacionales (en los sectores públicos y privados), la habilidad y



motivación de la fuerza laboral de APS y la disponibilidad de insumos, infraestructura y sistemas de información.

Mejorar la prestación de estas funciones es fundamental para obtener los beneficios de los sistemas de atención primaria centrados en la persona.

La atención de alta calidad suele ser menos accesible para los grupos más vulnerables y, por lo tanto, garantizar la prestación de APS de alta calidad implica tener en cuenta la amplia gama de características socioeconómicas individuales y/o comunitarias, incluida la pobreza, el género, el sexo o la sexualidad, identidad, casta, etnia, edad y raza.

Estos determinantes sociales pueden tener un impacto significativo en la prestación de atención, y se pueden requerir esfuerzos relacionados para mejorar las disparidades sociales.

Integralidad de los servicios

APS de alta calidad atiende a toda la persona bajo su contexto cultural, comunitario y familiar, brindando un amplio rango de servicios de promoción, preventivos, curativos y de rehabilitación.

Para atender un amplio rango de necesidades individuales se requiere considerar los determinantes sociales, políticos, económicos, y sociales de salud, se requiere disponer de una visión amplia e integral a través de los niveles de atención y entre el sector salud y otros. La integralidad se refiere a la provisión de atención integral y adecuada en un amplio espectro de problemas de salud, rangos de edad y modalidades de tratamiento.

Debe abordar una amplia gama de servicios preventivos, de promoción, crónicos, conductuales y de rehabilitación e incluir una evaluación de los riesgos, necesidades y preferencias del paciente en el nivel de atención primaria.

Más allá de la expansión de la capacidad del servicio, la integralidad puede referirse a la integración del tratamiento preventivo, curativo y de rehabilitación dentro de la APS, y un enfoque para tratar a la “persona en su totalidad”, no solo a un sistema de órganos o enfermedad en particular.

Los sistemas más integrales se asocian con gastos reducidos, mejor experiencia de atención del paciente y menor utilización de servicios para pacientes hospitalizados.

Se debe priorizar la integralidad junto con la accesibilidad, la continuidad, la coordinación y el centrado en la persona en el primer contacto para mejorar la prestación de APS de alta calidad para todos.

Las pautas y los materiales de capacitación estandarizados y simplificados que permiten el cambio de tareas y las redes de derivación entre los trabajadores de primera línea y las unidades ayudan a equipar a los equipos de atención multidisciplinaria con las competencias para brindar atención integral y coordinada de mayor calidad a las comunidades de bajos recursos que enfrentan oportunidades limitadas de prevención, tratamiento y manejo de enfermedades.

Políticas para la integralidad



La APS integral está respaldada por políticas e infraestructura que promueven la prestación de servicios integrados, el establecimiento de prioridades locales y las habilidades y capacidad de la fuerza laboral para brindar un conjunto integral de servicios.

Continuidad de la atención

La continuidad se refiere a una relación de curación a largo plazo entre una persona y su personal de atención primaria o equipo de atención a lo largo del tiempo. Existen al menos tres tipos de continuidad que se consideran importantes para la atención primaria:

1. Continuidad relacional: una relación terapéutica continua entre un paciente y uno o más prestadores de servicios.
2. Continuidad de la información: el uso de información sobre eventos pasados y circunstancias personales para hacer que la atención actual sea apropiada para cada individuo.
3. Continuidad de la administración: la medida en que los servicios prestados por diferentes personales son oportunos y complementarios, de modo que la atención se experimenta como conectada y coherente. También se puede considerar como un enfoque consistente y coherente para el manejo de una condición de salud que responde a las necesidades cambiantes de un paciente.

La continuidad también se puede considerar como un enfoque consistente y coherente para el manejo de una condición de salud que responde a las necesidades cambiantes de un paciente (lo que se conoce como continuidad flexible o como una propiedad de la coordinación de la atención).

Se debe priorizar la continuidad junto con la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y el centrado en la persona en el primer contacto para mejorar la prestación de APS de alta calidad para todos. En particular, una mejor coordinación se deriva de la continuidad para la transición fluida de la atención al paciente entre entornos y personales.

Coordinación de la atención

El objetivo principal de la coordinación de la atención es satisfacer las necesidades y preferencias de la persona en la prestación de atención de alta calidad. La coordinación de la atención implica administrar e integrar la atención en todos los niveles del sistema y en el tiempo para garantizar que la información del paciente se comunique en el momento adecuado y a las personas adecuadas para facilitar la prestación de una atención segura, adecuada y eficaz. Cada persona necesitará una coordinación de atención episódica en algún momento de su experiencia de atención. Sin embargo, la administración de la atención conlleva un subconjunto más específico de coordinación de la atención: comprende un alcance longitudinal y proactivo para coordinar la atención para un grupo definido de personas a menudo de mayor riesgo.

Seis funciones centrales de la coordinación de la atención (una de las cuales engloba la prestación de servicios de administración de la atención) útiles para comprender cómo



coordinar servicios de alta calidad para satisfacer las necesidades y preferencias de los pacientes.

- Enlace: pacientes con recursos comunitarios para facilitar derivaciones y responder a necesidades de servicios sociales
- Integrar: salud conductual y atención especializada en la prestación de atención a través de referencias
- Seguimiento y apoyo: pacientes cuando obtienen servicios fuera de la consulta
- Seguimiento: con los pacientes a los pocos días de una visita a la sala de emergencias o del alta hospitalaria
- Comunicar: los resultados de las pruebas y los planes de atención a los pacientes y sus familias
- Proporcionar: servicios de administración de la atención para pacientes de alto riesgo.

La coordinación de la atención se define por la administración adecuada de la atención entre el personal de salud y en todos los niveles de atención en el tiempo, incluidos los servicios comunitarios.

Los sistemas que logran una fuerte coordinación de la atención facilitan el tratamiento y el seguimiento adecuados y tienen como resultado reducciones en la atención y las readmisiones innecesarias.

La coordinación de la atención se basa en un alcance proactivo por parte de los equipos de trabajo, en sistemas sólidos de información y comunicación dentro y a través de los niveles de atención.

Es una función importante para crear vínculos entre los sectores sanitarios y no sanitarios y las redes dentro y entre los niveles de atención (es decir, integración horizontal y vertical) que ayudan a la APS a satisfacer eficazmente las complejas necesidades de los pacientes a lo largo de su vida. Se debe priorizar la coordinación junto con la accesibilidad, la continuidad, la coordinación y el centro en la persona en el primer contacto para fortalecer y brindar APS de alta calidad para todos.

Centrado en la persona

La atención centrada en la persona se organiza en torno a las necesidades integrales de las personas en lugar de las individuales. enfermedades. Involucra y empodera a las personas en plena asociación con los proveedores de atención médica para promover y mantener su salud.

La atención centrada en la persona considera los aspectos sociales, profesionales, culturales y las prioridades familiares como facetas importantes de la salud. Comprender el rendimiento del sistema. La perspectiva del usuario del sistema es fundamental para evaluar la función general y la mejora. Iniciativas



El centrarse en la persona es una función importante para mejorar la capacidad de los sistemas de atención primaria de la salud para brindar servicios en los que los pacientes confían y valoran.

Los sistemas de salud centrados en la persona involucran a las personas como socios iguales en la promoción y el mantenimiento de su salud de una manera que integre el contexto cultural existente, como actitudes, creencias e inquietudes.

El Marco de la OMS sobre servicios de salud integrados centrados en las personas propone cinco estrategias para el desarrollo de sistemas de salud receptivos centrados en las personas que brinden altos servicios de calidad, seguros y aceptables para todos

-Empoderar e involucrar a las personas y las comunidades: esta estrategia tiene como objetivo dotar a los individuos (incluidos los grupos marginados y desatendidos) con las oportunidades, habilidades, y recursos para tomar decisiones sobre su propia salud y estar empoderados. Su objetivo es permitir que las comunidades participen activamente en la cooperación. Producir ambientes saludables para las personas y estar capacitados para brindar atención informal.

-Fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas: esta estrategia tiene como objetivo fortalecer la gobernanza utilizando un enfoque participativo para la formulación de políticas, la toma de decisiones y el desempeño, evaluación en todos los niveles del sistema de salud. Para reforzar la buena gobernanza, un sistema robusto para la responsabilidad mutua entre las partes interesadas y un sistema de incentivos centrado en las personas debe estar en su lugar.

-Reorientación del modelo de atención: esta estrategia requiere un enfoque centrado en las personas para APS para el diseño y la prestación de servicios eficientes y eficaces, holístico, integral, sensible a las necesidades, preferencias sociales y culturales.

-Coordinación de servicios dentro y entre sectores: esta estrategia aprovecha las asociaciones intersectoriales y la integración de proveedores de salud dentro y entre entornos y niveles de atención para promover la coordinación de la atención. La coordinación se centra en mejorar la prestación de cuidados para responder mejor a las necesidades y demandas de las personas.

-Creación de un entorno propicio: esta estrategia implica la creación de un entorno propicio. reunir a todas las partes interesadas para transformar todas estas estrategias en una estrategia operativa real. Para efectuar el cambio, esta tarea involucra un conjunto de procesos en los dominios de liderazgo y gestión, los sistemas de información, métodos de mejora de la calidad Y el desarrollo de la fuerza de trabajo, los Marcos legislativos de políticas, la financiación de la salud e incentivos.

Las políticas e intervenciones que adoptan las partes interesadas para lograr la realización de estas estrategias. son específicos del contexto y, como tales, deberán desarrollarse de acuerdo con el contexto local, los valores, preferencias del país a nivel nacional, regional y local. Un pueblo integrado. El enfoque centrado en la prestación de servicios es esencial para el logro de cinco elementos fundamentales, a la cobertura sanitaria universal:



- Equidad en el acceso: Todos tienen acceso a los servicios de calidad que necesitan en todas partes, tiempo.
- Calidad: La atención es segura, eficaz, oportuna y responde a un conjunto integral de necesidades en el estándar más alto posible.
- Capacidad de respuesta y participación: La atención se coordina en torno a las necesidades y preferencias e involucra a las personas como socios iguales en sus asuntos de salud.
- Eficiencia: Los servicios son rentables y logran un equilibrio óptimo de promoción de la salud y atención al paciente dentro y fuera para evitar la duplicación y el desperdicio de recursos.
- Resiliencia: Los actores, las instituciones y las poblaciones de la salud están capacitados para responder eficazmente a las crisis de salud pública.

Como principio, el centrado en la persona postula que los sistemas de APS de alta calidad se comprometen con personas como socios iguales en la promoción y mantenimiento de su salud con confianza en la fundación.

Para ser usuarios empoderados del sistema de salud, los pacientes deben ser educados y apoyados para tomar decisiones informadas y participar activamente en su propio cuidado. El centrarse en la persona es una función importante para mejorar el rendimiento del sistema desde la perspectiva del usuario.

Los sistemas centrados contribuyen a una variedad de beneficios tanto para el usuario como para el sistema, incluyendo mejor acceso a la atención, mejores resultados clínicos y de salud, mayor alfabetización en salud, mayores tasas de satisfacción del paciente, mayor satisfacción laboral entre el personal sanitario y más servicios eficientes y rentables.

Los sistemas de salud centrados en la persona reconocen a los pacientes como socios en su propio cuidado y apoyo. Confianza en las relaciones paciente-proveedor. La atención centrada en la persona se organiza en torno a las necesidades de las personas en lugar de enfermedades individuales. Involucra y empodera a las personas en plena asociación con los proveedores de atención médica para promover y mantener su salud. El cuidado centrado en la persona considera

Las prioridades y determinantes sociales, profesionales, culturales y familiares de un paciente como facetas importantes de salud. La percepción positiva del paciente de las interacciones paciente-proveedor y la calidad de la atención se asocia con mejores experiencias de salud. Varios factores influyen en la percepción de un paciente de la técnica y aspectos no técnicos de la atención, incluidas las características sociodemográficas, la salud estatus y cultura.

Factores sistemáticos que influyen negativamente en la percepción del paciente de la calidad de la atención se relaciona con la escasez de un lugar habitual de atención primaria, las dificultades en la comunicación con la clínica de atención primaria y la falta de coordinación de la atención. Abordar estas brechas requiere de cambios en todo el sistema en la estructura de incentivos y la cultura organizacional de los sistemas de atención



primaria para promover una atención más centrada en la persona. Los atributos clave de la atención centrada en la persona incluyen.

Los **atributos clave** de la atención centrada en la persona incluyen

- Educación y conocimiento compartido
- Participación de familiares y amigos
- Colaboración y gestión de equipos
- Sensibilidad a las dimensiones no médicas y espirituales de la atención
- Respeto por las necesidades y preferencias del paciente
- Libre circulación y accesibilidad de la información

Salidas

Desde su concepción, los sistemas de salud en muchos países centraron sus esfuerzos en el tratamiento de las enfermedades, “hipermedicalizando” la atención a la salud y orientando su objetivo a la solución de los problemas en lugar de la anticipación a ellos. Es por lo anterior que, la reorientación de los servicios de salud y la implementación de acciones anticipatorias para la prevención de enfermedades y lesiones de causa externa se deben enfatizar, especialmente por los retos que enfrentamos en materia de salud pública, que nos obligan a considerar a las personas, sus realidades y experiencias en su totalidad, y no de forma vertical y dividida, con la finalidad de crear políticas públicas que respondan de forma efectiva y eficiente a esta complejidad.

Dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, se encuentran presentes tanto las enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades transmisibles. Las infecciones de vías respiratorias, gastrointestinales y de vías urinarias, ocupan los tres primeros lugares como causas de morbilidad a nivel nacional. En el caso de mortalidad, durante varios años, los primeros tres lugares se encuentran relacionados con enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, sin embargo, para estos últimos dos años, la COVID-19, se ha colocado dentro de los tres primeros lugares de mortalidad.

Ante la necesidad de procurar y mantener la salud de la población, evitar las inequidades en salud y cerrar las brechas de acceso a las personas en situación de vulnerabilidad, es indispensable asignar recursos financieros para mejorar la operación de los servicios de promoción de la salud comunitarios y en el primer nivel de atención, así como la profesionalización del personal de salud para abordar los determinantes sociales mediante un enfoque de promoción de la salud para el empoderamiento comunitario en la gestión de los riesgos y la corresponsabilidad en el autocuidado de la salud.

La Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, en la que se establecen los objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos, es una responsabilidad de los gobiernos, los sectores y la población en su conjunto. Muchos de estos objetivos están vinculados estrechamente a la salud y particularmente con sus determinantes sociales, por lo que se deben realizar mayores esfuerzos para su cumplimiento.

En particular se debe poner énfasis en el cumplimiento del Objetivo 3 y sus 13 metas específicas enfocadas a la salud materna e infantil, enfermedades transmisibles y no transmisibles como las relacionadas con salud mental, adicciones y accidentes. En la Agenda se marca un giro importante hacia la acción intersectorial a fin de alcanzar el desarrollo sostenible y no dejar a nadie atrás.

El Programa Nacional de Salud Pública incorpora acciones en materia de políticas públicas saludables, trabajo intersectorial, transversalidad, territorialización, participación social,



desarrollo de competencias y generación de entornos y estilos de vida favorables a la salud a fin de no dejar a nadie atrás.

Cada dominio del Marco conceptual de APS responde a una pregunta diferente. En el caso de SALIDAS o Productos se refiere a: ¿El sistema de APS proporciona los servicios esenciales a la población con la calidad requerida?

En este momento nos encontramos en el componente definido en inglés como los “outputs” y traducido literalmente como “las salidas” o “los productos” lo cual son indicadores de proceso de la prestación de servicios.

Pero esos productos o salidas no se basan únicamente en la disponibilidad de servicios claves, es decir, no basta saber si en su centro de salud se ofrecen, producen o prestan servicios de planificación familiar, o si se prestan servicios de control prenatal, o si se ofertan determinadas vacunas solo por mencionar algunos servicios. Desde luego que es importante saber si tiene capacidad instalada para ofrecer esos servicios y si se están utilizando, pero no es suficiente, para evaluar los productos se necesita saber si se están produciendo en la cantidad y calidad suficiente, es decir si la producción de servicios está ajustada a la población objetivo, si es oportuna y si cumple con el estándar de calidad esperado.

Siguiendo esa lógica, tomando como ejemplo la prestación del servicio de control prenatal para identificar sus productos debemos de hacernos las siguientes preguntas:

- ¿Qué porcentaje de las embarazadas de nuestra área geográfica de responsabilidad recibieron control prenatal?
- ¿De las que recibieron control prenatal cuántas mujeres recibieron el número de consultas recomendadas por la NOM 007?
- ¿Qué porcentaje recibió el primer control prenatal en el primer trimestre (antes de la semana 12) de gestación

Otro ejemplo:

Si vamos a un centro de salud y preguntamos: ¿tienen insumos para anticoncepción?, ¿ya con eso basta? evidentemente no, la otra pregunta es saber si ofertan esos servicios y si se consumen, es decir si tienen usuarias (os) que reciben anticonceptivos.

Entonces, supongamos que tenemos un centro de salud X que tiene 25 usuarias activas de métodos anticonceptivos y un centro de salud Y que tiene 50 usuarias. Desde una mirada simple, de primera vista la productividad pareciera que es mayor en el centro de salud Y, pero no sabemos quién tiene mejor cobertura efectiva y con calidad. ¿cómo medimos eso? Pues por ejemplo relacionando la productividad de los servicios vs la cantidad de población. Resulta que el centro de salud “X” con 25 usuarias de métodos anticonceptivos tienen una población de responsabilidad de 100 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años de edad). Es decir, tiene 25% de mujeres usuarias activas de anticoncepción. Por otro lado, el centro de salud “Y” que tiene el doble de usuarias, tiene una población 200 mujeres en edad reproductiva. Eso equivale a 12.5 por ciento de mujeres usuarias de anticoncepción.

Así que para medir los productos en su centro de salud hágase otras preguntas, construya sus indicadores de proceso, mídase, pruébese, compare sus indicadores de proceso con otros centros de salud y establezca planes de mejora.

Algunos indicadores que se pueden construir:

Salud infantil

- Cobertura de vacunación en menores de un año.
- Lactancia materna exclusiva

Salud reproductiva Materna y neonatal

- Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos
- Consulta prenatal en el primer trimestre
- Porcentaje de cobertura de laboratorios y estudios de gabinete en control prenatal.
- Tamizaje cáncer de cérvix
- Tamizaje cáncer de mama
- Tamizaje de violencia
- Necesidad satisfecha de interrupción voluntaria del embarazo

Enfermedades No transmisibles

- Control glucémico en la diabetes
- Tamizaje para detección de hipertensión
- Control hipertensivo en pacientes hipertensos
- Tamizaje de dislipidemias
- Control de lípidos en pacientes con dislipidemias

A continuación, se explica detalladamente el programa de Enfermedades crónicas no transmisibles o no comunicantes y cuidados paliativos:

El brindar APS de Calidad requiere un abordaje intersectorial, integral, mejorar la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios y el acceso a los medicamentos esenciales, además de tener equipos de salud multidisciplinarios, para el fortalecimiento de las capacidades, así como las competencias de los sistemas y del personal de salud, para reducir las barreras relacionadas con los factores sociales, económicos y culturales, para lo cual se necesitan de políticas públicas que respondan de forma efectiva y eficiente la complejidad que implica establecer estrategias exitosas para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles,

En México, como en la mayoría de los países de medianos y altos ingresos en el mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles, como son las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes y los tumores malignos se posicionan como las principales causas de muerte en la población general, aunque con cierta preponderancia en el grupo etario mayor de 45 años. La transición epidemiológica que se ha presentado en los últimos 20 años como resultado de la evolución económica y demográfica que se ha presentado en los países de medianos y altos ingresos, se traduce en un incremento del 20% en las causas de muerte debidas a enfermedades crónicas no transmisibles (pasó del 59% en 1990 al 79% en el 2017) y una reducción de 18% en los decesos causados por enfermedades



transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales (de 26% a 8% respectivamente de 1990 al 2017). Sin embargo, en nuestro país, las enfermedades transmisibles, principalmente las infecciones de vías respiratorias, gastrointestinales y de vías urinarias, ocupan los primeros lugares de morbilidad; de hecho, para el año 2020, la COVID-19, se colocó dentro de los tres primeros lugares de morbilidad, así como, de mortalidad en la población general y en el primer lugar como causa de muerte en la población masculina.

La tasa de mortalidad general reportada por el INEGI en el 2020 presentó un incremento de 27 unidades respecto al 2019, con una mayor tasa por entidad federativa de ocurrencia en la Ciudad de México, debido a su densidad poblacional y mayor número de pacientes que se atienden en sus unidades médicas. Específicamente la tasa de mortalidad debidas a enfermedades del corazón, incrementaron en ese mismo lapso de tiempo, de 12.3 al 17.3 por cada 10,000 habitantes, principalmente por cardiopatía isquémica (infarto agudo del miocardio y otras presentaciones clínicas de cardiopatía isquémica), en individuos mayores de 45 años (76.5%), seguida por la cardiopatía hipertensiva (15.6%), las enfermedades de la circulación pulmonar (7.8%) y la cardiopatía reumática (0.3%). Así mismo, se registró un aumento del 3.6% en la tasa de muertes atribuidas a enfermedades crónico degenerativas asociadas a factores de riesgo metabólicos, que resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales principalmente derivado de hábitos de vida poco saludable, como hiperglucemia, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica y la obesidad. De estos factores, la hipertensión arterial sistémica contribuye al 19% de las muertes a nivel mundial. De hecho, de acuerdo con lo publicado por Yusuf et al, en el 2004, en el estudio INTRHEART demostró que la dislipidemia, el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes, la obesidad abdominal, los factores psicosociales, el bajo consumo de frutas, verduras y alto de alcohol, y la falta de actividad física regular representan la mayor parte del riesgo de presentar infarto de miocardio, en todos los grupos de edad y en todas las regiones del mundo, en particular en los países de América Latina estos 9 factores explicaron 90% del riesgo atribuible en hombres y 94% en mujeres, mayores de 65 años.

En México, la prevalencia de estos factores se ha incrementado de manera significativa en los último 6 años tanto en el sexo masculino, como femenino, si comparamos los reportes de la Encuesta Nacional de Salud del 2012 respecto al 2018, principalmente el porcentaje de sobrepeso y la obesidad (69.4% a 73% y de 73% a 78.8%), tabaquismo (12.3% a 28.4% y de 6% a 9.2%), dislipidemia (11.7% a 17.7% y de 14.1% a 21%), en hombre y mujeres respectivamente. Se observó que el número total de personas con diabetes aumento de 6.4 a 8.6 millones y de hipertensión de 9.3 a 15 millones, esta prevalencia aumentó en 26.7% el grupo edad de 70 a 79 años en 2018.7,8 Y conforme disminuye la posición socioeconómica de la población se incrementa la probabilidad de tener obesidad, hipertensión y diabetes, asociado con las determinantes sociales.

Esta condición de alta prevalencia de comorbilidades en nuestra población, asociado a las inequidades en los determinantes sociales, como la pobreza y el acceso a la atención médica afectan a los grupos vulnerables que enfrentan la pandemia de la COVID-19 desde



el 2020, están interrelacionados e influyen en el riesgo de enfermar y morir a causa de este padecimiento. Del total de personas con prueba positiva para SARs-COV2, 17.3% tenían hipertensión arterial, 14.5% obesidad y 13.4% diabetes, sin embargo, las prevalencias de estos factores de riesgo cardio-metabólico fueron considerablemente mayores en los casos reportados de defunción por la COVID-19 (45.2%, 22% y 37.4% respectivamente). De acuerdo con la OPS, el aumento de la mortalidad por todas las causas es la huella sanitaria que ha dejado la pandemia, esta situación ha creado “la tormenta perfecta y la cuarta ola”, la primera ola derivada del sustrato para la alta mortalidad inmediata en individuos con comorbilidades, la segunda debida al impacto de la restricción de recursos en condiciones de salud urgentes no-COVID, la tercera ola por la interrupción de cuidados y tratamiento de las enfermedades crónica y la cuarta ola que estaremos viendo por el trauma psicológico, enfermedad mental, menor actividad física, aumento de aporte calórico, el daño económico y burnout, generado por el estrés y confinamiento prolongado, lo que probablemente incluirá un aumento de casos nuevos con enfermedades crónicas no transmisibles y la mortalidad derivada de las mismas.

La mayoría de estos factores de riesgo son prevenibles y tratables, abordarlos aportará enormes beneficios socioeconómicos y una reducción en años de vida saludables perdidos en el grupo de población económicamente activa. Por lo que se plantea la imperiosa necesidad de establecer políticas públicas encaminadas a modificar comportamientos poco saludables, en particular los relacionados con la calidad de la alimentación, la actividad física y la salud mental, es decir un cuidado Integral y equitativo de la salud:

- Servicios integrales: como el conjunto de acciones o intervenciones poblacionales y/o individuales para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) y prestar los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.
- Servicios con acceso equitativo significa que deben alcanzar a las personas que, por razones económicas, sociales o por otras causas de vulnerabilidad, no han tenido acceso a un cuidado integral y de calidad de su salud.

En este sentido, la OMS y la OPS, consideran que cada país debería fortalecer las capacidades de sus instituciones con las funciones esenciales que los sistemas de salud deberían observar, que tiene su base en: la evaluación del estado de salud de la población y los factores de la mala salud, desarrollar políticas para fortalecer los sistemas de salud y abordar los determinantes sociales, asignación de los recursos necesarios y garantizar el acceso a todas las intervenciones y servicios de salud pública.

Y de manera dirigida, ambas organizaciones aportan un enfoque estratégico para mejorar la salud cardiovascular, compuesto por seis módulos y una guía de implementación del paquete técnico HEARTS en las Américas, acrónimo que deriva de las siglas de cada uno de los programas específicos que incluye:

- Hábitos y estilos de vida: asesoramiento para los pacientes.
- Evidencia de Protocolos clínicos basados en evidencia.



- Acceso a medicamentos y tecnologías esenciales.
- Riesgo cardiovascular para el manejo de ECV basada en la estratificación de riesgo.
- Trabajo basado en equipos multidisciplinarios.
- Sistema de monitoreo.

Este paquete técnico publicado en el 2019 y 2020, pretende fortalecer el manejo de factores de riesgo que favorecen el desarrollo de ECV, centrado en la atención primaria de la salud, a través de un conjunto de intervenciones prácticas de prevención y control de enfermedades como la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia, con un enfoque de intervención específica con base en la estratificación del riesgo cardiovascular de cada individuo, que se calcula con el apoyo de tablas o calculadoras digitales, de acuerdo con la edad, sexo, presión arterial sistólica y el índice de masa corporal, o en caso de contar con exámenes de laboratorio, con los niveles de colesterol total en suero.

Además, incluye recomendaciones prácticas encaminadas a la detección oportuna, algoritmos diagnósticos, esquemas y estrategias terapéuticas con sustento en la evidencia científica y medidas para la prevención de complicaciones, para cuatro de las enfermedades no transmisibles más prevalentes ¹¹, como:

1. Hipertensión arterial sistémica; adicionalmente se puntualiza la necesidad de capacitar al personal de salud y al paciente sobre el protocolo para la adecuada medición de la presión arterial, tanto para la detección, confirmación diagnóstica, como para el seguimiento de metas y respuesta terapéutica.
2. Diabetes mellitus; proporciona también alternativas para diagnóstico y evaluación de control de glucemias tomando el entorno social y económico del paciente, intervenciones y recomendaciones sencillas para la prevención de complicaciones tardías y su tratamiento.
3. Enfermedades respiratorias crónicas (asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica), con métodos simples para poder establecer diagnóstico diferencial entre ellas y opciones terapéuticas de acuerdo con la gravedad y respuesta del paciente.
4. Detección oportuna del cáncer (principalmente cérvico-uterino y de mama); establece las características clínicas que hagan la sospecha diagnóstica de algunos de los cánceres más frecuentes y permitan considerar la derivación oportuna del paciente al nivel de atención correspondiente para su tratamiento definitivo.

Así como, la gestión de estilos de vida saludables, intervenciones para control de los factores de riesgo más comunes, determinantes que al controlarlos están asociados a una reducción en el riesgo de morir por enfermedades no transmisibles, circunstancia que refuerza las recomendaciones actuales en materia de salud pública para que se sigan estilos de vida saludables y sostenibles, con énfasis en incentivar el autocuidado a los pacientes que ya cursan con alguna enfermedad no transmisible:

1. Tabaquismo: incluye algoritmos de abordaje del paciente que desea dejar de fumar
2. Consumo nocivo de alcohol: evitar el consumo de alcohol

3. Régimen alimentario poco saludable: estrategias para llevar una dieta saludable y mantener un peso corporal adecuado lo que disminuye el riesgo de muerte por enfermedades no transmisibles, la cual incluye 5 porciones de vegetales y frutas al día, limita la ingesta total de grasas trans a menos del 1%, reduce consumo de sal y aporte calórico.
4. Evitar la Inactividad física: ejercitarse regularmente y evitar períodos prolongados de sedentarismo
5. Reducir otros factores que puedan incrementar el estrés, como: respeto a las horas de sueño y e incentivar la práctica de ejercicio como la mejor estrategia para el manejo del estrés.

Y finalmente, la orientación para planificación e implantación de servicios de cuidados paliativos, que proporcionen estrategias para la prevención, detección oportuna y alivio del sufrimiento, para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal.

Una visión moderna de la salud pública requiere de acciones intersectoriales para la implementación gradual de las diferentes intervenciones, la modificación de las determinaciones de los estados de salud a fin de asegurar el bienestar de la población, a través de políticas públicas saludables y sostenibles, en particular, del enfoque de salud en todas las políticas, teniendo en cuenta los recursos humanos, financieros que tienen al alcance. Es decir, que todas las políticas públicas tengan en el centro de su diseño a las personas y en especial el cuidado de su salud, a la vez que se protege al medio ambiente.

En la Declaración de Astaná sobre la APS del 2018, se reconoce que los gobiernos y las sociedades deben priorizar, avanzar y proteger la salud y el bienestar de las personas, creando entornos favorables y propicios para la salud en los que la evidencia indica cada vez más, que para gozar de buena salud se necesita no solo acceso a la atención médica, sino también medidas en torno a los determinantes sociales de la salud y la reducción de las inequidades en la salud. Establecer una atención primaria de la salud sostenible, accesible, equitativa, segura, de alta calidad, integral, eficiente, aceptable, asequible, con servicios integrados y continuos centrados en la persona, así como, con atención de género.

Resultados

En el Marco conceptual de APS, los resultados incluyen el estado de salud, la capacidad de respuesta a la población, la equidad, la eficiencia y resiliencia de los sistemas de salud.

Algunos ejemplos de una APS sólida son: relacionados al estado de salud, este tiene que aportar más del 80% de las necesidades de salud de las personas a lo largo de sus vidas, en la capacidad de respuesta a la población se pretende salvar y mejorar vidas, con menos niños que mueren antes de cumplir los cinco años y más personas viviendo vidas más largas y saludables, en cuanto a la equidad los resultados deben de ser justos y equitativos, brindando a todas las personas acceso a servicios de salud esenciales en sus comunidades, la eficiencia detecta, previene y maneja las enfermedades de las personas antes de que sus tratamientos sean costosos y la resiliencia de los sistemas de salud se refiere a proteger la seguridad sanitaria global, ayudando a las comunidades a detectar y detener los brotes locales antes de que se conviertan en epidemias globales.

Los resultados de la APS están influenciados por las salidas y los indicadores, que son los que reflejan la carga de morbilidad y mortalidad, así como la atención centrada en las personas a través de la experiencia compartida por los usuarios.

Los indicadores de salud se definen con mediciones que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño de un sistema de salud. Todo indicador de salud es una estimación (una medición con cierto grado de imprecisión) de una dimensión determinada de la salud en una población específica, éstos van a describir y monitorear la situación de salud de una población.

Los indicadores del estado de salud se dividen en salud objetiva y salud percibida, el primero se refiere a la mortalidad, morbilidad, discapacidad etc. Y el segundo se refiere al grado de satisfacción, así como del nivel de la calidad de vida, (bienestar físico, emocional, espiritual, ambiental, mental y social).

Los indicadores de desempeño se enfocan en la disponibilidad de servicios, accesibilidad, calidad de la asistencia, cobertura etc.

Se necesita medir, monitorear e identificar las fortalezas y debilidades en la prestación de servicios con enfoque en APS para saber si ésta es de alta calidad. Se requieren datos de calidad y fáciles de entender para lograr el análisis adecuado de la implementación. Los indicadores se consideran positivos cuando mantienen una relación, asociación o correlación directa con el estado de salud de los sujetos de la población.

Algo importante en los resultados son las Redes Integradas de Servicios de Salud que también forman parte de los Resultados del Marco Conceptual de APS, éstas ordenan las relaciones entre las distintas unidades en niveles de atención, también regionalizan los servicios de atención y brindan un paso a paso para garantizar la continuidad e integridad de la atención de salud a las personas estas Redes Integradas de Servicios de Salud, son un



instrumento de política nacional que vigila las capacidades para una atención integral, continúa y oportuna de las personas en la red pública de servicios de salud.

Históricamente, la mayoría de los datos sobre la APS se han centrado en rastrear las entradas al sistema, detalles como el número total de trabajadores de la salud, medicamentos y suministros disponibles. Sobre los datos que utilizamos es muy importante tener en cuenta que debemos de medir lo que importa, datos suficientes para que los responsables de la toma de decisiones evalúen qué tan bien funciona en la práctica el sistema de APS. No hay datos disponibles globalmente comparables para muchos aspectos del sistema de APS, ni metodologías bien aceptadas para recopilar estos datos.

Indicadores en México según PHCPI

Tasa de mortalidad de adultos por enfermedades no transmisibles: Probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica.

Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos): La tasa de mortalidad materna (RMM) mide el número anual de muertes maternas por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, en relación con el número total de nacimientos. El indicador se informa como muertes por cada 100.000 nacidos vivos. La mortalidad materna indica la capacidad de un sistema para brindar atención en momentos críticos, incluida la prevención y el tratamiento de las complicaciones del embarazo. También puede destacar el acceso y la prestación de atención, así como la presencia de un sistema de derivación en funcionamiento para tratar las complicaciones que no pueden abordarse en el nivel de APS.

Tasa de mortalidad neonatal: La tasa de muertes entre los recién nacidos dentro de los primeros 28 días después del nacimiento por cada 1000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos): La tasa de mortalidad de menores de cinco años es la probabilidad de que un niño muera antes de cumplir los cinco años. El indicador se informa como el número de muertes por cada 1000 nacidos vivos. La mortalidad infantil incluye muertes infantiles y neonatales y refleja la efectividad de numerosos servicios esenciales que los niños reciben durante sus primeros años de vida a través de los sistemas de APS, que incluyen, entre otros, vacunas, promoción de la lactancia materna y asesoramiento nutricional para las madres. Este indicador captura más del 90% de la mortalidad mundial entre los niños menores de 18 años.

Indicadores de desempeño para Sistemas de Atención Primaria de Salud (APS) recomendados por la Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI)



SISTEMA		
	Numerador	Denominador
Gasto público en APS como porcentaje del gasto actual en APS	Gasto nacional en salud del gobierno general en atención primaria de salud	Gasto actual en atención primaria de salud
Gastos de bolsillo en APS como porcentaje del gasto actual en APS	Gasto de bolsillo de los hogares en atención primaria de salud	Gasto actual en atención primaria de salud
	Gasto de bolsillo de los hogares en atención primaria de salud	Gasto nacional en salud del gobierno general
Gasto de atención primaria de salud per cápita (\$ USD)	Gasto corriente total en atención primaria de salud expresado en dólares internacionales PPA	Población total
ENTRADAS		
Disponibilidad de equipo básico	Número de equipos de la lista definida disponibles y en funcionamiento en una instalación	Número total de equipos en la lista definida
Densidad de trabajadores de salud comunitarios y tradicionales (por 1000 habitantes)	Número total de trabajadores de salud comunitarios y tradicionales	Población total del país (expresada por 1000 habitantes)



Coordinación de Formación y Capacitación del Personal de Salud

Disponibilidad de medicamentos esenciales	Número de medicamentos no vencidos en la lista definida de los cuales un centro tiene al menos uno disponible	Número total de medicamentos en la lista definida, que incluye medicamentos trazadores para niños y madres identificados por la Organización Mundial de la Salud
Instalaciones con agua potable, electricidad y saneamiento	Número de instalaciones que informan, y el enumerador confirma, que tienen electricidad, agua potable y saneamiento mejorado	Número de encuestas de instalaciones
Densidad de centros de salud (por 100.000 habitantes)	Número total de centros de salud	Población total del país (expresada por 100.000 habitantes)
Densidad de enfermeras y parteras (por 1000 habitantes)	Número total de enfermeras y personal de partería	Población total del país (expresada por 1000 habitantes)
Disponibilidad de vacunas	Número de vacunas no vencidas de la lista definida disponibles en una instalación	Número total de vacunas en la lista definida
Densidad de puestos de salud (por 100.000 habitantes)	Número total de puestos de salud	Población total del país (expresada por 100.000 habitantes)
PRESTACIÓN DEL SERVICIO		
Densidad de médicos (por 1000 habitantes)	Número total de médicos	Población total del país (expresada por 1000 habitantes)



Coordinación de Formación y Capacitación del Personal de Salud

Cumplimiento de las guías clínicas	Número total de preguntas de examen y antecedentes relevantes formuladas por el proveedor	Número total de antecedentes relevantes y preguntas de examen que debería haber hecho el proveedor
Búsqueda de atención por sospecha de neumonía infantil	Número de niños (0-59 meses) con sospecha de neumonía en las dos semanas anteriores a la encuesta llevados a un proveedor de salud apropiado	Número de niños (0-59 meses) con sospecha de neumonía en las dos semanas anteriores a la encuesta
Número de casos por proveedor (diario)	Número de visitas de pacientes ambulatorios registradas en los registros de pacientes ambulatorios en el centro de salud tres meses antes de la encuesta	Número de días que la instalación estuvo abierta durante el período de tres meses y el número de trabajadores de la salud que realizan consultas a los pacientes
Precisión diagnóstica	Para cada caso clínico, se asigna una puntuación de uno a cada caso clínico si se menciona el diagnóstico. El numerador es la suma del número total de diagnósticos correctos identificados. Cuando el médico proporcionó múltiples diagnósticos, el diagnóstico se codifica como correcto siempre que se mencione, independientemente de qué otros diagnósticos alternativos se hayan proporcionado	Número total de casos clínicos analizados
Tasa de abandono de DPT3	[Cobertura de inmunización DTP1 - Cobertura de inmunización DTP3]	Cobertura de inmunización DTP1
Barreras de acceso percibidas debido a la distancia	Número de mujeres que informan problemas específicos para acceder a la atención médica cuando están enfermas debido a problemas relacionados con la obtención de dinero para el tratamiento	Número de mujeres entrevistadas
Barreras de acceso percibidas debido a los costos del tratamiento	Número de mujeres que informan problemas específicos para acceder a la atención médica cuando están enfermas debido a problemas relacionados con la obtención de dinero para el tratamiento	Número de mujeres entrevistadas



Coordinación de Formación y Capacitación del Personal de Salud

Tasa de ausencia de proveedores	Número de mujeres que informan que la distancia hasta el centro de salud es un gran problema para obtener asesoramiento o tratamiento médico cuando están enfermas	Número de mujeres entrevistadas
Tasa de éxito del tratamiento de la tuberculosis entre los nuevos casos de tuberculosis	Número de casos de tuberculosis registrados en un período de tiempo específico que se trataron con éxito con o sin evidencia bacteriológica de éxito	Número total de casos de tuberculosis registrados en el mismo período
SALIDAS		
Cobertura de atención prenatal (más de 4 visitas)	El número de mujeres de 15 a 49 años encuestadas con un nacido vivo en un período de tiempo determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces de cualquier proveedor	Número total de mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en el mismo período
Partos atendidos por personal sanitario cualificado	Número de mujeres entrevistadas cuyo último parto fue atendido por personal calificado	Número total de mujeres entrevistadas que tuvieron uno o más nacidos vivos en los cinco años anteriores a la encuesta
Tasa de detección del cáncer de cuello uterino	Número de mujeres encuestadas de 30 a 49 años que informan haberse hecho alguna vez una prueba de detección del cáncer de cuello uterino	Número de mujeres encuestadas de 30 a 49 años
Niños con diarrea que reciben el tratamiento adecuado	Número de niños menores de 5 años con diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta que recibieron líquidos de paquetes de SRO o líquidos de SRO preenvasados y suplemento de zinc	Número total de niños de 0 a 59 meses con diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta
Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos	Número de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que actualmente usan, o cuya pareja sexual usa actualmente, al menos un método anticonceptivo moderno	Demanda total de planificación familiar (la suma de la prevalencia de anticonceptivos (cualquier método) y la necesidad



Coordinación de Formación y Capacitación del Personal de Salud

		insatisfecha de planificación familiar)
Prevalencia de diabetes mellitus	Número de adultos con diabetes mellitus que reciben medicación con presión arterial controlada (valor en sangre total capilar <6,1 mmol / L (110 mg / dl))	Población adulta con diabetes mellitus (el rango de edad varía según el país)
Cobertura DTP3	Número de niños de 12 meses encuestados que han recibido tres dosis de la vacuna combinada contra la difteria, el toxoide tetánico y la tos ferina en un año determinado	Población total de niños de 12 meses encuestados
Prevalencia de hipertensión	Número de adultos con hipertensión, con medicación con presión arterial controlada (PA sistólica <= 140, PA diastólica <= 90)	Población adulta con hipertensión (el rango de edad difiere por país)
Personas que viven con el VIH que reciben TAR	Número de adultos y niños que actualmente reciben TAR al final del período del informe	Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH
Casos de tuberculosis detectados y tratados	Número de casos nuevos y de recaída notificados y tratados en un año determinado	Número de incidentes estimados en el mismo año
Uso de mosquiteros tratados con insecticida para la prevención del paludismo	Número de personas en áreas endémicas de malaria que durmieron bajo un MTI	Número total de personas en áreas endémicas de malaria

RESULTADOS



Coordinación de Formación y Capacitación del Personal de Salud

Tasa de mortalidad de adultos por enfermedades no transmisibles	Número de personas de 30 años que morirían antes de los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica, asumiendo que experimentaría las tasas de mortalidad actuales en todas las edades y no las muere por cualquier otra causa de muerte (p. ej., lesiones o VIH / SIDA)	Población de 30 a 70 años
Diferencial en la tasa de mortalidad de menores de cinco años, por quintil de riqueza	[Tasa de mortalidad de riqueza Q5 U5] - [Tasa de mortalidad de riqueza Q1 U5]	No aplica
Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	Número de muertes maternas	Número de nacidos vivos (expresado por 100.000 nacidos vivos)
Tasa de mortalidad neonatal	Número de muertes de recién nacidos de 0 a 28 días	Número de nacidos vivos (expresado por 100.000 nacidos vivos)
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	Muertes de niños menores de 5 años	Número de nacidos vivos (expresado por 1.000 nacidos vivos)
CONTEXTUAL		
PIB per cápita (\$ PPP)		
Índice de Desarrollo Humano		
La esperanza de vida al nacer		



Porcentaje de población que vive en zonas rurales		
Porcentaje de la población que vive con menos de 1,90 dólares al día		
Población		



Referencias Bibliográficas

1. PHCPHI. Primary Health Care Performance Initiative; 2018. <http://improvinggphc.org>
2. WHO. WHO Community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services. World Health Organization; 2017.
3. Black RE, Taylor CE, Arole S, Bang A, Bhutta ZA, Chowdhury AMR, et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary and recommendations of the Expert Panel. *J Glob Health*.
4. Sarrami-Foroushani P, Travaglia J, Debono D, Braithwaite J. Implementing strategies in consumer and community engagement in health care: results of a large-scale, scoping meta-review. *BMC Health Serv Res*.
5. Kamuzora P, Maluka S, Ndawi B, Byskov J, Hurtig A-K. Promoting community participation in priority setting in district health systems: experiences from Mbarali district, Tanzania. *Glob Health Action*.
6. Kafiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda. *Soc Sci Med*.
7. Pesec M, Ratcliffe HL, Karlage A, Hirschhorn LR, Gawande A, Bitton A. Primary health care that works: the costa rican experience. *Health Aff (Millwood)*.
8. Morrison J, Tamang S, Mesko N, Osrin D, Shrestha B, Manandhar M, et al. Women's health groups to improve perinatal care in rural Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*.
9. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*.
10. INEGI comunicado de prensa núm. 592/21 28 de octubre de 2021.
11. WHO's annual World Health Statistics reports 2021, Monitoring Health from the SDGs, publicado en <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
12. Hannah Ritchie and Max Roser (2018) - "Causes of Death". Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: '<https://ourworldindata.org/causes-of-death>' [Online Resource]
13. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724
14. Murray CJ, Abbafati C, Abbas, KM, Abbasi M, Abbasi-Kangevari, M, Abd-Allah F, et al. Five insights from the global burden of disease study 2019. *The Lancet*, 2020; 396: 1135-1159.
15. Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al & INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet* 2004; 364: 937-952.

16. Safety Net Medical Home Initiative. Quality Improvement Strategy Pt 1 Implementation Guide: Tools to Make and Measure Improvement. 2013. <http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/Implementation-Guide-QI-Strategy-1.pdf>
17. Wambugu S, Villella C. mHealth for Health Information Systems in Low- and Middle-Income Countries: Challenges and Opportunities in Data Quality, Privacy, and Security. 2016.
18. Safety Net Medical Home Initiative. Engaged Leadership Implementation Guide: Strategies for Guiding PCMH Transformation. 2013. <http://www.safetynetmedicalhome.org/sites/default/files/Implementation-Guide-Engaged-Leadership.pdf>
19. Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implement Sci* [Internet]. <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0510-7>
20. USAID/MEASURE. Easing the Data Collection Burden on Healthcare Providers by Strengthening Health Information Systems. 2017; Available from: https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-211_en
21. Goel S, Bhatnagar N, Sharma D, Singh A. Bridging the Human Resource Gap in Primary Health Care Delivery Systems of Developing Countries With mHealth: Narrative Literature Review. *JMIR mHealth uHealth*. 2013 Dec;1(2):e25.
22. Matta-Machado ATG, de Lima ÂMLD, de Abreu DMX, Araújo LL, Sobrinho DF, Araújo ÉLS, et al. Is the Use of Information and Communication Technology Associated With Aspects of Women's Primary Health Care in Brazil? <http://insights.ovid.com/crossref?an=00004479-201704001-00006>
23. Mutale W, Chintu N, Amoroso C, Awoonor-Williams K, Phillips J, Baynes C, et al. Improving health information systems for decision making across five sub-Saharan African countries: Implementation strategies from the African Health Initiative. *BMC Health Serv Res* [Internet]. <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-S2-S9>
24. Encuesta Nacional de Salud 2012 <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadoSNacionales2Ed.pdf>
25. Encuesta Nacional de Salud 2018 https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
26. Cortés-Meda A, Ponciano-Rodríguez G. Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México. *Boletín sobre Covid*, 2021; 9(2): 17.
27. Bascolo, E., Houghton, N., Del Riego, A., & Fitzgerald, J. A renewed framework for the essential public health functions in the Americas. *Rev. Panamericana de Salud Publica*, 2020: 44:1-8

28. Paquete Técnico Hearts de las Américas <https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-paquete-tecnico>
29. Declaración de Astaná. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



**Dirección de Educación Continua de Recursos Humanos de Salud
Dirección de Profesionalización de Recursos Humanos de Salud
Dirección de Investigación Educativa
Coordinación de Formación y Capacitación del Personal de Salud
Unidad de la Coordinación Nacional Médica
Instituto de Salud para el Bienestar**