



Cuarto Semestre

Modelos de Atención y Redes de Servicio

31152420
32152420

Unidad 1

Modelo basado en los principios básicos de la Atención Primaria a la Salud

Programa desarrollado





Contenido

1.1 Antecedentes de modelos de atención	2
1.2 Elementos Básicos de los Modelos de Atención en Salud	4
1.2.1 Principios del Modelo de APS según la Organización Mundial de la Salud OMS	10
1.2.2 Elementos básicos que sustentan el Modelo de APS según la OMS	11
1.3 Acceso universal.....	15
1.4 Equidad en salud	18
1.5 Redes de atención en servicios de salud.....	20
1.5.1 Redes de atención de Salud, RASs	27
1.5.2 Fundamento de las redes de atención según la Organización Mundial de la Salud, 2013	28
1.6 Enfoque intersectorial de la salud	29
Cierre de unidad	32
Fuentes de consulta	33



1.1 Antecedentes de modelos de atención

Desde hace algunos años, en nuestro país se han logrado avances significativos en materia de salud, sobre todo en cuanto a la cobertura universal. Existen reformas constitucionales como la de 1943 (IMSS y SSA), la de 1959 (ISSSTE), la de 1983, la de descentralización de los servicios que cumple ya más de 30 años y la reforma a Ley General de Salud del 2003. Esta última da origen a lo que hoy conocemos como Sistema de Protección Social en Salud, (Seguro Popular).

El Instituto Nacional de Salud Pública citado en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) de 2015 menciona que “En el año 2012 y después de nueve años de implantación de la reforma, México ha alcanzado un hito en la cobertura universal. Para el mes de abril del presente año, 52.6 millones de mexicanos que antes no contaban con seguro de salud se incorporaron al SPSS y se alcanzó la asignación presupuestaria para la cobertura universal. Sin duda, el asegurar el acceso efectivo de la población a servicios de salud de calidad homogénea es uno de los aciertos y objetivos de cualquier gobierno pues permitirá atender las desigualdades y los rezagos en salud que existen” (SSA, 2015a).

Asimismo, el Banco Interamericano de Desarrollo citado en el MAIS (2015) señala que en el marco de la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS), el Sistema Nacional de Salud se enfrenta a dos grandes desafíos que obstaculizan el progreso hacia sistemas de salud basados en APS: la segmentación del sistema de salud y la fragmentación de los servicios de salud. Entendemos por segmentación la coexistencia de subsistemas que cubren diversos segmentos de la población según su capacidad de pago y régimen laboral, generalmente. Los sistemas segmentados se caracterizan por la existencia de múltiples esquemas de financiamiento y aseguramiento donde coexisten uno o varios subsistemas públicos (financiamiento del gobierno central o local) y diversos financiadores y aseguradores privados que compiten al interior del sector salud. La fragmentación, según el documento de arranque del Modelo de Atención Integral de Salud 2016, define a la coexistencia en “varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial” Estos esquemas de financiamiento generan a su vez organizaciones de provisión de servicios de salud fragmentados, sin coordinación, que prestan paralelamente servicios de salud a los segmentos poblacionales definidos por los financiadores (SSA, 2015).

El Modelo de Atención Integral de Salud es entonces un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las redes de atención de salud, articulando de forma singular las relaciones entre la población y sus subpoblaciones estratificadas por riesgos, los focos de las intervenciones del sistema de atención de salud y los diferentes tipos de intervenciones sanitarias, definido en función de la visión predominante de salud, de la



situación demográfica y epidemiológica y de los determinantes sociales de la salud vigentes en determinado tiempo y en determinada sociedad.

Dentro del camino que favorezca a la creación del Sistema Nacional de Salud Universal con un modelo de atención que garantice a todo mexicano la protección a la salud, independientemente de su condición social o laboral, el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud, se requiere del diseño, desarrollo, implementación e institucionalización de un Modelo de Atención Integral de Salud, enfocado a contribuir a la homogenización de los servicios y las prácticas del Sector Salud, así como, optimizar los recursos y la infraestructura en salud, esto significa entender el Modelo como un factor de fortalecimiento de la Función Rectora del Sistema que reafirma que el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de servicios son responsabilidades compartidas entre diversos actores; pero el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, la regulación y la conducción del sistema, constituyen responsabilidades exclusivas de la autoridad sanitaria competente.

A continuación se muestra el modelo de atención integral en salud.

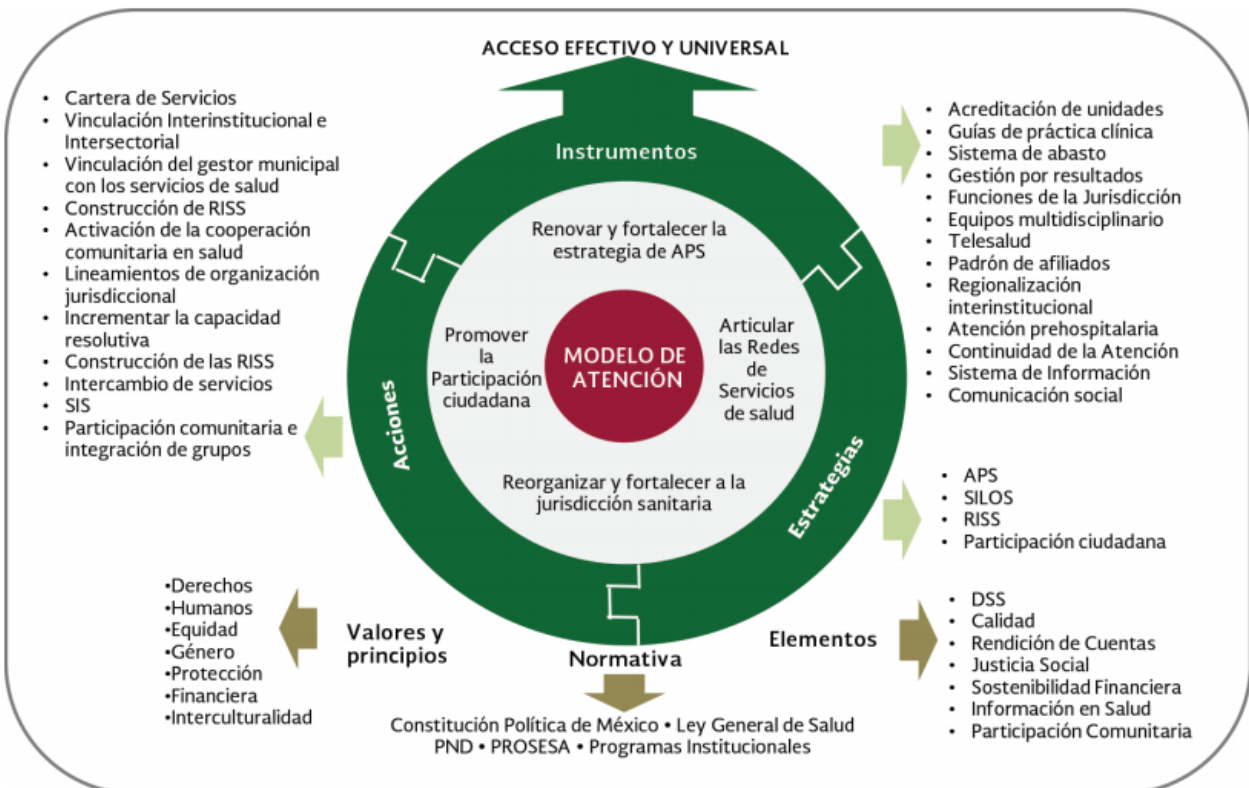


Figura 1. Modelo de atención en salud: Esquema del Marco Conceptual del MAI. SSA, 2015.



Sin duda, es importante reconocer que el marco normativo en México ha venido adaptando y fortaleciendo las acciones que favorecen la salud pública. De esta forma, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos define a la protección de la salud como un derecho a partir del año 1983, y como parte de las reformas se adiciona el siguiente párrafo al Artículo 4: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. Por lo tanto el objetivo principal es el otorgar y garantizar a la población el recibir atención médica y/o servicios de salud, acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos financieros”.

1.2 Elementos Básicos de los Modelos de Atención en Salud

En el 2012 la OPS/OMS decidieron crear un COT (*Cross Organizational Team*) para acordar una definición única, conceptual y operativa, sobre modelo de atención orientado por los principios de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que sirva para integrar el trabajo programático de la organización, al igual que para armonizar y facilitar la cooperación técnica de la OPS/OMS con los países de la región en el tema.

A continuación podrás observar algunos conceptos de los modelos de atención en salud.

“Un modelo de atención es la descripción esquemática de la forma en que se organizan los recursos en el sistema de salud, niveles de atención, perfil de competencias, etc. También se refiere al tipo y la combinación de los servicios que se ofrecen generalmente en un país, una región, o un sistema, tal como el paquete de servicios básicos de un país dado” (OMS/OPS. s.f.).

La visión estratégica del modelo de atención está basada en los valores y principios de la renovación de la APS. Estos valores y principios que son esenciales para la transformación de los sistemas de salud, buscando un “enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema” (OMS/OPS. 210). Sin lugar a dudas esta visión permitirá establecer acciones que permitan ampliar establecer estrategias oportunas y funcionales para así contribuir a solucionar las problemáticas existentes dentro del modelo de atención en salud.

“Un modelo de atención a la salud... es una construcción teórica que oficia como un sistema organizado de prácticas en el sector salud, capaz de ser replicado y que cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación” (Doménech, 2007).

Trascendental la capacidad resolutoria del estado para poder realizar las funciones y estrategias pertinentes para obtener prácticas organizadas dentro del sector capaces de consolidar el esfuerzo que se genera desde la responsabilidad marcada del propio estado



mexicano. Además de la conceptualización de los modelos de atención parte fundamental para su comprensión es el reconocimiento de sus valores:

De esta manera, Vilaca (citado en OMS/OPS. s.f.) menciona que:

“El modelo de atención de salud es un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las redes de atención de salud, articulando de forma singular las relaciones entre la población y sus subpoblaciones estratificadas por riesgos, los focos de las intervenciones del sistema de atención de salud y los diferentes tipos de intervenciones sanitarias, definido en función de la visión predominante de salud, de la situación demográfica y epidemiológica y de los determinantes sociales de la salud, vigentes en determinado tiempo y en determinada sociedad”.

En sí, el accionar de cualquier modelo de salud parte de la profundidad articulada y de la responsabilidad de los diferentes órdenes de gobierno que a través de sus respectivas competencias, interaccionan para provocar una cascada de soluciones a favor de nuestra población.

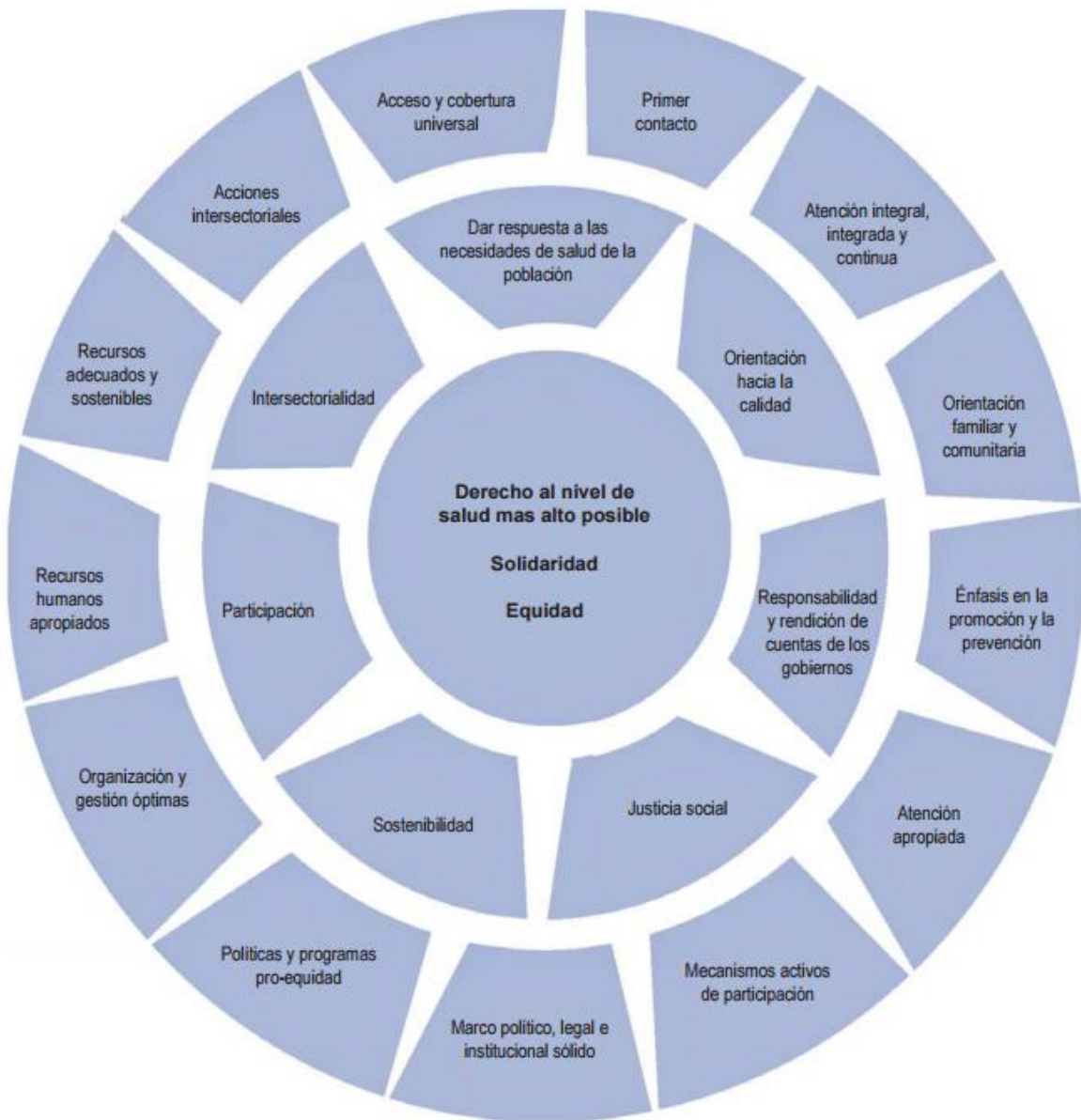


Figura 2. Valores, principios y elementos básicos de un modelo de salud basado en la APS. (OMS/OPS. 210).

El modelo de atención en salud se pensó para reestructurar el propio sistema, por lo tanto se realizó una reestructura que se caviló en renovar y refrescar el accionar del mismo con la intención de poder contribuir con la disminución de la carga sanitaria, impactando directamente en la población, garantizando con ello un ejercicio pleno de la salud pública y por ende, el incrementando el nivel de vida en las Américas. Por lo anterior, se elaboró un estudio en particular sobre la mortalidad en los países de Latinoamérica, intentando



con ello obtener información de múltiples variables para estructurar eficientemente el modelo mencionado garantizando su fundamento y consolidando su ejercicio.

El documento original de posicionamiento del Modelo de la OPS sobre la Renovación de la Atención Primaria a la Salud se elaboró considerando información y diversos estudios en Brasil y Costa Rica, de tal forma que los resultados de dicha prueba mencionan lo siguiente:

“Se sustenta en una amplia revisión bibliográfica, que demuestra que los sistemas de salud con una fuerte orientación hacia la APS alcanzan resultados mejores y más equitativos, son más eficientes y producen un nivel más alto de satisfacción para los usuarios. En la Región de las Américas, la experiencia de Costa Rica mostró que la reforma basada en la APS mejoró los resultados sanitarios y la equidad: cinco años después de la reforma de 1995, la mortalidad infantil cayó 13%, independientemente de las mejoras en otros determinantes sociales de salud. (4,5). En Brasil, las evidencias demuestran que la extensión de la cobertura del Programa de Salud de la Familia (PSF) fue uno de los factores más importante para la reducción de la mortalidad infantil. Un estudio realizado en Brasil demostró que un aumento de 10% en la cobertura del PSF fue responsable por una disminución de 4,6% en la mortalidad infantil”.

Este mismo estudio se realizó en cada uno de los países de América, en México no fue la excepción y los datos obtenidos por medio del análisis de la información fueron detonadores para poder implementar de acuerdo a la OMS, el modelo de APS. La mortalidad general en el periodo 1990-2011 fue la siguiente:



MORTALIDAD GENERAL, 1990-2011

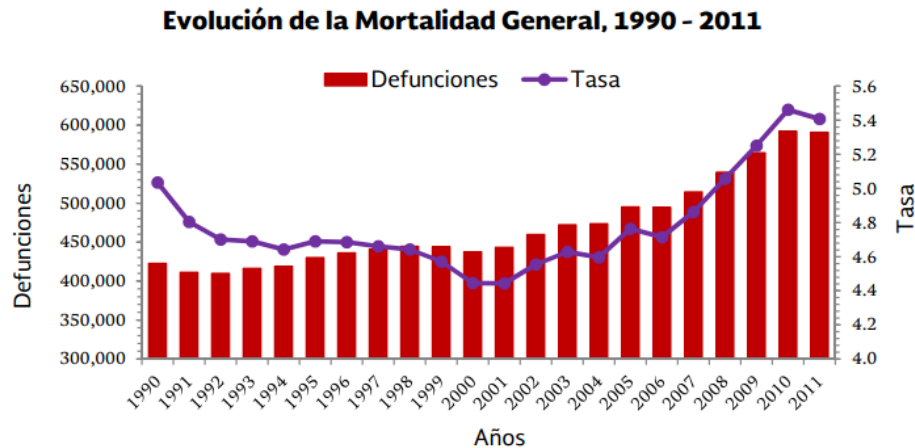


Figura 3. Mortalidad general. (Propiedad del INEGI 2011).

En México (INEGI, 2011) ocurren alrededor de 450 mil defunciones al año en promedio, aunque el número absoluto de las defunciones se incrementó de 422,803 en 1990 a 590,693 en 2011. Es de hacer notar que de 1990 al 2007 se nota una tendencia a la baja con tasas de 5.0 a 4.9 por 1000 habitantes respectivamente y que a partir del 2008 se nota una tendencia a incrementar con una tasa de 5.4 por 1000 habitantes para el 2011 (SSA, 2015b).

Si observamos detenidamente la tasa de mortalidad a través del tiempo ha modificado su porcentaje por diversas variables sociodemográficas. Entre las principales, el incremento en la población adulta, los accidentes, las muertes por violencia, inclusive las enfermedades crónicas y degenerativas que si bien se han podido sobrellevar, no implica o garantiza que en algún momento en el tiempo nuestra población termine por ceder ante dicha enfermedad.

Es importante señalar que la variación en las tasas dentro de los estados de la República Mexicana considera las mismas inconstantes y múltiples factores epidemiológicos asociados a la enfermedad como la pobreza, a la solución activa de los problemas en salud y a la definitiva y creciente necesidad de empoderar a nuestra población intentando garantizar con ello dar respuesta en conjunto y no ceder exclusivamente la responsabilidad del Estado que día a día se encuentra sumergido en un letargo económico para poder sobrellevar la estructura financiera que soporta el actuar del modelo en cuestión.



ANO	DEF.	TASA*
1990	422,803	5.0
1991	411,131	4.8
1992	409,814	4.7
1993	416,335	4.7
1994	419,074	4.6
1995	430,278	4.7
1996	436,321	4.7
1997	440,437	4.7
1998	444,665	4.6
1999	443,950	4.6
2000	437,667	4.4
2001	443,127	4.4
2002	459,687	4.6
2003	472,140	4.6
2004	473,417	4.6
2005	495,240	4.8
2006	494,471	4.7
2007	514,420	4.9
2008	539,530	5.1
2009	564,673	5.3
2010	592,018	5.5
2011	590,693	5.4

Figura 4. Base de Datos de Defunciones 1979-2012. Sistema Nacional de Información en Salud. Tasa por 1000 habitantes. (Propiedad de la Dirección General de Información en Salud).

ENTIDAD FEDERATIVA	DEF.	TASA*
Estados Unidos Mexicanos	590,693	5.4
Aguascalientes	4,934	4.2
Baja California	14,922	4.5
Baja California Sur	2,602	4.4
Campeche	3,736	4.6
Coahuila	14,640	5.5
Colima	3,514	5.7
Chiapas	21,199	4.6
Chihuahua	24,121	7.0
Distrito Federal	54,629	6.2
Durango	9,274	5.9
Guanajuato	26,550	5.2
Guerrero	17,841	5.7
Hidalgo	13,150	5.4
Jalisco	40,328	5.7
México	69,384	4.6
Michoacán	24,083	6.1
Morelos	9,653	5.7
Nayarit	6,089	6.3
Nuevo León	23,913	5.2
Oaxaca	20,919	5.9
Puebla	31,244	5.4
Querétaro	7,853	4.4
Quintana Roo	4,409	3.1
San Luis Potosí	13,004	5.2
Sinaloa	15,669	5.9
Sonora	14,752	5.8
Tabasco	10,715	5.2
Tamaulipas	16,880	5.2
Tlaxcala	5,471	4.7
Veracruz	45,417	6.2
Yucatán	10,763	5.5
Zacatecas	7,988	5.8
Extranjero	1,047	-

Figura 5. Base de Datos de Defunciones 1979-2012. Sistema Nacional de Información en Salud. Tasa por 1000 habitantes. (Propiedad de la Dirección General de Información en Salud).

Tasa de Mortalidad por Entidad Federativa, 2011



Figura 6. Dirección General de Información en Salud. Base de Datos de Defunciones 1979-2012. Sistema Nacional de Información en Salud. Tasa por 1000 habitantes.



Ahora bien, para planear cada una de las acciones de los modelos y principalmente de la atención en los servicios, se debe abordar, como se mencionó con anterioridad, un análisis que precisamente permite observar a través de un diagnóstico la problemática existente en el área de la salud y el contexto que la envuelve.

Se observa un planteamiento que mejore los servicios y que por medio de la generación de recursos destinados a mitigar los problemas de salud de la población, el incremento en los recursos humanos y las capacidades que de ellos emanen para contribuir con la salud del pueblo. Surge además la necesidad de adaptar y refrescar al sistema anteponiendo un modelo basado acertadamente en la atención primaria a la salud. En otras palabras, el análisis en sí, permite identificar qué aspectos son importantes para la elaboración de un modelo de atención intentando con ello garantizar que dichas acciones permitan solventar la necesidad de salud existente.

1.2.1 Principios del Modelo de APS según la Organización Mundial de la Salud OMS

Uno de los principios más importante de los modelos de atención en salud es sin duda proporcionar las respuestas necesarias las múltiples necesidades de salud existentes en la población. Esta parte significa que los sistemas de salud necesitan concentrar los esfuerzos en las personas a las cuales se deben y que de tal modo de alguna u otra forma se intente satisfacer su necesidad de la manera amplia y entera posible. Esto supone que la APS debe atender las necesidades de la población de forma integral y basarse en la evidencia.

Recordemos que los servicios de salud que se encuentren encaminados a la calidad, son todos aquellos que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anteponerse a ellas y de tratar a todas las personas por igual y por igual nos referimos a tratarlas con plena dignidad y respeto. Al mismo tiempo y no menos importante que el anterior, el poder brindar un mayor grado de seguridad para intervenir y dar respuesta a sus problemas, contribuirá en definitiva evitando cualquier daño a su salud. Por supuesto, cumplir con este requisito indispensable requiere de proporcionar a los profesionales de la salud de múltiples conocimientos fundamentados en la evidencia y de los instrumentos necesarios para su capacitación constante y continua, garantizando con ello afrontar la problemática desde el punto de vista del recurso humano y que favorece a la atención primaria a la salud.

La responsabilidad y rendición de cuentas de cada uno de los gobiernos nos permitirá realizar de manera segura que los derechos sociales se garanticen y apliquen, y que los ciudadanos estén protegidos ante cualquier acción que pueda llegar a ser perjudicial para



él o su familia. Este principio se aplica a todas las funciones del sistema de salud, independientemente del tipo de proveedor (ya sea público, privado o sin fines de lucro).

La justicia social implica que las acciones del gobierno, en particular, debieran ser evaluadas por el grado en que aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, especialmente de los más vulnerables.

La sostenibilidad del sistema de salud exige de planificación estratégica y compromiso a largo plazo. Un sistema de salud basado en la APS debiera considerarse como el vehículo principal para invertir en la salud de la población.

La participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas.

1.2.2 Elementos básicos que sustentan el Modelo de APS según la OMS

Los elementos básicos del Modelo de Atención en Salud van encaminados a fortalecer la parte de instrumentación que brindará servicio a la población.

A continuación se mencionan los elementos básicos que permitirán en conjunto, abordar la Atención Primaria en Salud (APS) considerando a su vez los determinantes en salud existentes.

- I. La infraestructura con la que cuentan los servicios de salud para otorgar servicios de salud de calidad y calidez a los usuarios.
- II. Entre las acciones que conlleva la infraestructura, se encuentra la acreditación de unidades.
- III. Realización de guías de práctica clínica.
- IV. Abastecer oportunamente a los centros de salud, hospitales de segundo y tercer nivel.
- V. Delimitar las funciones jurisdiccionales para incrementar la calidad del servicio otorgado.
- VI. Trabajar con un equipo multidisciplinario en el área para obtener padrones de salud efectivos y otorgar servicios prehospitalarios de primera calidad.
- VII. Responder continuamente a los servicios y por lo tanto contar con un sistema de información acertada, capacitación al equipo de salubristas y en conjunto renovar y fortalecer la estrategia para la atención primaria en salud.



Otro elemento es el que tiene que ver con las APS y la forma de incrementar la calidad de los servicios que se otorgan son las estrategias, estas son fundamentales para conseguir los objetivos que se han propuesto. En este sentido, existen dos estrategias fundamentales dentro del modelo de las APS en el país las cuales se describe a continuación:

Una estrategia se encuentra dirigida a fortalecer la atención primaria a la salud en cuanto a su importancia como pilar generador de salud pública.

La segunda estrategia se encuentra encaminada a fortalecer todos aquellos sistemas locales de salud, conocidos también como SILOS. Una tercera estrategia se ha diseñado para fortalecer el régimen de incorporación a la seguridad social por sus siglas RISS, que a su vez se encuentra diseñada para contribuir en el fomento y participación ciudadana para que se incorpore a dicha estrategia.

Para conseguir solventar las necesidades de salud pública por medio de las estrategias *antes mencionadas*, existen ciertos elementos que también influyen para conseguir los objetivos. El primero elemento que se ve inmerso en la población en general es el de los determinantes en salud. Estos desempeñan un papel fundamental en el avance de la población en la búsqueda de salud pues son las condiciones en la cual la gente nace, crece, vive, trabaja, envejece y que reflejan su posición en la jerarquía social (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

Consecuentemente, los servicios de salud tienen la función de “mejorar la salud de la población pues precisamente es a quien sirven; responder a las expectativas de los usuarios; proporcionar protección financiera en situaciones de enfermedad. Según esta lógica, los objetivos de un sistema de salud son: la provisión de servicios; la gobernanza; la generación de recursos; el financiamiento”(OMS, 2000).

Por lo anterior, se han considerado diversos determinantes en salud, en particular los **determinantes sociales**, pues son los que han tenido mayor influencia para que el pueblo pueda desarrollarse con menor o mayor facilidad. A continuación se replantea la importancia de realizar un análisis considerando dichos determinantes de la salud.



Determinantes sociales



Figura 7. El ABC de los Determinantes Sociales de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.

Le siguen los determinantes intermedios como lo son factores biológicos y del comportamiento, circunstancias socio-ambientales o psicosociales, circunstancias materiales y el propio sistema de salud.

Desde esta perspectiva, la participación social es fundamental para el desarrollo, pues se entiende como los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones, o diferentes sectores, intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una sólida alianza, para diseñar, poner en práctica y evaluar soluciones (Sanabria Ramos G. Participación Social y comunitaria. Reflexiones. Rev. Cub. Salud Pública. 2001; 27(2): 89-95.)

Desde el contexto socio-económico y político, observamos cuatro determinantes que influyen directamente en la salud de la población. El primero es el de gobernanza, el segundo de políticas macroeconómicas, el tercero sobre políticas sociales y públicas y el cuarto los valores culturales y sociales.



Figura 8. El ABC de los Determinantes Sociales de la Salud. (Propiedad del Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

Entendemos que los determinantes en salud influyen estrictamente en el modelo de atención. En este sentido, un sistema de salud basado en la atención primaria a la salud es un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema (OMS/OPS, 2007).

La visión del Modelo de Sistema de Atención Primaria a la Salud, según la OPS, se caracteriza en cuanto a **valores** por anteponer la salud como un derecho con equidad y solidaridad.

- El primer valor tiene relación con la forma en que se gobierna, es decir la manera en qué, ya que como es bien conocido, existen múltiples actores que son liderados por un órgano rector.
- El segundo valor se encuentra relacionado en cuanto al financiamiento. El sistema se encuentra basado en el acceso y cobertura universal, además de la protección social a la salud. La parte medular se encuentra en definitiva, amparada por el recurso con el que se dispone para ejecutar las acciones.



- El tercer valor se encuentra asociado a la provisión de servicios, el sistema de atención primaria se basa en la salud integral, continua e integrada y además centrada en las personas, incluyendo la atención socio-sanitaria.
- El cuarto y último valor se encuentra asociado a la generación de recursos, (de todo tipo) ya que existe un amplio rango de competencias y profesionales, uso apropiado y equitativo de la tecnología, y en cuanto al enfoque, se centra en las comunidades, familias y personas. Este valor es indispensable para el logro de los objetivos planteados.

Asimismo, es importante señalar que en el documento de arranque del modelo de atención integral de salud menciona que el modelo es una expresión de múltiples elementos y relaciones que tienen su lugar en la realidad, en la que confluyen todas las funciones de los sistemas de salud, cuya complejidad solo puede concebirse desde una perspectiva integradora, por eso, se conceptualiza desde la función rectora y la misma, se fortalece con su implantación.



Figura 9. Atributos del Primer Nivel de Atención y su relación con la APS, (OMS, 2012).

1.3 Acceso universal

En cuanto al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud debemos considerar algunas implicaciones para intentar garantizar a cada miembro de la población, el acceso a los servicios de salud sin discriminación alguna y con características de oportunidad, calidad así como considerar que sean eficaces y asequibles.

El estado debe garantizar aun y con las dificultades financieras existentes, la disminución de los factores de riesgo y la situación de vulnerabilidad.



Para garantizar el acceso universal de salud es necesario e indispensable contar con elementos que faciliten la prestación de los servicios. El primer elemento es el de la gobernanza que permite fortalecer la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, garantizar el derecho a la salud, el fortalecimiento de la Salud Pública y considerar el enfoque de determinantes de la salud.

Otro aspecto trascendental es el de financiamiento, pues es necesario que se considere el manejo del sistema y de cada uno de sus componentes, que son:

1. Prestación de los servicios de salud, que involucra el Modelo de Atención centrado en las Personas y las Redes Integradas de Servicios de Salud.
2. Generación de recursos, que se centra tanto en los recursos humanos para el adecuado funcionamiento a través de la capacidad de los mismos, así como en los insumos como los son medicamentos además de las tecnologías sanitarias que faciliten la labor diagnóstica.

A continuación se señala una serie de básicos para garantizar el acceso universal y cobertura universal en salud:

Tabla 1. Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal (OMS/OPS, s.f.).

Requisitos
Sistema de salud fortalecido
Política de protección social en salud
Amplia participación social
Férrea voluntad política
Gobernanza
Organización de los servicios de salud
Recursos humanos
Financiamiento de la salud
Sistemas de información
Acceso a medicamentos y a tecnologías

Los nuevos modelos de organización según la (OMS/OPS, s.f.) tendrán un enfoque en las necesidades de la población y en la capacidad de respuesta para brindar apoyo y solventar necesidades. Además trabajarán de manera coordinada e integrada.



Además tendrán un sistema de información que vinculen a proveedores, usuarios, reguladores y financiadores que informarán sobre costos, calidad resultados y satisfacción de los usuarios.

Asimismo se ofrecerán incentivos financieros y una estructura organizacional alineada para el logro de los objetivos. Además serán capaces de mejorar continuamente tanto la calidad como los cuidados que se presten dentro de los servicios que provee y por último, será capaz de construir alianzas estratégicas para lograr los objetivos.

De esta manera, la Organización Panamericana para la Salud (OPS) se suma al esfuerzo que realiza la OMS y propone cuatro estrategias para lograr el acceso universal a la salud y cobertura universal en salud:

- a) Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
- b) Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
- c) Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
- d) Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal (OMS/OPS, 2016).

Para conseguir los objetivos a través de las cuatro estrategias, es necesario vencer los obstáculos que interfieren entre los cuales están:

- Barreras de acceso y grupos excluidos, cambios en las necesidades.
- Modelos de atención y redes de servicios ineficientes que no logran responder adecuadamente a las necesidades actuales, con un primer nivel de atención de escasa capacidad resolutive y gestión.
- Segmentación y fragmentación en los sistemas y servicios de salud.
- Déficit del financiamiento en salud y/o ineficiencias.
- Debilidad de la rectoría y gobernanza de la autoridad de salud para hacer frente a los nuevos retos, incluyendo la participación social e intersectorial.
- Resultados de salud por debajo de las expectativas, en algunos casos inaceptables, aumento de costos e ineficiencias, y retos para la sostenibilidad de los sistemas (OMS/OPS, 2013).

Para conocer acerca de la cobertura universal en salud en México, consulta el siguiente material:



Marie, F., González, E., Gómez, O., García, D., Arreola, O., Barraza, M., Z.Z.Z. Frenk, J. (2013, abril-marzo). Hacia la cobertura universal en salud: Protección social para todos en México. 55 (2), 207-235. *Salud pública de México*. Disponible en:

1.4 Equidad en salud

Recuerda que *“la equidad busca establecer la justicia en condiciones de desigualdad y de vulnerabilidad. La equidad se refiere a que: el acceso a la atención de salud, a los ambientes saludables y el trato en el sistema de salud tienen que ser de acuerdo a las condiciones y necesidades particulares de cada persona o grupo”* (SSA, 2015a).

La equidad de manera ideal, permite que todos tengan una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y que por lo tanto ningún ser humano, debe de encontrarse vulnerable o desfavorecido para conseguir el objetivo planteado.

De esta forma se puede afirmar que la equidad “es una piedra angular de los valores sociales: la forma en que una sociedad trata a sus miembros menos favorecidos refleja el valor que confiere a la vida humana, ya sea de manera explícita o implícita. Al hacer de la equidad uno de los valores centrales de un sistema de salud basado en la Atención Primaria a la Salud APS, se busca que las políticas y los programas de salud sean pro-equitativos. La razón de ser de esta postura no es solamente el logro de una mayor eficiencia, costo–efectividad o calidad, sino más bien que, en una sociedad justa, la equidad debiera considerarse un imperativo moral y una obligación legal y social.” (OMS/OPS, 2007).

Uno de los temas de gran importancia en la actualidad es la equidad de género en referencia a la salud.

El género es una traducción del vocablo inglés *gender*. Parte de las supuestas diferencias biológicas entre los sexos, así como las desigualdades entre los roles que se asignan a hombres y mujeres en función del contexto socioeconómico, histórico, político, cultural y religioso de las diferentes sociedades en las que viven esos hombres y mujeres (TFCA, 2014).



SEXO NO CAMBIA	GÉNERO PUEDE CAMBIAR
SÓLO LOS HOMBRES TIENEN ESPERMATOZOIDES.	LAS MUJERES PUEDEN PARTICIPAR EN LA POLÍTICA Y SER DIRIGENTES.
SÓLO LAS MUJERES PUEDEN GESTAR, ES DECIR, ESTAR EMBARAZADAS.	LOS HOMBRES PUEDEN HACER LAS TAREAS DE LA CASA.
SÓLO LAS MUJERES PUEDEN AMAMANTAR (DAR PECHO) A UN BEBÉ.	TANTO EL PADRE COMO LA MADRE PUEDEN DARLE BIBERÓN A UN BEBÉ.

Figura 10. Género y sexo no son iguales. (Propiedad del TFCA, 2014).

La perspectiva de género nos permite replantearnos la visión androcéntrica (visión centrada en las necesidades y el estatus de los hombres) de las estructuras sociales: los conceptos elaborados para analizar el conjunto de la vida social dejan en la oscuridad a las mujeres, ignoradas o implícitamente consideradas como subordinadas, marginales.

Esto permite dejar de manifiesto la voluntad de conseguir la igualdad real entre hombres y mujeres, dicha igualdad, por lo tanto, debe traducirse en igualdad de derechos y oportunidades en materia de salud considerando la estructura de atención primaria a la salud.

En este sentido, la equidad de género es parte importante para ofrecer servicios de salud que permitan brindar a las mujeres y a los hombres las mismas oportunidades, condiciones, y formas de trato, sin dejar a un lado las particularidades de cada uno de ellos, que permitan y garanticen el acceso a los derechos que tienen como ciudadanos según el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por ello, en un concepto más amplio, se alude a la necesidad de acabar con la desigualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres.

Aquí nos podríamos preguntar cuál es el problema. El problema es que las diferencias de trato y de oportunidades van en contra de los derechos humanos e históricamente han afectado más a las mujeres en razón de su sexo.

Ejemplo de problemas sociales que se pueden desencadenar relacionados con el modelo de salud

- a) La violencia familiar.
- b) La discriminación por edad, estado civil o embarazo para obtener un empleo.
- c) Un número menor de mujeres con puestos de decisión.
- d) Los feminicidios.



- e) El hostigamiento sexual en el transporte público.
- f) La prostitución de mujeres y niñas.

De esta forma, es importante proponer cambios en la organización y estructura de las instituciones de salud para elaborar y realizar acciones que contribuyan a concientizar a las mujeres de la importancia de conocer y ejercer sus derechos en materia de salud.

Otro aspecto importante en relación a la equidad de género y el sistema de salud, es el análisis del comportamiento epidemiológico de enfermedades y su distribución, comprendiendo y priorizando acciones de acuerdo a las necesidades destacadas en salud.

En este sentido, el análisis de género es importante para comprender los factores que determinan las diferencias de exposición a riesgos y vulnerabilidad de mujeres y hombres ante diversas enfermedades desde lo biológico, psicológico y social-, y sus implicaciones con la política y las acciones de salud pública en términos de prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida, en condiciones de igualdad para las y los ciudadanos como lo menciona también el documento de arranque del modelo integral de salud (MIA).

Sin dudar en un solo momento de los derechos humanos y en aspirar a tener un mejor nivel de salud que nos permita obtener un incremento en el nivel de vida, no cabe en ningún momento la discriminación a las mujeres. Las mujeres discriminadas son más propensas a ser blanco de la enfermedad, por ese motivo la equidad e igualdad en el actuar del sistema intentando debe generar bienestar apegado al modelo de APS.

1.5 Redes de atención en servicios de salud

En 1978 y tras la declaración de Alma Ata sobre la promoción de la salud, el modelo existente de Redes de la Secretaría de Salud buscó por medio de la Dirección General de Planeación y Desarrollo, crear acciones, estrategias y mecanismos que permitan la utilización de tecnología de punta para disminuir la problemática en salud pública. La participación tanto de los gobiernos y pueblos para llegar a este fin en común es sumamente indispensable para actuar en favorecer a la sociedad en general.

Observando el grado de complejidad que pudiera existir en conjunto, se considera debidamente la planificación de las acciones, la organización de los puntos que se deben considerar, la funcionalidad y el control del entorno dentro del nivel de atención primaria para así incrementar la calidad y por lo tanto desarrollar la función en su máximo dominio priorizando a las personas con mayor necesidad y vulnerabilidad en salud.



De igual forma, se planteó la exigencia de autorresponsabilidad y participación del individuo-comunicad en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud, para poder obtener los mejores resultados de los recursos locales y nacionales, así como los sistemas integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados (SSA, 2016).

Dadas las condiciones para favorecer a una red que proporcione servicios de atención a la salud, la integración de las acciones para garantizar a la sociedad un conjunto de establecimientos que puedan llevarle salud de calidad se ven reflejadas en la red MIDAS.

La Red MIDAS es básicamente un componente central para la ejecución de acciones en salud que favorezcan la población por medio de acciones a diferentes niveles de complejidad, proporcionando la atención necesaria y expectativas de curación y atención de la población.

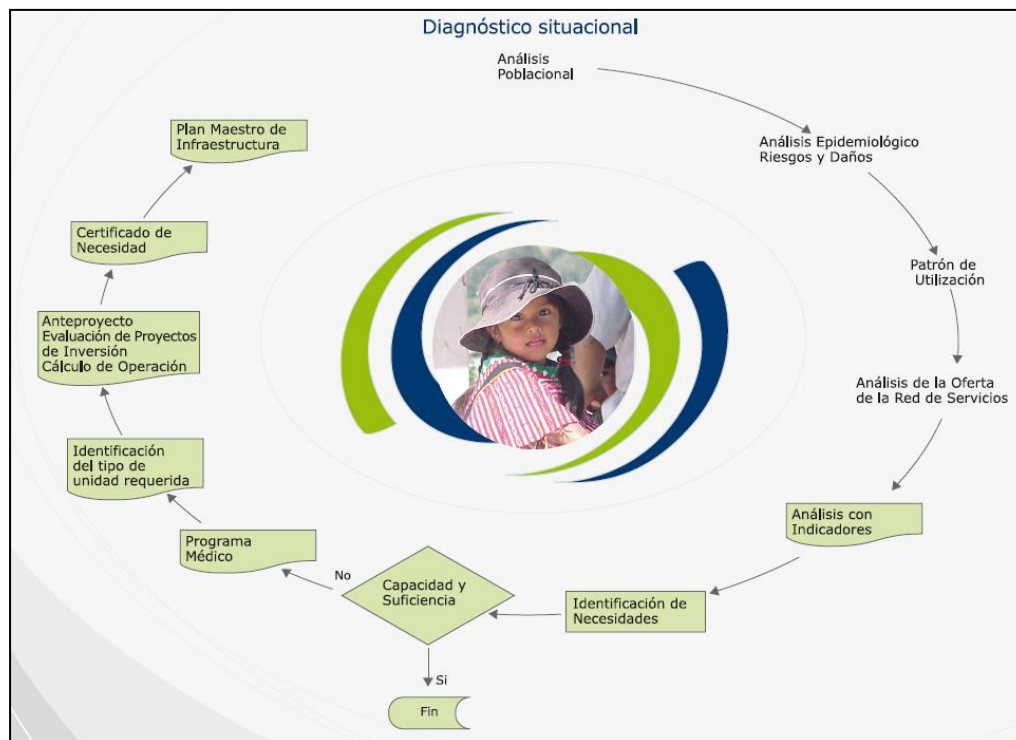


Figura 11. Diagnóstico Situacional para justificar las acciones del Modelo Integrador de Atención a la Salud. (Propiedad de la Secretaría de Salud, 2006).



¿Quién integra las redes?

1. Casas de Salud.
2. Centro de Salud.
3. Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA).
4. Hospital de la Comunidad.
5. Hospital de la Comunidad con módulo de medicina tradicional.
6. Unidad de Especialidades Médicas (UNEME).
7. Hospital General.
8. Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE).
9. Hospital de Especialidades.
10. Institutos Nacionales de Salud.



Figura 12. Diagnóstico Situacional para justificar las acciones del Modelo Integrador de Atención a la Salud. (Flickr, 2013).

En una estrategia de planeación holística, las redes de atención en salud emplean el modelo de Interrelación de unidades, que consiste en fijar como objetivos primarios la suma de necesidades de la población, adecuando esas necesidades en diferentes dimensiones de un plano, cuya base la constituye la red en cuestión. El primer plano está definido por la información sobre la composición de la población y las tendencias de crecimiento, así como el análisis de los programas de desarrollo regional, estatal y



municipal. Sigue el análisis de la disponibilidad de infraestructura y equipamiento urbano, en especial vías de comunicación y transportes, condiciones de accesibilidad de los usuarios a las unidades de atención en términos de isócronas. Para este fin, se tomará en cuenta lo siguiente:

- I. Prevalencia.
- II. Incidencia.
- III. Mortalidad.
- IV. Egresos hospitalarios.
- V. Demandas no satisfechas.



Figura 13. Diagnóstico Situacional para justificar las acciones del Modelo Integrador de Atención a la Salud. (Pixabay, 2015).

De esta forma, se busca “construir la interrelación con otras unidades, fundamentalmente desde las casas de salud, que junto con los centros de salud y los hospitales de la comunidad deben de resolver entre el 60 % y 80 % de la demanda. Esta red deberá prever la accesibilidad y las necesidades de la población, incluyendo todas aquellas cuestiones relacionadas con sus usos y costumbres, de tal forma que se logre el mayor contacto posible. Para cumplir con esta finalidad, deberán analizarse cada uno de los establecimientos médicos ya existentes y considerar, de acuerdo al prediagnóstico realizado, el total de necesidades de la población, así como las modificaciones que habrán de requerirse ya sea de equipamiento, inmobiliarias de recursos financieros y humanos para valorar su operación, dentro del modelo teórico propuesto, a efecto de determinar los parámetros de calidad, cobertura, accesibilidad y capacidad resolutoria de



los servicios, mismos que habrán de ser suficientemente amplios, como para cubrir las necesidades actuales y a futuro de las poblaciones a atender. En caso de no satisfacer las necesidades, a partir de la red propuesta, será necesaria la incorporación de nuevos establecimientos, que por sus características permitan garantizar la calidad, oportunidad y cobertura de las demandas de la población en este renglón” (SSA, 2006).

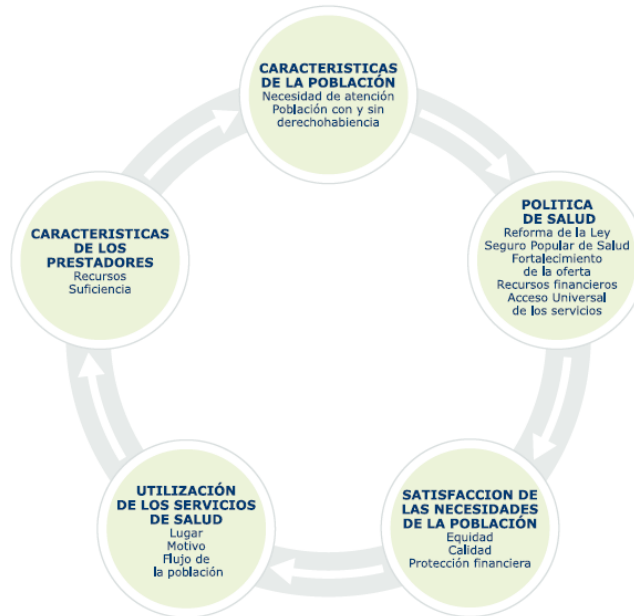


Figura 7. Proceso de Planeación Estratégica Participativa. (Propiedad de la Secretaría de Salud, 2006).

Asimismo, los indicadores de planeación dentro de las redes de atención en servicios de salud permiten establecer parámetros para realizar la medición de las variables dentro del contexto.

Los indicadores son variables que intentan medir en forma cuantitativa o cualitativa, fenómenos o sucesos colectivos lo que permite establecer programas o acciones y evaluar su impacto. La Organización Mundial de la Salud los ha definido como “Variables que sirven para medir los cambios”.

Los indicadores de planeación de infraestructura en salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente las modificaciones que se requieren en la materia y pretenden aportar los elementos de juicio para determinar el recurso ideal necesario para responder a la demanda de salud para atender a la población. En la práctica, los indicadores disponibles no son tan perfectos y constituyen una aproximación de una situación real. Un buen indicador debe de tener como base para su construcción información con las siguientes características:



- a) Disponibilidad. Los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo.
- b) Simplicidad. El indicador debe ser de fácil elaboración.
- c) Validez. Deben tener la capacidad de medir con precisión el fenómeno que se analiza.
- d) Especificidad. Debe medir verdaderamente la evaluación de una situación y no reflejar características que pertenezcan a otro fenómeno paralelo, de no ser así, su valor es limitado.
- e) Confiabilidad. Los datos utilizados para la construcción del indicador deben ser fidedignos.
- f) Sensibilidad. El indicador debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones de salud aún en áreas con distintas particularidades.

Los indicadores que se presentan son el marco de referencia a considerar en la planeación de unidades médicas, éstos dan lugar a la certificación de una necesidad y no constituyen una normatividad obligatoria a nivel nacional. Sin embargo, deben ser revisados periódicamente para que sean vigentes y deben ajustarse a las condiciones particulares de cada lugar o región.

Los criterios para establecer o utilizar los indicadores de infraestructura en salud, deben considerarse los siguientes puntos:

- a) Análisis poblacional y análisis del entorno, particularmente.
- b) Pirámide poblacional y su proyección a 20 años.
- c) Perfil epidemiológico y tendencias.
- d) Infraestructura de salud existente en la región.
- e) Redes de servicios de salud.
- f) Características particulares de la región y vías y medios de comunicación.
- g) Productividad de las unidades médicas en operación.



Procedimiento metodológico

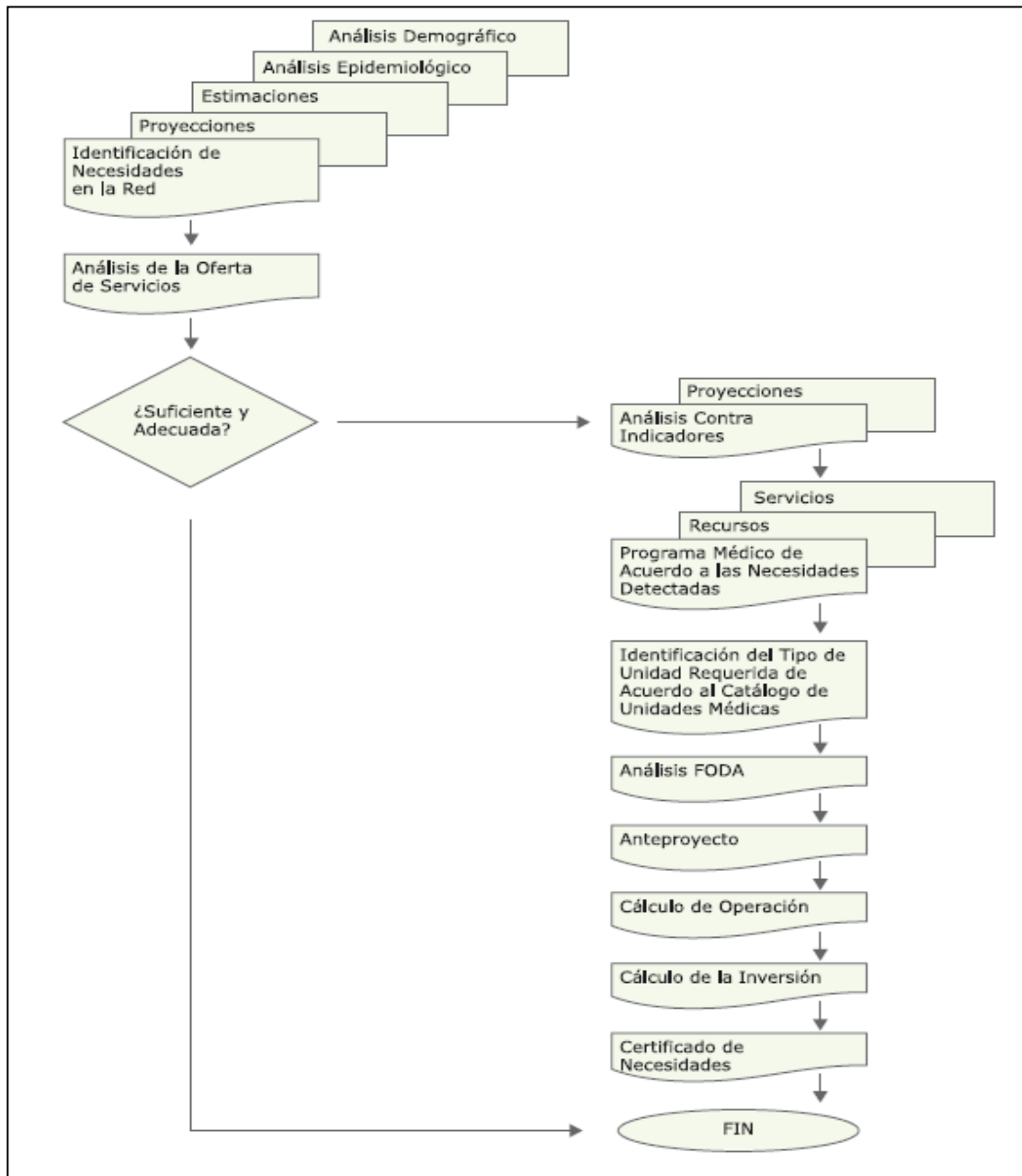


Figura 85. Procedimiento Metodológico MIDAS. (Propiedad de la Secretaría de Salud, 2006)

Es importante señalar que las MIDAS son la base para la creación de las redes en salud, estas redes de cierta manera, forman lazos que articulan la relación y comunicación entre los servicios de salud.



1.5.1 Redes de atención de Salud, RASs

Los sistemas y, por lo tanto, las redes de servicio para organizarse y dar atención a las enfermedades agudas y crónicas que son en nuestro país una de las causas de enfermedad más común (SSA, 2015), se ven en la necesidad de ampliar estas acciones y por lo tanto, los sistemas de atención pueden presentarse, socialmente o en un continuo, nos referimos a que la atención puede realizarse fragmentada hasta integrada. Esta depende de la capacidad de respuesta de la red, inclusive de la capacidad de cada una de las entidades que brindan dicho servicio.

En este sentido, existen dos maneras de analizar los sistemas de atención de salud; los sistemas de fragmentación y los sistemas integrados; los sistemas fragmentados tienden a centrarse principalmente en la atención de las condiciones y eventos agudos, mientras que los sistemas integrados tienden a actuar, equilibradamente, sobre las condiciones agudas y crónicas.

Los sistemas fragmentados de atención de salud, fuertemente hegemónicos, son aquellos que se organizan a través de un conjunto de puntos de atención de salud, aislados e incomunicados entre sí y que por lo tanto son incapaces de proporcionar una atención continuada a la población. En ellos, la atención primaria de salud no se comunica fluidamente con la atención secundaria de salud y estos dos niveles también no están articulados con la atención terciaria de salud, ni con los sistemas de apoyo, ni con los sistemas logísticos. A diferencia de los sistemas integrados de atención de salud, las Redes de Atención en Salud (RASs) son las que se organizan a través de un conjunto coordinado de puntos de atención de salud para proporcionar una asistencia continuada e integral a una población definida. Además de la organización por componentes aislados o por una red integrada lo que caracteriza más fuertemente los nombres de fragmentación y de redes de atención de salud esas formas alternativas de organización de los sistemas de atención de salud presentan otras diferencias considerables, dada por los fundamentos teórico conceptuales que las sustentan.

En cada uno de los países de América, los sistemas de salud se encuentran de cierta forma fragmentados pues existe desde hace ya muchos años una estructura que brinda los servicios con modelos ya sea obsoleto o incompleto para garantizar la atención a la salud de la población.

Como ejemplo, existen países como Brasil, Perú, Argentina, Ecuador y México que han abordado tanto el modelo como la necesidad de dar solución a la brevedad a los problemas de salud pública exigiéndose la aplicación de las estrategias propuestas por la OMS y la OPS rompiendo barreras para consolidar y garantizar los servicios que se otorgan.



Las redes de atención en salud se mueven en una relación dialéctica entre factores contextuales (como el envejecimiento de la población, transición epidemiológica y avances científicos y tecnológicos) y los factores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estructura organizacional y estilo de liderazgo y gestión). Los factores contextuales son externos al sistema y a las redes de atención en salud y se modifican a un ritmo más rápido que los factores internos (dentro de los servicios de salud) que están bajo la gobernabilidad sectorial. Esto hace que los sistemas de atención de salud no tengan la capacidad de adaptarse a tiempo a los cambios contextuales, especialmente demográficos y epidemiológicos. Con esto podemos comprender que los movimientos en salud a nivel global y en particular en el caso de las Américas, no son ejecutables de cierto modo y por igual a cada uno de los países en donde la reacción, la planeación, la ejecución y los controles entre otros, originan que la respuesta no sea la misma para brindar apoyo en tiempo a cada sistema de salud por medio de las redes.

En nuestro país reside la crisis universal de los sistemas de atención de salud y fue creado pensando en condiciones y eventos de otro momento de la historia. Asimismo no se tenía conocimiento de las epidemias contemporáneas y de las enfermedades crónicas. Como consecuencia, tenemos una situación de salud del siglo XXI siendo respondida por un sistema de atención de salud desarrollado en el siglo XX, cuando predominaban las condiciones agudas, además de carecer de redes de atención en salud, situación que genera la necesidad de actualización.

1.5.2 Fundamento de las redes de atención según la Organización Mundial de la Salud, 2013

Las RASs, como otras formas de producción económica, pueden ser organizadas en modelos productivos híbridos que combinan la concentración de ciertos servicios con la dispersión de otros. Generalmente, los servicios de menor densidad tecnológica como los de APS deben ser dispersos; al contrario de los servicios de mayor densidad tecnológica, como hospitales, unidades de procesamiento de exámenes de patología clínica, equipamientos de imagen etc., que tienden a ser concentrados (Valaca, 2011).

El modo de organizar las RASs define la singularidad de sus procesos descentralizadores frente a otros sectores sociales. Los servicios de salud se estructuran en una red de puntos de atención de salud, compuesta por equipamientos de diferentes densidades tecnológicas que deben ser distribuidos, espacialmente, de forma óptima.



Para que la organización de las RASs, sea realizada de forma efectiva, eficiente y con calidad, tiene que estructurarse con base en los siguientes fundamentos: economía de escala, disponibilidad de recursos, calidad y acceso; integración horizontal y vertical; procesos de sustitución; territorios sanitarios y niveles de atención.

De esta manera, las redes de atención en salud se conciben de acuerdo a dos características, su concepto y el nivel de atención al que están dirigidas.

El concepto de redes de atención en salud

El concepto de red ha sido desarrollado en diversos campos como la sociología, la psicología social, la administración y la tecnología de información. Para Castells (2000), las redes son nuevas formas de organización social del Estado o de la sociedad, intensivas en tecnología de información y basadas en la cooperación entre unidades dotadas de autonomía. Diferentes conceptos coinciden en elementos comunes de las redes: relaciones relativamente estables, autonomía, inexistencia de jerarquía, existencia de objetivos comunes, cooperación, confianza, interdependencia e intercambio constante y duradero de recursos.

Los niveles de atención en salud

Otro concepto fundamental en la construcción de las redes de atención de salud es el de nivel de atención de salud. Los niveles de atención de salud se estructuran en modelos productivos conformados de acuerdo con las densidades tecnológicas singulares, variando del nivel de menor densidad, la APS, al de densidad tecnológica intermediaria, la atención secundaria de salud, hasta el de mayor densidad tecnológica, la atención terciaria de salud. Los niveles de atención de salud son fundamentales para el uso racional de los recursos y para establecer el foco de gestión de los entes de gobernanza de las RASs. En la práctica social, al construir las RASs, hay que combinar los territorios sanitarios con los niveles de atención de salud.

1.6 Enfoque intersectorial de la salud

La misión, sin duda alguna dentro del enfoque intersectorial de salud, es un aspecto detonador para poder realizar la integración al interior y al exterior del modelo y así poder rendir cuentas de las acciones que favorecen a la salud pública.

La función articuladora del sistema y los roles integradores que desempeña se presentan en la imagen que a continuación se muestra. Esta función fue tomada del modelo integrador.

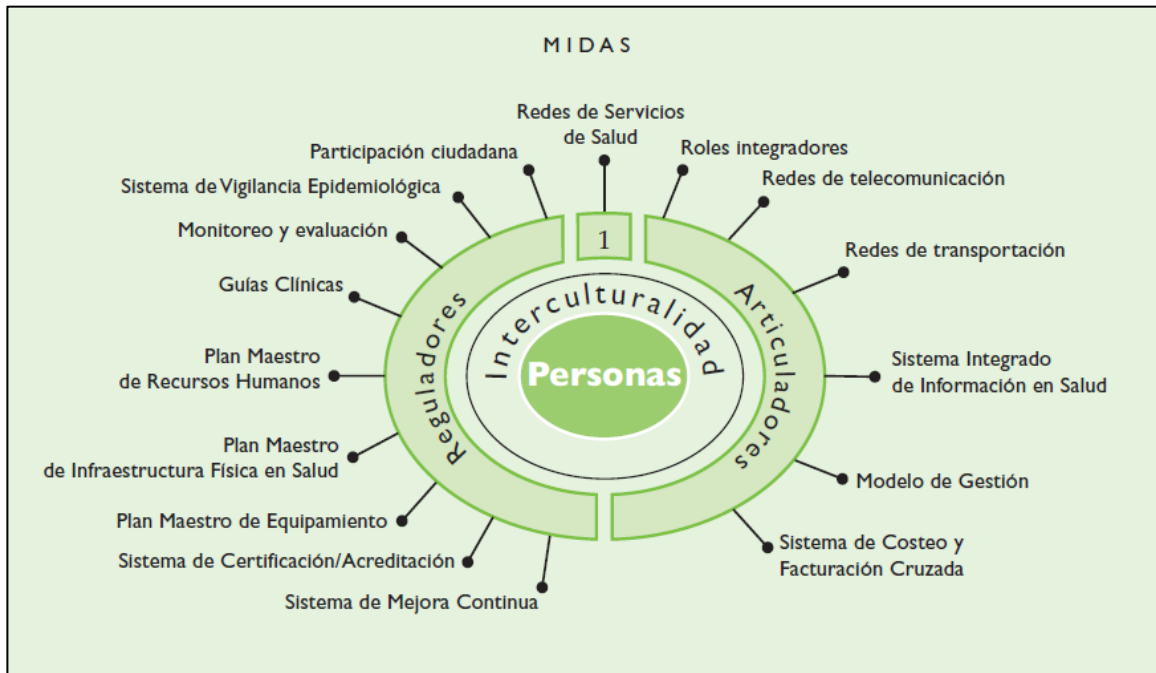


Figura 96. Articulación del Enfoque Intersectorial, (Propiedad de la Secretaría de Salud, Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS. Secretaría de Salud 2006).

Las redes de servicios de salud son un componente fundamental en el modelo y son elementos articuladores y reguladores que permiten y facilitan que esas redes funcionen

En el modelo, la interculturalidad se encuentra presente a través de todos los componentes, lo cual permite orientar las acciones de atención de la manera más pertinente a las necesidades y expectativas de las personas. Los elementos articuladores permiten vincular los componentes del sistema; los reguladores, aseguran que el sistema funcione bien (SSA-MIDAS 2006).

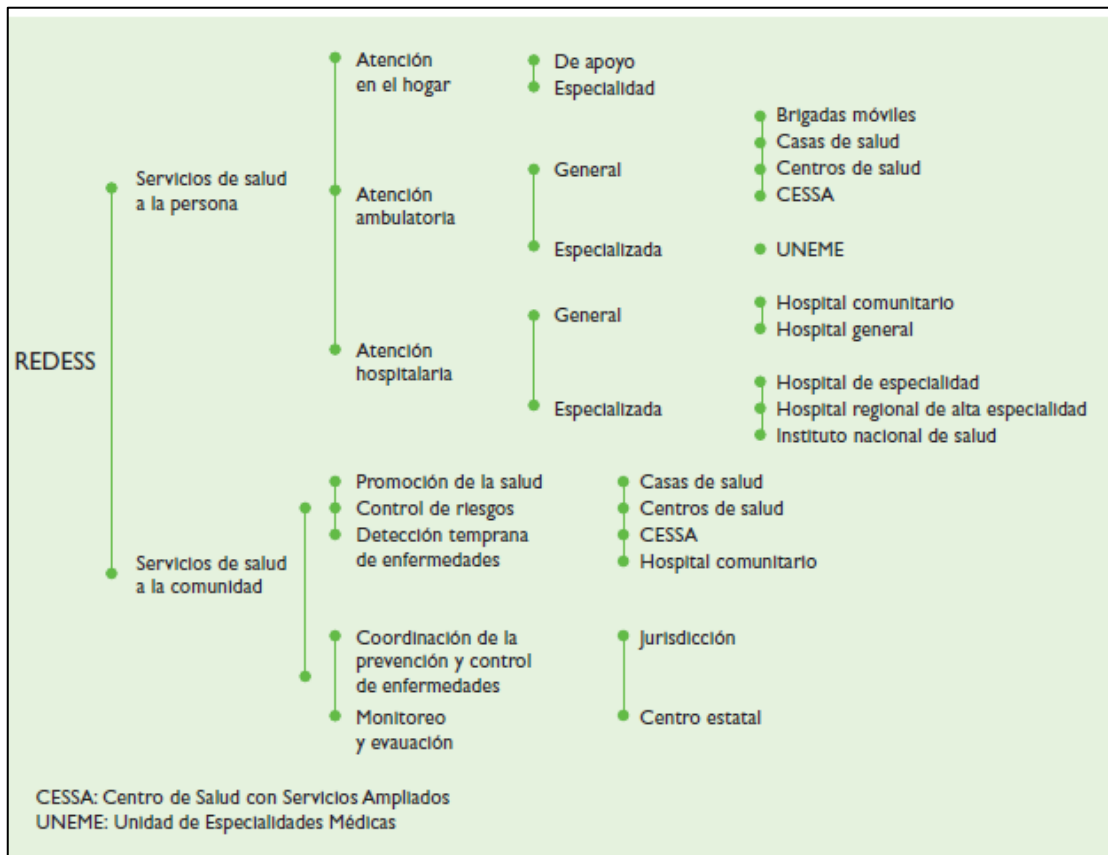


Figura 17. Proceso de Planeación Estratégica Participativa. (Propiedad de la Secretaría de Salud, MIDAS, 2006).

La colaboración intersectorial es representada por cada una de los sectores que se entrelazan en beneficio mutuo. El sector salud y sus “aliados” se disponen a correlacionarse entre sí, intentando resolver las necesidades del entorno y principalmente el de la población a la cual se debe. Es importante a la vez que las actividades que se realicen en conjunto se encuentren debidamente reguladas jurídicamente y en cooperación laboral para justificar cada uno de los elementos que se ponen en juego.



Las redes de servicios, la cooperación, la voluntad política, la preparación previa, la participación de la ciudadanía para “echar mano” de los recursos que se le brindan, serán trascendentales para conseguir los objetivos del modelo.

Es necesario construir un marco regulatorio que nos permita observar y evaluar los avances de las acciones que se llevan a cabo para incrementar los niveles de salud por medio de mediciones observables.

Fuentes de consulta

Doménech, D. (2007). *Modelo de atención integral a la salud: Aporte desde la práctica de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria*. Recuperado de:

<http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/monografias/MonografiaModAtenInt.PDF>

Secretaría de Salud. (2006). *Modelo Integrador de Atención a la Salud*. (Segunda edición) Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/323766857/MIDAS-pdf>

Secretaría de Salud (2006). *Planeación de Unidades Médicas: Modelo Integrador de Atención*. Recuperado de:

<http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/PlaneacionUnidadesMedicas.pdf>

Secretaría de Salud. (2015a). *Modelo de Atención Integral en Salud (MAI): Documento de arranque*. Recuperado de:

<http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/83268/ModeloAtencionIntegral.pdf>

Secretaría de Salud. (2015b). *Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2011*. Recuperado de:

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/mortalidad/PEEMortalidad_VE2011.pdf

Secretaría de Salud. (2016). *Redes de servicios de salud*. Recuperado de:

<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/redes-de-servicios-de-salud?state=published>

Organización Mundial de la Salud. *Informe Sobre la Salud en el Mundo. (2000) Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*. Recuperado de:

http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud, Organización panamericana de la salud. (2007). *La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Recuperado de:

http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/renovacion_aps_americas.pdf



Organización Mundial de la Salud, Organización panamericana de la salud. (2010) *La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas: Redes integradas de servicios de salud*. Recuperado de:
http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=307

Organización Mundial de la Salud, Organización panamericana de la salud. (2013). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud: Hacia el consenso en la Región de las Américas*. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27442&lang=es

Organización Mundial de la Salud, Organización panamericana de la salud. (2016). *La OPS/OMS México hace un llamado para avanzar hacia la Salud Universal en el II Foro Latinoamericano de Salud*. Recuperado de:
http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1132:la-opsoms-mexico-hace-un-llamado-para-avanzar-hacia-la-salud-universal-en-el-ii-foro-latinoamericano-de-salud&Itemid=499

Organización Mundial de la Salud, Organización panamericana de la salud. (s.f.). *Definiciones de modelo de atención*. Recuperado de: http://www.paho.org/cot-modelo-atencion/?page_id=26&page=5

Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje. *Conceptos básicos sobre igualdad de género*. Recuperado de: <http://www.tfca.gob.mx/es/TFCA/cbEG>

Vilaca, E. (2011). *Las redes de atención de salud*. Brasil: Organización Panamericana de la Salud.

Fuente de imágenes y tablas

Figura 1. Modelo de Atención en Salud, MAI. Secretaría de Salud, 2015.

Figura 2. Valores, principios y elementos básicos de un modelo de salud basado en la APS. Recuperada de:

http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=307

Figura 3. Mortalidad General, INEGI 2011.

Figura 4. Dirección General de Información en Salud. Base de Datos de Defunciones 1979-2012. Sistema Nacional de Información en Salud. Tasa por 1000 habitantes.

Figura 5. Dirección General de Información en Salud. Base de Datos de Defunciones 1979-2012. Sistema Nacional de Información en Salud. Tasa por 1000 habitantes.



Figura 6. Dirección General de Información en Salud. Base de Datos de Defunciones 1979-2012. Sistema Nacional de Información en Salud. Tasa por 1000 habitantes.

Figura 7. El ABC de los determinantes sociales de la salud. (INSP, 2011)

Figura 8. El ABC de los Determinantes Sociales de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, 2011.

Figura 9. Atributos del Primer Nivel de Atención y su relación con la APS (OMS, 2012).

Figura 10. Género y sexo no son iguales. (TFCA, 2014)

Figura 11. Diagnóstico Situacional para justificar las acciones del Modelo Integrador de Atención a la Salud. Recuperado de Flickr 2016.

Figura.13 Diagnóstico Situacional para justificar las acciones. Recuperado de Pixabay, 2016.

Figura 14 Proceso de Planeación Estratégica Participativa, (SSA, 2006).

Figura.15 Diagnóstico Situacional para justificar las acciones del Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS (2006).

Figura.16 Proceso de Planeación Estratégica Participativa. Modelo Integrador de Atención a la Salud, MIDAS (2006).

Figura 17 Articulación del Enfoque Intersectorial, MIDAS (2006).