



Gobierno del
Estado de México



Gobierno que trabaja y logra
enGRANDE

issemym

Modelo de Gestión de Servicios de Salud



Gobierno del Estado de México

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Av. Miguel Hidalgo poniente, no. 600,
col. La Merced, Toluca, Estado de México.
C.P. 50080.

Diseño y producción:
Coordinación de Servicios de Salud
Unidad de Comunicación Social.

Impreso en México.

La reproducción total o parcial de este documento
podrá efectuarse mediante autorización expresa
de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

Autorización del Consejo Editorial de la Administración Pública Estatal
CE: 203/01/01/13

www.edomexico.gob.mx/issemym

Reconocimientos

El Issemym ha sido desde sus inicios una Institución de gran envergadura que ha sabido traducirse en grandes realizaciones a lo largo de 43 años. Mantener esa grandeza frente a los retos que plantea una realidad cambiante exige acciones específicas, sistematizadas y con participación ciudadana; requiere, por un lado, la clara dirección institucional y, por el otro, un gran equipo de trabajo. Tal equipo existe en el Instituto y ha hecho posible rediseñar, integrar e iniciar las acciones que permitirán realizar las propuestas del Plan de Desarrollo del Estado de México 2011-2017.

Nuestro reconocimiento por el esfuerzo realizado a todas y cada una de las personas que han hecho posible conjugar las experiencias pasadas y presentes con una visión de futuro, que hoy permiten definir en el documento denominado *Modelo de Gestión de Servicios de Salud* una respuesta ante los principales desafíos en la materia. Todo ello no hubiera sido posible sin el apoyo explícito del Director General, Licenciado Ricardo Treviño Chapa, así como de sus antecesores. Para todos, un gran reconocimiento.

Durante el proceso de trabajo se contó con la colaboración de directores, subdirectores y jefes de departamento y sus equipos de trabajo, enlaces regionales y responsables de diferentes áreas de la Coordinación de Servicios de Salud. Además de la relevante participación de directores y subdirectores de los hospitales de alta especialidad y de los hospitales regionales, quienes lideran la estrategia de Gestión Hospitalaria Centrada en el Derechohabiente y su Familia (GEHOCEDYF), así como de los directores de unidades médicas de primer nivel, quienes con su formación académica y gran experiencia nos mostraron parte del camino para lograr el encuentro entre la teoría y la práctica de la salud.

A todos, les agradeceremos hacer extensivo a sus equipos de trabajo nuestro reconocimiento por su compromiso y esfuerzo para avanzar en la construcción de un Sistema de Salud Issemym de alta calidad más eficiente, y sobre todo más humano.

Javier Lozano Herrera
Dulce Ma. Armendáriz Zamudio

Editores

Javier Lozano Herrera
Coordinador de Servicios de Salud

Dulce Ma. Armendáriz Zamudio
Asesora de la Coordinación

Agradecimientos

Las siguientes personas realizaron aportaciones sin las cuales este trabajo no se hubiera podido realizar. A todos ellos nuestro más sincero reconocimiento.

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Dr. Ricardo Acuña Estrada | LAF. Ignacio Leyva Hernández |
| Dr. Juan Mario Álvarez Vilchis | Dr. Gilberto López Espinoza |
| Dr. Andrés Blanco Salazar | Dra. Teresa Márquez Cabrera |
| Dr. Gustavo Barrera Echeverry | Mtra. Gloria Martínez Zepeda |
| Dr. José Luis Barrera Franco | Dr. Raymundo Méndez Sánchez |
| Lic. Mercedes Barrientos Barba | Lic. Martha Mejía Márquez |
| Dr. Eduardo Brea Andrés | Arq. Petra Olivares Lugo |
| Dra. Faviola Calderón Estrada | Enf. Ana Delia Olivos Vargas |
| Dr. Hugo A Carmona Sánchez | Dra. Ma. Teresa Ortega Espinoza |
| QFB. Berenice Crosby Castrejón | Dra. Mónica Pérez Santín |
| Mtra. Ma. Teresa Chávez Rodríguez | Dr. Javier Rebollo Vargas |
| Mtro. Iván Chávez Flores | Mtra. Sandra América Rodríguez Peña |
| CP. Ana Virginia Estrada Pérez | Dra. Alma Edith Severiano Sánchez |
| Dra. Mara Y Gómora Culberth | Dr. José Luis Téllez Becerra |
| Lic. José Antonio Gutiérrez Gómez | Dra. Dulce Torres Mejía |
| CP. Salomón Hernández Aguilar | Dra. Beatriz Valle Bárcena |
| Dra. Angélica Jaimes Núñez | Dr. Felipe Velázquez Canchola |
| Dr. Antonio Jaymez Núñez | Dr. Juan Carlos Villanueva Rangel |
| Mtra. Ana Lilia Jiménez Valdez | |

Presentación

Una respuesta a un gran desafío

Un sistema de salud eficiente debe tratar no solamente padecimientos y enfermedades, sino que debe constituir un instrumento de prevención y detección oportuna, que fomente estilos de vida saludables

Plan de Desarrollo del Estado de México 2012-2017

Quizás el pedido más razonable que se le puede hacer a un sistema de salud es que su desempeño se mantenga por encima del mínimo exigible y que haga sus mejores esfuerzos por acercarse a lo máximo imaginable.

Esto que parece tan fácil de enunciar es, en el terreno, muy difícil de lograr, porque tanto lo exigible como lo imaginable están profundamente enraizados en la realidad social y la cultura y van cambiando constantemente.

En materia de lo exigible, los valores de la democracia política —fundada en la igualdad, la solidaridad social y la protección de los derechos humanos—parecen en constante conflicto con los de la economía, empeñada en seguir los dictados del mercado, que parecen resumirse en la ya muy gastada frase: “recibes en la medida de lo que pagas”.

Un sistema de salud no puede apearse exclusivamente ni a una ni a la otra de estas posturas. Su búsqueda de una posición compatible que sea, a la vez, socialmente responsable y respetuosa de las limitaciones impuestas por los recursos definidos por la economía, representa una indagación constante en las expectativas que la sociedad en su conjunto considera legítimas.

Satisfacer estas expectativas en el campo de los servicios efectivos de salud significa alimentar una serie de valores que van definiendo el servicio. Sensibilidad, capacidad de respuesta, solidaridad, igualdad de acceso, respeto, son algunos de los valores tradicionales de este tipo de servicios; pero los tiempos económicos y los avances científicos que se viven han generado otros que también van cobrando importancia, como seguridad, calidad, eficiencia, conocimientos de avanzada, prevención, y otros.

Incorporar estos nuevos valores sin perjudicar a los ya establecidos, mencionados en primer término, representa un desafío fundamental para cualquier sistema de salud. La manera en que enfrenta ese desafío, y los resultados que logra —lo más por encima posible del mínimo exigible y lo más cerca posible del máximo imaginable—constituyen rasgos distintivos de una institución y fundamentos para que la sociedad la reconozca y la valore.

El Issemym se reconoce como una Institución que ha mantenido un lugar en la consideración de sus derechohabientes. A pesar de las limitaciones definidas por una realidad económica global que ya ha impuesto su cultura de rigor, ha sabido sostener y mejorar los servicios de salud respondiendo a la demanda de atención.

Pero los componentes de la situación no dejan de evolucionar: hay más derechohabientes, las ciencias de la salud aportan cada vez más adelantos que se traducen en nuevas expectativas, y la economía sigue imponiendo restricciones.

La relación está cambiando en los hechos y exige que se modifique también el acuerdo que formaliza la vinculación entre Institución y derechohabientes.

Esta modificación está expresada en el nuevo *Modelo de Gestión de Servicios de Salud 2011*, que se presenta en este documento, y que representa la codificación de las recientes realidades de los servicios de salud, y el instrumento mediante el cual se procura responder a las nuevas condiciones, señalando lo relevante que ya se había alcanzado en el pasado.

Tratando de resumir, estas nuevas realidades se pueden expresar en cinco grandes áreas fundamentales:

La primera se refiere a la multiplicación y consolidación definitiva de las prácticas preventivas, que se extenderán a todos los niveles de atención del Sistema de Salud Issemym, que permitirá transitar de la atención sobre demanda a casos de enfermedad, hacia la oferta de servicios que promuevan mejores condiciones de salud.

La segunda, al replanteo de la atención médica curativa y fragmentada centrada en el paciente, se amplía hasta constituir los servicios de salud integrales con enfoque familiar, estrategia que se alinea con los señalamientos del *Plan de Desarrollo del Estado de México 2012-2017*.

La tercera focaliza un problema central de la atención a la salud: ésta no puede ser una relación unilateral. Institución y derechohabiente son corresponsables de la salud, y así deben asumirlo.

La cuarta tiene que ver con la mejoría constante, guiada y supervisada, para garantizar servicios más humanos, seguros para el paciente y de alta calidad; establece procesos e indicadores, y fomenta un espíritu que siempre tiende a la superación.

Y, por último —y surgiendo de la misma cultura de la salud—se plantea la necesidad de fortalecer la gestión de los servicios sustentada en información oportuna técnico-financiera, y se desarrollen mecanismos de comunicación omnidireccional y coordinación en todos los ámbitos estructurales y niveles de atención, así como liderazgos capaces de dar respuesta a los desafíos planteados.

En pocas palabras, se establece un esquema de atención a la salud que recupera al ser humano que hay en cada derechohabiente y en cada miembro del equipo de salud. Así corresponsabilidad, trato digno, respeto, poder de decisión, son todos rasgos del ser humano libre y responsable. El Modelo se propone realzarlos y aprovecharlos para

crear una nueva relación más rica, más interactiva y más valiosa para ambas partes.

Los principios e instrumentos establecidos en el Modelo forman una base a partir de la cual se enriquecen las posibilidades de atención que la Institución brinda a sus derechohabientes, permitiendo un mayor acercamiento al ideal que se describió como el “máximo imaginable”. También abre la puerta a la ampliación de la cobertura, en busca de la meta tan ansiada de la universalización de los servicios de salud y de la seguridad social.

Ricardo Treviño Chapa
Director General

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| Reconocimientos | 5 |
| Presentación | 9 |
| Introducción | 17 |
| Capítulo I. | |
| Hasta dónde hemos llegado | 23 |
| La situación en el Estado de México | 24 |
| Primer antecedente de la importancia de la atención familiar | 25 |
| Rasgos que orientaron el nuevo paradigma | 26 |
| El complejo tránsito de lo cuantitativo a lo cualitativo. | 27 |
| Las fuentes fundamentales: Misión y Visión | 28 |
| Valores esenciales | 29 |
| Capítulo II. | |
| La respuesta del nuevo paradigma | 35 |
| El Modelo de Gestión de Servicios de Salud | 35 |
| Estructura del Modelo | 39 |
| Componentes del Modelo | 42 |
| Componente 1. Planeación de los Servicios de Salud | 43 |
| Componente 2. Corresponsabilidad Institucional y del Derechohabiente y su Familia | 45 |
| Componente 3. Sistema de Servicios de Salud Integrales y de Calidad con enfoque Familiar SSS/ICEF | 49 |
| Acciones del Enfoque Familiar en el primer nivel de atención. | 51 |
| Acciones del Enfoque Familiar en el segundo y tercer nivel de atención. | 51 |
| Componente 4. Planes Maestros de Recursos Humanos, Enseñanza e Investigación, Infraestructura, Equipamiento e Insumos para la Salud | 54 |
| Componente 5. Gestión e Información para la Toma de Decisiones | 57 |
| Componente 6. Supervisión y Evaluación Integral | 59 |
| Organización del Modelo de Gestión | 62 |
| Procesos de la Coordinación de Servicios de Salud | 64 |
| Regionalización de Servicios de Salud | 66 |
| Funcionamiento del Sistema de Servicios de Salud Integral y de Calidad con Enfoque Familiar (SSSICEF) | 72 |
| Congruencia entre la práctica diaria en los servicios y el escritorio | 75 |
| Capítulo III. | |
| La compleja misión de cumplir con las expectativas | 81 |
| Morbilidad y demanda de atención | 81 |
| Mortalidad hospitalaria | 83 |
| Innovaciones fundamentales de la oferta del sistema de salud. | 87 |

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Atención Médica Integral | 88 |
| Criterios de Calidad de la Atención Médica | 88 |
| Establecimiento de un pacto Issemym | 94 |
| Distribución del trabajo por nivel de atención | 95 |
| Primer nivel de atención | 96 |
| Segundo nivel de atención | 101 |
| Tercer nivel de atención | 102 |
| Mecanismos y servicios de apoyo a las unidades médicas para el funcionamiento de la red de servicios. | 107 |
| De la diversidad a la uniformidad... a la diversidad | 113 |

Capítulo IV.

Los servicios de salud en la vanguardia del conocimiento y la calidad **119**

| | |
|--|-----|
| La totalidad de la atención | 120 |
| El desarrollo de la cultura de calidad de la atención a la salud | 122 |
| Participación activa del derechohabiente y su familia en la mejora de la calidad | 125 |
| Evaluación de los Servicios de Salud | 126 |
| Casos Clínicos; algunos ejemplos de las mejores prácticas | 128 |
| Observación, monitoreo, evaluación = mejora continua | 137 |

Capítulo V.

¿A dónde queremos llegar? **141**

| | |
|--|-----|
| Una nueva transición epidemiológica | 142 |
| Las funciones se vuelven más específicas pero integrales | 143 |
| Validez de las predicciones | 144 |
| El Instrumento | 145 |
| El por qué de los niveles | 146 |

Referencias Bibliográficas **149**

Modelo de Gestión de Servicios de Salud

Introducción



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO QUE TRABAJA LA FUERZA
enGRANDE

Issemym

Introducción

Las grandes instituciones y los grandes cambios

Profesionalismo Médico en el Nuevo Milenio

La profesión médica se compromete a promover la justicia social en los sistemas de atención a la salud.

Federación Europea de Medicina Interna; American College of Physicians, American Society of Internal Medicine; American Board of Internal Medicine.

La relación entre una gran institución de servicio social y la población a la que sirve se caracteriza por una asimetría pronunciada: mientras la población cambia de manera constante y paulatina, aumentando su número, variando sus características, multiplicando sus exigencias, volviéndose más rica o más pobre, la Institución sólo puede cambiar de manera intermitente, después de muchos años de estabilidad, permanencia afianzamiento.

Esto tiene su lógica: una institución en flujo constante no sería percibida como confiable (por mejores intenciones que tuviera) y su misión de dar apoyo social y de salud a una población numerosa quedaría en tela de juicio.

De modo que, cuando llega el momento de que la Institución haga uno de sus periódicos ajustes, concebidos para mantener la mejor capacidad de respuesta ante las características cambiantes de la gran masa derechohabiente, dicho ajuste tiene que cumplir con una estrategia doble: por un lado, dar una solución óptima y eficiente a los requerimientos nuevos, generados desde el cambio anterior, y que la Institución ha venido solventando de la mejor manera posible; y, por el otro, prever las nuevas condiciones que el futuro pueda gestar, de tal manera que su protección y apoyo a los derechohabientes conserve su fuerza y oportunidad, aun en presencia de nuevos desafíos.

El *Modelo de Gestión de Servicios de Salud (MGSS)* del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (Issemym) es el nombre que se ha dado a la vasta orquestación de medidas de muy diferente índole, por medio de las cuales se pretende fortalecer y enriquecer la atención, anticipar emergencias, y cumplir con la misión de fondo encomendada a la Institución, que es mejorar la salud y el bienestar de la población derechohabiente que, en el pasado reciente, rebasó la cantidad de un millón de mexiquenses.

Esto hace que el Issemym sea, en la actualidad, la tercera institución de seguridad social en México.

Para presentar con concisión y claridad el *Modelo de Gestión*, se ha preparado este documento que consta de cinco capítulos. Al final de cada uno, se incorporan algunas reflexiones realizadas por distintos

colaboradores del Instituto que fueron entrevistados sobre el enfoque y desarrollo del *Modelo* y sus opiniones han sido reflejadas en cada capítulo.

En el primero, bajo el título de *Hasta dónde hemos llegado*, se hace una breve historia de la salud en el Estado de México y los diferentes dispositivos ideados para protegerla, desde tiempos prehispánicos hasta 1969, año de fundación del Issemym.

A partir del panorama crítico de salud del Estado, se comprende la trascendencia de la fundación del Instituto y la magnitud de los problemas a los que debió enfrentarse. De este relato surge una constante: el Issemym siempre se mostró capaz de responder a desafíos y supo evolucionar y crear recursos que le permiten mantener presencia en el Estado de México y brindar servicios con oportunidad.

El *Modelo de Gestión* es, sencillamente, el último paso en una evolución que ya lleva más de cuatro décadas.

El segundo, *La respuesta del nuevo paradigma*, describe en detalle el *Modelo de Gestión de Servicios de Salud*, partiendo de la *Misión, Visión y Valores Institucionales*, hasta la enumeración de las seis partes sinérgicas de su estructura, organización, estrategias y herramientas.

Se hace hincapié en los éxitos alcanzados en el breve tiempo de vigencia del *Modelo*, los problemas a los que procura solución y su vocación por traducir su acción en resultados reales, que trasciendan las estadísticas de servicios brindados y recojan datos provenientes del estado de salud de la población, en su acepción más amplia.

El *Modelo* se plantea objetivos radicales, que implican modificaciones profundas en la cultura tanto institucional como de los derechohabientes. Uno de ellos está representado por el concepto de corresponsabilidad, que exige del derechohabiente una actitud más participativa en los procesos de cuidado de su propia salud.

Igualmente, se ensancha la concepción de derechohabiente, para abarcar, además, a su núcleo familiar inmediato, bajo el supuesto de que una parte significativa de la patología atendida en las unidades médicas tiene repercusiones familiares y puede ser mejor atendida con el apoyo de ésta. Lo mismo puede decirse de las medidas preventivas impulsadas por el Sistema de Salud y concebidas para mantener mejores condiciones de salud.

El manejo de la información, a su vez, es objeto de iniciativas que fomentan su aprovechamiento óptimo en el marco de una estructura orientada hacia el logro de la máxima calidad en la atención y el fortalecimiento de los equipos terapéuticos.

El tercer capítulo, bajo el título de *La compleja misión de cumplir con las expectativas*, analiza la interacción de factores que determinan la evolución, no sólo de la capacidad de atención de la Institución, sino también el crecimiento de las expectativas, no todas realistas, de los derechohabientes sobre los alcances de la ciencia médica y las grandes instituciones de servicios sociales.

Se discuten los principios básicos de la transición epidemiológica que, partiendo de un incremento significativo en el promedio de edad de

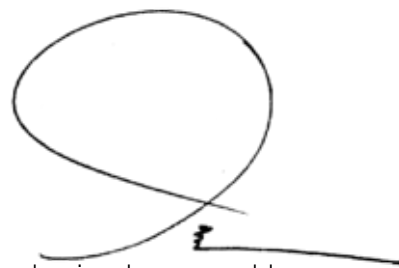
la población, sumado a una mejoría también importante en el control de algunas causas de morbilidad y mortalidad, ha determinado un aumento de enfermedades degenerativas frente al retroceso de las infecciosas que dominaban el panorama epidemiológico de hace unas pocas décadas.

Se examinan también los progresos espectaculares de la ciencia médica, los costos a veces exorbitantes de dichos progresos y el desarrollo paralelo de numerosos intentos que, a pesar de una cobertura propagandística llamativa, no han acabado por justificar las expectativas suscitadas.

El cuarto, *Los servicios de salud en la vanguardia del conocimiento y la calidad*, propone el papel crítico de la información en la gestión de las prácticas más avanzadas en combinación con los mejores procedimientos surgidos del trabajo médico cotidiano, no solamente al interior de la institución de salud, sino también —y de manera crucial— de la Institución hacia los derechohabientes.

Por medio de este manejo atinado de la información se alimentan y estimulan algunos procesos fundamentales para el éxito del Modelo como son el monitoreo de la mejora continua, la supervisión y la evaluación. Para facilitar la comprensión de los alcances de la práctica clínica de calidad, se incluyen algunos casos de éxito clínico.

Por último, la prospectiva del capítulo titulado *¿A dónde queremos llegar?* traza la visión de un sistema de salud que en el mediano plazo desarrolla una atención de la mayor calidad, con equipos de salud integrados y con competencias altamente evolucionadas, aplica nuevos conocimientos producto de la investigación y reconoce la importancia de la utilización óptima de los recursos disponibles. Los avances en la comunicación han humanizado la atención, la información estadística, además, es cualitativa y relevante para la salud de las familias derechohabientes, en un marco de trato digno y satisfacción mutua que proyecta a las unidades médicas del Issemym a nivel estatal, nacional e internacional.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a horizontal line that ends in a small flourish.

Javier Lozano Herrera
Coordinador de Servicios de Salud

Modelo de Gestión de Servicios de Salud

Capítulo 1

Hasta dónde hemos llegado



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO QUE TRABAJA Y CUIDA
enGRANDE

issemym

Capítulo I.

Hasta dónde hemos llegado

Mire y observe deliberadamente el camino.

Hágalo tantas veces como crea necesario. Después pregúntese a sí mismo, y sólo a sí mismo, lo siguiente... ¿Tiene este camino un fundamento? Si lo tiene, el camino es bueno; si no lo tiene no sirve para nada.

*Carlos Castaneda.
Las enseñanzas de Don Juan.*

En tiempos prehispánicos, entre los cinco grupos étnicos (nahuas, tlahuicas, mazahuas, otomíes y matlatzincas) que poblaban lo que hoy es el Estado de México, el cuidado de la salud se encontraba a cargo de dos especialistas: el *tépatl* y el *tíctil*.

A la luz de la cultura de nuestros días, el primero era el que más se acercaba al médico, ya que manejaba medicamentos herbolarios y un considerable repertorio diagnóstico. Pero el segundo, cuyos tratamientos tenían base religiosa, también era importante, dado que la cultura dominante consideraba que las enfermedades solían ser castigo de los dioses.

La llegada de los conquistadores significó cambios radicales y traumáticos. Por una parte, tanto nativos como invasores sufrieron las consecuencias de lo que podría llamarse un precursor de la transición epidemiológica, con resultados devastadores, porque ninguno de los dos grupos tenía defensas contra los patógenos que aportaba el otro.

Por la otra, los tratamientos experimentaron drásticas revisiones, a pesar de que se aprovechó parte de la herbolaria indígena, y no se abandonó el contenido religioso, por más que haya cambiado de signo.

Los administradores coloniales españoles introdujeron la reglamentación de la práctica médica y la Iglesia fundó los primeros hospitales. Éstos, sin embargo, no tenían fines curativos, sino que funcionaron como refugios para los miembros más desprotegidos de la sociedad, y como instrumentos de evangelización.

El primero de esos hospitales fue el De Jesús, en la Ciudad de México, fundado por Hernán Cortés en 1524 y que, casi medio milenio después, sigue funcionando.

La expulsión de los religiosos en el contexto de las luchas entre liberales y conservadores hizo que la responsabilidad por la salud recayera en el estado que, por lo menos al principio, mostró muy pocos deseos

de asumirla, dado que su prioridad presupuestaria estaba puesta en los ejércitos.

Éstos, paradójicamente, creaban una fuerte demanda de servicios de salud, dado que los cuerpos armados generaban un perfil epidemiológico que podía resultar devastador. Por una parte, estaba la necesidad de atender a los heridos de guerra; por la otra, las posibilidades de transmisión rápida y eficaz de enfermedades, a causa de la convivencia en estrecha proximidad de grandes grupos de personas, que se desplazaban con frecuencia y vivían en condiciones higiénicas discutibles.

Los llamados “hospitales de sangre” para atender heridos de guerra empezaron a proliferar con mayor o menor lucimiento. De éstos, uno de los más conocidos en la actualidad es el Hospital Juárez de México, fundado en 1847 con el fin de atender a los heridos de la batalla de Padierna (invasión norteamericana) y que también existe en la actualidad, aunque ahora tiene dos sedes en lugar de una.

Pero ni los hospitales de sangre ni los de ningún otro tipo pudieron contar con los recursos que aseguraran la continuidad de sus servicios ni las atenciones elementales a sus pacientes. En muchos períodos del siglo XIX, la alimentación de los enfermos debió correr por cuenta de sus familiares.

La noción de “cobertura” de salud era inexistente. Las de seguridad social y derechos de los trabajadores eran apenas embrionarias.

La situación en el Estado de México

El Estado de México no empezó a experimentar cambios concretos en esta situación sino hasta fines del siglo XIX, cuando José Vicente Villada se hizo cargo de la Gubernatura (durante dos períodos: 1889 a 1895, y de 1897 a 1904).

Con una visión singularmente amplia para su época de la obra pública, ya que les daba lugares importantes a los rubros de salud y educación, Villada no solamente creó organizaciones, como el Hospital General de Toluca anteriormente denominado Hospital Civil y la estancia infantil La Gota de Leche, sino que también promulgó legislación avanzada para el México de su tiempo, como fue la ley de accidentes de trabajo.

La Constitución Nacional de 1917 y la estatal del mismo año promulgada por el gobernador Agustín Millán, contenían los principios que iban a permitir el desarrollo de iniciativas posteriores en materia de legislación social.

Un factor que vino a subrayar la importancia de contar con servicios de salud organizados fue la pandemia de influenza que, sólo en el Estado de México, provocó más de 5,000 fatalidades en 1918.

Poco después, en 1919, el diputado Cirenio Malaquías Huitrón Velasco presentó una serie de iniciativas sobre previsión social que no prosperaron en la Legislatura, pero sirvieron de antecedentes de importancia para otros proyectos de seguridad social en el Estado.

Protagonistas y paradigmas cambiantes en atención a la salud y seguridad social.

Además, proyectó una ley de garantía para el empleado público, muchos de cuyos elementos fueron retomados en legislación posterior.

Esta legislación —después de largos esfuerzos y polémicas— eclosionó en 1951 cuando el gobernador Alfredo del Mazo Vélez expidió la Ley de Pensiones de los Empleados del Estado de México y Municipios, antecedente directo de la creación del Issemym.

Primer antecedente de la importancia de la atención familiar

Los trabajadores del Estado totalizaban 3 899 en 1951 (con una población total de alrededor de 1 400 000 habitantes). Su número iba creciendo y se hacían cada vez más insistentes los reclamos por tener un servicio médico amplio y eficaz.

Sucesivas reformas a la Ley de Pensiones fueron sentando los antecedentes para que, en 1969, tras un complejo proceso político, financiero y de planeación a largo plazo, orquestado por el entonces gobernador Juan Fernández Albarrán, fuera aprobada la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México, de sus Municipios y de los Organismos Coordinados y Descentralizados.

Este fue el documento fundacional del Instituto, creado para brindar el tantas veces reclamado servicio médico a los trabajadores del Estado y a sus familiares.

El número de empleados públicos había crecido a 14 814 (para una población total de unos 3 800 000 habitantes) y ya había 779 pensionados, bajo los términos de la ley anterior.

Pero una de las provisiones más trascendentes de la nueva Ley —que el gobernador Fernández Albarrán calificó como “la ley más avanzada en la República Mexicana a favor del servidor público—era que extendía la cobertura de salud a la familia inmediata del trabajador”.

Se reconoció que la enfermedad no es un fenómeno individual y aislado.

Con esta actualización, los primeros derechohabientes totalizaron 36 392.

Primera prioridad: extender el servicio

En los primeros años, el Instituto fue pequeño. Sus instalaciones se limitaban a la Policlínica Juan Fernández Albarrán (en la ciudad de Toluca), el Hospital de Concentración Satélite en el Municipio de Naucalpan y dos clínicas regionales: la de Atlacomulco y la de Ixtapan de la Sal.

Eran tiempos de evolución constante, en los que el objetivo fundamental se expresaba en la necesidad de crecer físicamente lo suficiente como para poder responder a la demanda de servicios.

Hay que recordar que estos primeros años de la Institución coincidieron con un período de crecimiento importante de la población y, consecuentemente, de los empleados públicos (derechohabientes).

Los desafíos de ofrecer salud a una población en crecimiento constante.

Algunos de los primeros consultorios, por ejemplo, se establecieron en la planta alta de la Biblioteca del Estado, junto al Palacio de Gobierno, en Toluca.

Esta iniciativa envió un mensaje positivo a los derechohabientes, evidenciando el esfuerzo que se estaba haciendo en su beneficio; así empezaron a “apropiarse” de su Instituto, y a ejercer presión por lograr la extensión y el mejoramiento de los servicios.

Se mencionó con insistencia que el Issemym se estaba transformando en un factor de cohesión entre los trabajadores.

Sin embargo, en esa misma prioridad, puesta en la construcción de infraestructura, estaba la semilla de un desequilibrio que sólo vendría a manifestarse un par de décadas después: por favorecer las instalaciones físicas, se ahorraron esfuerzos en la contratación de personal de salud, por lo que —con el tiempo— se dificultó la introducción de cambios en la manera que se brindaba el servicio.

La demora de varias décadas en la introducción de prácticas preventivas fue una muestra de esto.

El Instituto crecía en la extensión geográfica de su cobertura y en la cantidad de población a la que se daba servicio; en esto, hubo muchos testimonios de una misión cumplida. Hasta el día de hoy, incluso frente a un crecimiento impresionante en el número de derechohabientes, la existencia de infraestructura es considerada adecuada y los déficits en la materia son pequeños y van en vías de solucionarse.

Pero los otros protagonistas del proceso —las expectativas y condiciones epidemiológicas de los derechohabientes, los avances de la ciencia médica, el deterioro de ciertos factores ambientales (el tráfico, por ejemplo, que demora los traslados)— iban generando un cambio cualitativo y exigía respuestas.

Progresivamente maduraban las condiciones para la introducción de un nuevo paradigma de atención a la salud.

Rasgos que orientaron el nuevo paradigma

Por una parte, el envejecimiento de la población modificaba sensiblemente la experiencia cotidiana en los consultorios y los hospitales. Una mayor proporción de pacientes de la tercera edad significaba, en el primer nivel de atención, un incremento importante de personas que presentaban enfermedades crónico-degenerativas, como diabetes, hipertensión, cardiopatías, artritis reumatoide, cánceres y otras diversas.

Esto repercutía en los servicios hospitalarios, que se veían ante la necesidad de atender cantidades significativas de complicaciones de las mencionadas enfermedades.

Y este “efecto dominó” se reflejaba, a su vez, en el área financiera, ya que el tratamiento de esta clase de padecimientos es costoso. Dicho costo significaba esfuerzos inéditos en la asignación de presupuestos, que en ocasiones repercutieron en perjuicios para algunas áreas de atención.

Pero había consecuencias de corte más sutil. Los derechohabientes en su conjunto, influidos posiblemente por la gran proporción de enfermos crónicos que eran referidos a hospitales de cuidados más especializados, “descubrían” que las unidades de primer nivel eran prescindibles, que la “verdadera atención” se encontraba en los hospitales de segundo y tercer niveles, lo que provocó que las consultas externas de estas unidades se saturaran, en detrimento de quienes realmente necesitaban atención especializada.

Ante este reto se revelaban múltiples maneras de mejorar la atención a la salud que no pasaban necesariamente por la construcción de unidades nuevas ni el reequipamiento de las existentes.

Eran maneras cualitativas.

Una de ellas fue la introducción de prácticas preventivas, que se intentó desde principios de la década de los noventa. La lógica, perfectamente válida, de esta intervención era que los métodos instaurados lograrían que los enfermos adoptaran conductas *ad hoc*, y que los padecimientos crónico-degenerativos fuesen menos críticos, con lo que se ganarían años de vida para el derechohabiente, y se ahorrarían importantes recursos para la Institución. Infortunadamente, dichas prácticas no fueron adoptadas con la amplitud y prontitud que la situación requería.

El complejo tránsito de lo cuantitativo a lo cualitativo.

En su momento se argumentó que hacía falta un importante incremento en el número de personal de salud. Que la situación existente para atender la demanda había sometido a tal carga de trabajo a médicos y enfermeras, que adoptar cambios en las rutinas de trabajo podía poner en riesgo la viabilidad de los servicios.

Hubo discusiones, propuestas, ensayos, pero el verdadero trabajo preventivo quedó reducido a unas pocas actividades en algunas unidades, y a una parte menor del personal operativo de consultorios y clínicas.

Más tarde, en 2007 se ensayó el denominado médico de familia, estrechamente ligado con la medicina preventiva. Se estableció la formación de médicos familiares, con rango de especialidad, se formaron las primeras tres generaciones (88 egresados) y se lograron algunas experiencias importantes. Pero, nuevamente, estos trabajos no se generalizaron en la medida que la realidad operativa exigía.

Que este éxito haya sido tan limitado provocó numerosos análisis pero pocos acuerdos. Fue posible; sin embargo, determinar que la causa no radicaba en alguna incapacidad estructural de la Institución. La reacción ante el brote de influenza por A H1N1 en 2009-2010 fue una prueba palpable de que los servicios médicos del Issemym eran capaces de reaccionar con presteza y solvencia ante una amenaza que pudo haber sido muy grave.

Nuevamente, surgían indicios de que el problema residía en el paradigma de un modelo de atención curativa, centrado en la demanda de atención médica, que guiaba los servicios de la Institución y altos costos que se incrementaban día a día.

Las experiencias positivas dejaron ejemplos de valor inestimable.

Cambiar el paradigma es factible

Si algo mostró la respuesta ante el virus A H1N1 fue que la capacidad de reacción de los servicios del Issemym cumplía con los más altos requisitos científicos y sociales de cara a una situación crítica. Se pudo ver también que el personal en su totalidad reaccionó con atingencia y compromiso en situaciones que, en muchos casos, requirieron esfuerzos especiales.

La existencia de estrategias apropiadas en el Instituto demostró, en el caso de las muertes maternas ocurridas en los hospitales, que se tenía la capacidad de lograr resultados igualmente honrosos en el control de un problema de alta sensibilidad en el cual, inclusive, se superaron las cifras promedio de nivel federal.

Esto viene a testimoniar que el personal del Issemym tiene una efectiva capacidad de reacción ante lo extraordinario y una gran reserva de adaptabilidad y voluntad de superación ante situaciones críticas.

En la actualidad se enfrenta a riesgos de diferente signo: uno interno, representado por la discordancia entre sus métodos tradicionales de trabajo (curativo-fragmentado) y la nueva realidad epidemiológica, social y cultural planteada por grupos importantes de derechohabientes; otro externo, en la forma de una crisis económica global que impone conductas restrictivas a prácticamente todas las actividades humanas.

La adaptación es una reacción obligada.

Y la Institución tiene experiencia sobrada.

Por poner sólo un ejemplo, la introducción de la Certificación ISO 9000 primero y la Acreditación de la Calidad otorgada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SS después, en varias unidades del Issemym, conllevó una serie de adecuaciones en una amplia gama de procesos en muchas unidades del Instituto. Los resultados están a la vista: de las unidades que se sometieron al proceso algunas resultaron acreditadas y otras —aunque no lo lograron de manera inmediata— introdujeron importantes mejorías en sus servicios. En el proceso, muchas prácticas largamente arraigadas experimentaron transformaciones radicales, sin que se haya perjudicado la capacidad operativa, mejorándose aspectos cualitativos en el trabajo del personal.

Los resultados positivos fueron muchos: se logró atención de mayor calidad, que hizo que algunas unidades en lo particular, y la Institución en general, adquirieran prestigio; el personal cosechó importantes beneficios, ya que se familiarizó en el servicio con los criterios de calidad y los procedimientos más avanzados de la práctica clínica.

Es un proceso en el que sólo hay ganadores.

Las fuentes fundamentales: Misión y Visión

Por lo antes expuesto, el cambio de paradigma contenido en el *Modelo de Gestión de Servicios de Salud*, sustentado en los documentos

Para cambiar con sentido y coherencia, hay que conocer a fondo las bases.

fundacionales del Issemym y en su Misión y Visión busca dar un paso significativo en la concepción de los servicios ofrecidos por el Instituto ante las exigencias que la nueva epidemiología y las recientes expectativas están planteando.

Como paso previo, conviene actualizar la familiaridad con estas fuentes

Misión: Otorgar a los derechohabientes las prestaciones que establece la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, con el objeto de preservar su salud, garantizar el ingreso económico en la etapa de retiro del servidor público, apoyar la economía familiar, fortalecer la integración familiar y su bienestar social, con calidad, humanismo y actitud de servicio, trabajando en un ambiente organizacional participativo y de trabajo en equipo, que permita el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores.

Visión: Ser reconocida por los derechohabientes como una Institución que otorga servicios integrales de salud con calidad y humanismo, que brinda seguridad económica en su etapa actual y de retiro y que promueve la integración familiar y su bienestar social.

Valores esenciales

Como instrumentos para dar cumplimiento a las fuentes fundamentales, la Coordinación de Servicios de Salud ha codificado los siguientes valores:

1. Responsabilidad para asumir conscientemente, en forma individual y en equipo, las conductas, decisiones y consecuencias, frente al proceso salud/enfermedad de conformidad con los principios institucionales determinados.
2. Compromiso con la salud de los derechohabientes y familiares, como centro de la atención, para lo cual es necesario brindarles información clara, comunicación bidireccional, seguridad y calidad en la atención.
3. Equidad, por medio de la aplicación de criterios de igualdad, y reconocimiento de la injusticia e inequidad para actuar en consecuencia.
4. Actitud de servicio, expresada en el deseo sincero de hacer algo por los derechohabientes y su familia, evitando en lo posible el sufrimiento, entendiendo el dolor y anteponiendo al interés personal la necesidad de proteger la vida, la salud y los derechos humanos.
5. Respeto a los valores, necesidades y expectativas de los derechohabientes y sus familias y a la libertad de expresión de sus intereses y opiniones.
6. Tolerancia a la diversidad, tanto en lo que se refiere a preferencias y diferencias de opinión, convicción o credo, como en el mantenimiento de la dignidad humana a lo largo de todo el proceso de atención a la salud.

El cambio, grande o chico, es un proceso permanente

Conservar el arte ante el progreso incontenible de la ciencia y los sistemas.

El cambio ha sido y sigue siendo una constante dentro de la labor del Instituto. El relevo de un director general significa, en la mayoría de los casos, cierto grado de cambio. En mayor o menor medida. En sus 43 años de existencia el Issemym ha tenido 17 directores generales, algunos de ellos cumpliendo períodos muy breves. Cada transición de un director al siguiente significó cambios, de modo que el Instituto está acostumbrado a ellos.

Lo que es más interesante de analizar es la razón por la cual muchos cambios se llevan a cabo de manera tersa y sin generar antagonismos, mientras que otros suscitan resistencias.

Como ejemplo de los primeros, es ilustrativa la decisión del Instituto de empezar a implantar sistemas de calidad de servicios de salud, con miras a lograr la Acreditación y Certificación de Calidad por parte de la Federación a sus unidades médicas, a fin de hacerlas competitivas a nivel estatal, nacional e Internacional. Esto involucró la introducción de conceptos tan controvertidos como la supervisión integral y la medición del desempeño, pero en los hechos ha sido aceptada, con diversos grados que se evidencian en los buenos resultados.

En cambio, la introducción de la medicina preventiva, aunque se inició por lo menos dos décadas antes, en los ochenta, no ha terminado de extenderse como hubiera sido de esperar. Esto, sin embargo, no se limita a una simple manifestación de resistencia al cambio. Obedece a razones muy complejas, que van más allá de la aceptación o no por parte de un grupo dentro del personal involucrado en la atención. Tampoco puede atribuirse a que significa un cambio demasiado radical respecto del tradicional paradigma de la medicina como arte/ciencia exclusivamente curativa. Por regla general, los médicos jóvenes aceptan los cambios, aun cuando éstos sean radicales y hay un contingente muy numeroso de médicos jóvenes en el Instituto! Y el personal de enfermería, con esa permanente vocación por actualizarse, siempre está abierto a todas las iniciativas que propongan mejoras en los servicios.

Pero eso representa, apenas, una parte del cuadro.

Las razones que se esgrimen para no empezar a aplicar las prácticas preventivas son, en muchas ocasiones, válidas. En otras quizás no, pero es preciso ver los casos particulares y buscar soluciones que tomen en cuenta a la mayor cantidad posible.

El médico que está solo en su consultorio, probablemente con exceso de consulta, cree que no tiene el tiempo real para iniciar prácticas preventivas. Este razonamiento, aunque tiene alguna justificación, ha sido exhibido como superable por un pequeño núcleo de médicos familiares que, al modificar el protocolo de la atención médica general, han mostrado que se puede incorporar la práctica preventiva como parte integral de la consulta, sin inversión adicional de tiempo.

El secreto consiste, no en agregarle elementos nuevos a la consulta clínica tradicional, sino ensayar un modelo completamente nuevo, con otro enfoque y dando pie a otro tipo de relación con los derechohabientes.

Las rutinas se hacen en la práctica, y parecen ser las mejores. Pero suelen cegarnos a la posibilidad de cambiar los métodos desde sus bases.

Hacen falta otros cambios tanto de fondo como periféricos para facilitar la aceptación de la transición medular.

La provisión de personal de primer nivel debidamente preparado e inmerso en las prácticas preventivas es uno de ellos.

En este aspecto, la meta de alcanzar un médico y una enfermera por cada mil derechohabientes representa una búsqueda insistente por parte del Instituto, sólo alcanzada en unas pocas regiones. Otro tanto puede decirse de la disponibilidad de odontólogos, nutriólogos, psicólogos y personal profesional de relaciones públicas y trabajo social.

Aunque deseable, no es posible que esto se haga de manera masiva, tratando de implantar el enfoque preventivo de manera universal en un período breve. Ya existen unidades que lo aplican con importantes avances, como las Clínicas de Consulta Externa Coacalco, Chalco, Cuautitlán Izcalli y Lerma por destacar algunas y hay otras que ensayan con resultados preliminares alentadores el enfoque familiar.

No ha existido suficiente capacidad informática para registrar las experiencias acumuladas hasta el momento, como para intentar medir los resultados, pero los reportes preliminares y no estandarizados son alentadores.

Hay que multiplicar estas buenas experiencias, hasta alcanzar la masa crítica que haga que los cambios fructíferos sean irreversibles.

Modelo de Gestión de Servicios de Salud

Capítulo 2

La respuesta del nuevo paradigma:
El Modelo de Gestión de Servicios de Salud



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



issemym

Capítulo II.

La respuesta del nuevo paradigma: El Modelo de Gestión de Servicios de Salud

Los individuos que tienen un profundo compromiso personal con una determinada visión del futuro están plenamente justificados en la lucha por sus objetivos, aunque hoy los resultados parezcan remotos e improbables.

Harris, M Caníbales y Reyes

La llamada transición epidemiológica tiene sus primeros indicios en 1970, pero sus efectos no se hicieron sentir de manera inmediata. Tampoco fueron tan simples como daría a entender su definición a partir del incremento de la edad promedio de la población. Los factores ecológicos cumplen un papel en la definición de la transición que no puede ser pasado por alto.

Dicha transición, por otra parte, tuvo en el Estado de México características especiales debido a varios factores, entre los que tiene particular peso el incremento explosivo de la población. Este fenómeno afectó a todo México, pero fue singularmente pronunciado en el Estado de México. En números redondos, el país duplicó su población entre 1951 y 1970 (de 25 a 50 millones de habitantes) y luego repitió el proceso entre 1971 y 2010 (alcanzando más de 100 millones de habitantes).

En el Estado, los ritmos fueron distintos. De 1 400 000 habitantes en 1950, pasó a 3 800 000 aproximadamente en 1970, con un incremento que rebasó ampliamente el crecimiento demográfico nacional; pero luego, entre 1971 y 2010, pasó a 15 100 000 habitantes, que significó, nuevamente en cifras redondas, cuadruplicar su población en cuarenta años. El doble del promedio nacional.

Mucho de este crecimiento se debió a migración, lo que significó a su vez un alto grado de movilidad de una parte significativa de la población, con la consiguiente “importación” de enfermedades provocadas por cepas microbianas provenientes de otros lugares de la República.

El desafío para los servicios de salud del Issemym era complejo, tanto por el aumento del número de derechohabientes como por la epidemiología, que incluía “contribuciones” de muchos estados.

Sin embargo, aunque la capacidad resolutoria de problemas puntuales era adecuada, la Institución se veía afectada por tendencias más difusas y generales ante las cuales mostraba lentitud para reaccionar. Por ejemplo, la relativa pobreza de un sistema centralizado de información digitalizada dificultaba la reacción rápida ante asuntos que afectaban a toda la organización.

Se agudizaba la necesidad de trascender la eficacia puntual para comprender el panorama mayor.

En otro orden de cosas, la tendencia de una parte de los derechohabientes a pasar por alto el primer nivel, para asistir directamente a los hospitales, por ejemplo, estaba creando conflictos de saturación en los servicios de consulta externa y de urgencias.

La ausencia de una visión de medicina preventiva motivaba un crecimiento de complicaciones de enfermedades crónico-degenerativas, que igualmente desencadenaban presiones evitables sobre los servicios de segundo y tercer nivel.

Fallas en el aprovisionamiento de medicamentos, perceptibles en las unidades del Instituto, y la ausencia de control en su surtimiento (que permitía a un solo derechohabiente aprovisionarse de los mismos medicamentos en varias unidades médicas distintas) requerían soluciones de gran envergadura.

Para encarar este tipo de situaciones generales hacía falta un instrumento que lograra el doble cometido de, por una parte, asegurar la mayor sensibilidad posible de las instancias centrales ante la problemática de las unidades operativas y, por la otra, facilitar la instrumentación ordenada de respuestas a los desafíos planteados por la situación general de salud de los derechohabientes.

El Modelo de Gestión de Servicios de Salud propone medidas para alcanzar ese doble objetivo. Involucra una amplia gama de estrategias y acciones, concebidas para aprovechar los puntos fuertes de la Institución, a la vez que realzar su capacidad de respuesta ante los retos de amplio espectro que ponen a prueba su desarrollo futuro a escala institucional y sectorial.

La creación del Issemym, como ya se ha visto, respondió a una necesidad que se hacía insoslayable: lo limitado de los servicios sociales que la Ley de Pensiones de 1951 otorgaba a los trabajadores al servicio del Estado y la total ausencia de servicios médicos para sus familiares y dependientes.

No era un asunto menor y las medidas que se tomaron fueron de amplitud y trascendencia.

En éste momento, el desafío no es igual que en 1969; actualmente no sólo se requiere incrementar la infraestructura médica, sino que además se plantea la necesidad de transformar el enfoque y procesos de los servicios de salud que se otorgan como parte de la seguridad social para responder a exigencias claras y definidas de los derechohabientes con recursos financieros limitados.

Para lograr un instrumento estratégico capaz de dar respuesta coherente y funcional a los muchos problemas que la evolución histórica ha planteado a los servicios de salud a lo largo de décadas recientes, el Instituto ha creado el *Modelo de Gestión de Servicios de Salud*, que propone mejoras importantes en las bases organizacionales y metodológicas para el otorgamiento de los servicios de salud de la Institución, y también la actualización de las reglas de operación, de tal manera que se puedan lograr, por una parte, los objetivos institucionales, y por la otra darle carácter más armónico a la relación entre el personal de salud y los derechohabientes.

El *Modelo* procura beneficio para todas las partes involucradas. Por un lado, reconoce que la provisión de servicios de salud es, al mismo tiempo, un proceso y un arte, con un producto final a la vez rico y complejo, que es la salud y la satisfacción tanto de los derechohabientes como del personal del Instituto.

En el marco de una Institución del tamaño del Issemym, con más de un millón de derechohabientes, el desarrollo de una buena atención a la salud pasa forzosamente por la aplicación de múltiples sistemas. En esto, se reproduce a escala institucional una tendencia que se ha venido imponiendo en toda la medicina: la integración del médico individual y el personal de salud, como interfaz de un sistema de atención complejo. Esta complejidad incluye recursos tecnológicos de vanguardia, redes de interconsulta, personal de apoyo, guías de práctica clínica, protocolos de investigación, sistemas de información y de control de gestión que hacen que la moderna eficiencia de la atención médica sea posible.

Cambios desde las metas:
la salud de toda una familia
ocupa el lugar de la
enfermedad de un individuo.

Todo esto se hace realidad en el contacto entre el médico y el derechohabiente tanto sano como enfermo.

El propósito del *Modelo de Gestión* es crear las condiciones para que dicha interfaz funcione con todo su potencial. Para ello, toma en cuenta planeación, organización, información, comunicación y control de gestión, basándose en el conjunto de reglas directrices y códigos de ética reconocidos por el Instituto.

Como arte, la gestión consiste en saber influir sobre las infinitas variantes que surgen durante la atención médica, para realizar las acciones capaces de generar los resultados más favorables, y reconocer, simultáneamente, aquellos aspectos que no pueden modificarse. Estas dos dimensiones de la gestión exigen un alto poder de discernimiento, manejo de información y responsabilidad en su exposición, negociación y ejecución, para obtener los resultados de salud esperados.

Se consideran tanto los objetivos institucionales de salud como los intereses y objetivos de las personas vinculadas con la prestación de los servicios.

En la presente administración el tema central de la gestión es encontrar el medio más idóneo para humanizar los servicios de salud, buscando al mismo tiempo congruencia entre las metas personales y las institucionales, para dar lugar a una armonía que se refleje en una mejora de las relaciones con los derechohabientes.

El objetivo del *Modelo de Gestión* es mejorar el diseño organizacional del sistema de salud para que la red pueda brindar servicios de salud integrales y de calidad, con enfoque familiar, privilegiando la medicina preventiva, propiciando la corresponsabilidad y la optimización de la capacidad instalada y orientarlos hacia la cobertura universal.

Las propuestas del Modelo
tienen un denominador
común: el concepto de red.

Uno de los aspectos innovadores del *Modelo* es que ha sido estructurado en torno a un núcleo definido, que representa a los derechohabientes y sus familias (en contraste con el enfoque tradicional centrado exclusivamente en el derechohabiente); alrededor de este núcleo

confluyen seis componentes que constituyen las acciones técnico administrativas, que se expresan en lo operativo, coordinadas en los tres ámbitos de la estructura orgánica —central, regional y local— y que se proyectan en la atención a la salud que brindan las unidades médicas.

Para desarrollar el *Modelo* se analizaron diversos criterios e instrumentos existentes en otras instituciones, e incluso en otros países. Sobre esta base y conjuntamente con la experiencia y conocimientos de los equipos de las unidades administrativas y médicas que integran la Coordinación de Servicios de Salud, se definieron los componentes conceptuales y operativos necesarios para mejorar el sistema de salud destacando las siguientes características:

- 1) Reformulación del papel del sistema de salud frente al proceso salud/enfermedad;
- 2) Considerar no solo la demanda de atención, sino además generar una oferta integral;
- 3) Planificación de los servicios de salud a partir de las necesidades y expectativas de los derechohabientes, buscando humanizar el sistema.
- 4) Desarrollo de la atención integral en la red de servicios, privilegiando la prevención;
- 5) Trascender la atención individual y fragmentada por medio del reforzamiento del enfoque familiar;
- 6) Mejoramiento continuo de la seguridad del paciente y la calidad de los servicios;
- 7) Focalizar el control de gestión y el de los procesos que integran el *Modelo de Atención*;
- 8) Fortalecimiento del equipo médico con tecnología de punta.
- 9) Rediseño de competencias profesionales para la atención con enfoque familiar y que incluyan el interés en la investigación el desarrollo humano
- 10) Profundización de los métodos y objetivos de la evaluación.

El análisis del papel del sistema en relación con lo que significa nacer, vivir, envejecer, sufrir y morir, sentirse con salud y sin ella, permitió dotar al *Modelo* de un espíritu solidario, que permite dar sentido al hecho de que un equipo de salud ayude a traer al mundo a un nuevo ser, que facilite que una persona se recupere de una apendicitis, o que tenga una mejor calidad de vida cuando se le atiende de manera apropiada un problema de cáncer. De allí que resulta paradójico que, por un lado, se pueda conquistar la vida por medio de la ciencia pero, por el otro, que la atención médica genere insatisfacción e irritación a los derechohabientes por su baja sensibilidad ante aquellos aspectos que sólo pueden definirse como humanos.

La superación de esta dicotomía es uno de los motivos que impulsan esta propuesta, y por ello el *Modelo de Gestión* considera que el Sistema de Salud Issemym debe estar tecnológicamente a la vanguardia de la ciencia, pero también caracterizarse por contar con personal de salud con las competencias necesarias para brindar atención personalizada, con sensibilidad al dolor, y por generar esperanza y satisfacción.

En pocas palabras, se trata de hacer un sistema más avanzado y a la vez más humano.

Otra innovación de importancia que plantea el *Modelo* es que asegure el involucramiento de todo el personal del Instituto, de todos los ámbitos de estructura, con lo que se agrega profundidad a las nuevas actitudes que se busca fomentar. Con demasiada frecuencia, se supuso que las iniciativas referidas a la atención médica de los derechohabientes eran responsabilidad exclusiva del personal directamente dedicado a dicha atención —médicos, enfermeras, odontólogos, nutriólogos, psicólogos, etc.—con la consecuencia de que se alcanzaban resultados menos que óptimos por la falta de apoyo en momentos críticos por parte de figuras con roles de apoyo, como personal de relaciones públicas, trabajo social, camilleros, técnicos, de administración, etc., cuyas actuaciones tenían consecuencias importantes, aunque no participaran en forma directa en el acto terapéutico.

La vanguardia científica no excluye la comprensión y la empatía.

Aunque los componentes del *Modelo* están numerados, esto no significa que sean pasos secuenciales; son, por el contrario, un conjunto de interacciones articuladas, concebidas para tener efectos sinérgicos en todas sus combinaciones, ya sean técnicas o administrativas pero que repercuten en la prestación de servicios de salud. Dado el reconocimiento del cambio como constante en la dinámica social, y del avance acelerado de la ciencia y la tecnología, al diseñar el *Modelo* se cuidó que sus componentes tuvieran la capacidad para reestructurarse y ampliarse a través del tiempo, a fin de responder a las necesidades también cambiantes de los derechohabientes y los desafíos de la Institución.

Estructura del Modelo



La articulación de los componentes y su organización se sustentan en tres conceptos básicos:

•**La salud.** El *Modelo* parte de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que describe la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social. Este concepto evidencia que la dualidad cuerpo-mente forma en realidad, la unidad del ser humano, y desde esta perspectiva se debe abordar su atención. Varios autores señalan que, a partir de investigaciones sobre los resultados de la atención de diversas enfermedades, se ha tenido que aprender a incluir la mente en el mapa del cuerpo y, por lo tanto, a reconocer que los factores psicológicos y los comportamientos que conllevan una carga emocional —como amar, tocar, cuidar, compartir, etc.— tienen un gran influjo sobre la salud.

La mente también es un ente biológico.

A partir de este marco referencial se llega mucho más allá de la simple ausencia de enfermedad y se va comprobando que la salud y la enfermedad no son necesariamente entes antagónicos sino partes de un proceso llamado salud-enfermedad, que está condicionado por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y ecológicos.

Así, cuando el *Modelo de Gestión* señala que debe privilegiarse la prevención como parte de la atención integral, es necesario considerar los factores de orden humano, tanto positivos como negativos, como elementos de importancia central, ya que se ha demostrado que la enfermedad de una persona es un fenómeno compartido que pone en movimiento a quienes la rodean.

La idea de una atención médica momentánea, centrada en cuadros clínicos, resultaba insuficiente.

De ahí se deriva el tomar en cuenta durante la atención médica los sistemas de apoyo emocional y social con que cuenta el enfermo, mismos que pueden proveer tanto la familia, los amigos y el grupo social al que pertenece; este apoyo se constituye en un factor a considerar durante el acto clínico, ya que incide poderosamente en las relaciones médico-paciente y médico-familia.

•**El sistema de servicios de salud.** Se visualiza al sistema como dotado de tres elementos: entrada o estructura, proceso y salida o productos. Se le considera como un conjunto que interactúa para lograr un resultado previamente definido en un contexto determinado.

Para esto hay que examinar los insumos de entrada al sistema, como son: las necesidades y expectativas de los usuarios, la infraestructura de la red de servicios, la disponibilidad de personal competente, equipo, instrumental e insumos médicos así como los programas, normas y lineamientos operacionales.

Una embarazada de seis meses, por ejemplo, sufre una hemorragia, no intensa, pero que la alarma y acude a su unidad médica, tanto en busca de tranquilidad como para que le resuelvan el problema. Confía en el conocimiento de su médico y en los recursos con que cuenta el *Issemym* para su atención. Esta es la parte del sistema que llamamos entrada.

El médico que la examina se manifiesta sensible frente a la preocupación de la madre gestante y formula un diagnóstico preliminar, pero

considera necesaria la intervención de un médico con mayor especialización y equipo más específico para atender el caso. De modo que tranquiliza a su paciente, le informa, a ella y a su familia, sobre la necesidad de referirla a otra unidad médica de mayor capacidad resolutive. La envía en ambulancia a un hospital, donde un ginecólogo comprueba la existencia de placenta previa. Después de transcurridas las etapas finales del embarazo bajo cuidadoso control, éste culminó satisfactoriamente. Todas las acciones involucradas en la atención configuran el proceso.

El proceso se refiere a la interrelación de los métodos y procedimientos que transforman los insumos de la estructura (recursos materiales equipo, etc.) para producir un servicio.

En el ejemplo descrito el resultado fue atender favorablemente tanto a la madre como al niño y observar la satisfacción de la familia por la oportunidad con la que se le atendió, pero sobretodo por el trato recibido, también es relevante considerar como resultado la satisfacción del equipo de salud al saber que su actitud y conocimientos permitieron ese logro.

En el concepto de resultado se incluyen los productos, efectos e impactos de la atención a la salud, lo que permite retroalimentar tanto la mejora de procesos como la planeación de recursos.

El sistema de salud, por supuesto, busca como resultado útil, de manera primaria, la desaparición de la condición que propició la asistencia del derechohabiente a la consulta, pero también se esfuerza por ofrecer y mantener un estado saludable. Por lo tanto, el sistema no se detiene sólo en acciones curativas, por lo que, una vez controlada la condición primaria, es preciso buscar un resultado más complejo y duradero: un derechohabiente sano. Y, en última instancia, esto debe conducir a un estrato superior: la familia sana y la comunidad sana.

El problema que lleva al derechohabiente a consulta es tomado como punto de partida para abordar la salud general de toda su familia.

Al buscar un resultado más alto y más complejo, por supuesto, el sistema necesita forzosamente mayor información, tanto cualitativa como cuantitativa, para conocer y determinar cuáles recursos y acciones son mejores.

Esto obliga a redefinir la información relevante. Esta información será de un tipo determinado si el objetivo del sistema es curar enfermos. Pero si los fines se han vuelto más amplios —como es el caso de procurar familias sanas— la información disponible debe estar a la altura del desafío. Para ello, el *Modelo* propone una estadística más evolucionada: no medir sólo la productividad de los servicios (número de consultas, tiempo insumido en cada sesión, medicamentos recetados, etc.), sino recabar, además, datos más congruentes con el producto buscado, como indicadores de salud, de riesgo, y de vigilancia epidemiológica de la salud familiar.

Aunque los números parezcan fríos, la estadística ayuda al servicio de salud a disponer de lo que el derechohabiente necesita, en el momento en que lo necesita.

Lo que se propone, en términos llanos, es tratar de crear instrumentos estadísticos que determinen no sólo cuánto produce el sistema sino, además, qué calidad de servicios ofrece y en qué medida los servicios de salud sirven a la gente.

Así, el componente producto del sistema se expresa como resultados en salud que se evidencian tanto en la información estadística cuan-

titativa y cualitativa como en la investigación, e incluye no solamente los servicios —consultas, egresos hospitalarios etc. —, sino que procura captar un concepto más amplio que abarque personas, familias y comunidades sanas.

•**La calidad.** Como lo señalan Donabedian y Ruelas, expertos en calidad de los servicios de salud, es un atributo que permite garantizar los máximos beneficios, con los menores riesgos para los pacientes, ayudándoles a confiar en los servicios que reciben y en los encargados de atenderlos, de acuerdo con el empleo óptimo de los recursos materiales existentes en el Instituto.

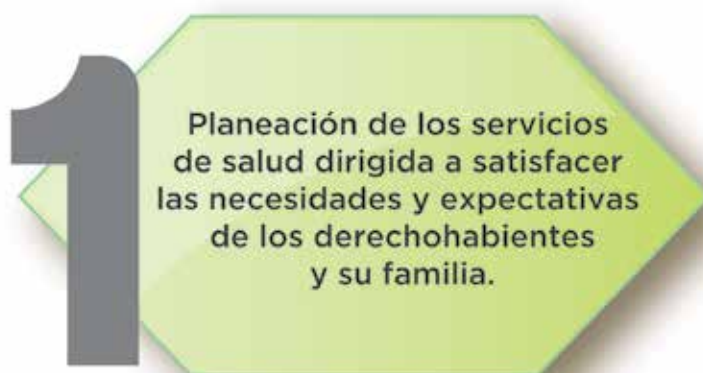
La calidad también provee al equipo de salud un marco de seguridad ética y jurídica que le evitará fundamentalmente al médico, un ejercicio riesgoso de la “praxis” en el campo de las responsabilidades civiles y penales.

Para desarrollar la seguridad del paciente y la calidad de la atención por parte del Sistema de Salud Issemym, es necesario diseñar sus procesos con criterios específicos de calidad por lo que es imprescindible monitorearlos y evaluarlos sistemáticamente a través de indicadores y estándares que han sido normados tanto en el nivel federal como el estatal e institucional, además de los requeridos por las distintas unidades médicas, de acuerdo con su naturaleza.

La monitoria significa vigilancia estrecha y control; Rúelas señala que es la medición sistematizada del comportamiento de una o más variables durante periodos establecidos y con frecuencias determinadas. Un ejemplo es la comparación con los monitores de los electrocardiógrafos, los cuales muestran, en tiempo real, la situación electrofisiológica del sistema cardiaco del paciente y permiten detectar problemas que ponen en riesgo su vida y ante lo cual es necesario actuar de inmediato. En forma similar el monitoreo de los indicadores de calidad permite identificar las áreas de oportunidad para mejorarla.

Esta búsqueda de calidad durante la atención debe reflejarse, por supuesto, en los resultados, que podrán someterse a la mejora continua hasta lograr la maduración de los procesos; cuando éstos ya no responden a las nuevas necesidades, se debe proceder a la reingeniería y a la innovación.

Componentes del Modelo



Componente 1. Planeación

La planeación es el proceso que permite definir los objetivos estratégicos de largo, mediano y corto plazo que deberá cumplir el Sistema de Servicios de Salud. Prevé los medios necesarios para alcanzarlos, de acuerdo con los desafíos que plantea la transición demográfica y epidemiológica, las necesidades y expectativas de los derechohabientes y la disponibilidad de recursos materiales y financieros.

El componente de planeación requiere impulsar el análisis de la conveniencia o no de separar las funciones de los cuidados de la salud respecto de las de la administración de pensiones, como lo proponen varias iniciativas, a la vez crear proyectos que garanticen equilibrio y sustentabilidad en los servicios de salud.

Objetivo

Lograr la integración de la red de servicios para garantizar la continuidad, calidad y cobertura de atención integral.

Esto ha requerido definir con los responsables de los diferentes componentes del *Modelo* el plan de acción y las estrategias institucionales que se señalan a continuación:

Estrategias

- Fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada de los derechohabientes para recibir una atención integral.
- Desarrollo de competencias del personal de salud y de métodos de trabajo para mejorar la calidad y capacidad resolutive en el primer nivel de atención, entendido como parte de la red de servicios.
- Trabajo colaborativo entre los diferentes ámbitos de la estructura—central, regional y local— en la planeación estratégica, a fin de formar equipos con visión de largo plazo, capaces de centrar los esfuerzos en las necesidades de los derechohabientes.
- Reforzamiento del sistema de vigilancia epidemiológica de tal manera que incluya no solamente el seguimiento de las enfermedades transmisibles de notificación inmediata y las crónico-degenerativas, sino además una estrecha vigilancia de los resultados del auto cuidado, la prevención y la atención integral a nivel familiar.
- Desarrollo de mecanismos de integración y comunicación, como la referencia-contrareferencia de pacientes, capaces de generar suficientes datos para decidir en qué unidad médica de la red se puede responder a las necesidades de cada derechohabiente.
- Consolidación de la división en regiones y micro regiones para garantizar el acceso a los servicios.

La planeación procura crear las maneras y las vías para facilitar la mejor atención, no para limitarla.

Acciones

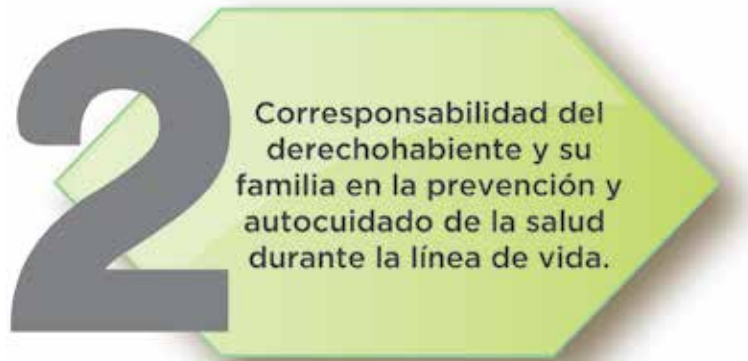
- Realizar el plan estratégico de los servicios de salud a partir del diagnóstico de necesidades y expectativas de los derechohabientes, considerando la calidad, corresponsabilidad, atención integral y el enfoque familiar.

- Estructurar y operacionalizar la red de servicios integrada por unidades médicas, de primero, segundo y tercer nivel de atención.
- Determinar con las unidades administrativas correspondientes la infraestructura, equipamiento, insumos y recursos humanos, a fin de evitar inequidades entre niveles de atención y regiones de salud.
- Desarrollar mecanismos de monitoreo para el control de gestión de los procesos de planeación.
- Utilizar indicadores y estándares de evaluación para dar seguimiento a la planeación, correlacionándolos con los resultados e impactos en salud.

Para el desarrollo de las estrategias y acciones, las diferentes unidades administrativas centrales, regionales y locales que participan en la planeación de los Servicios de Salud, deberán contar con la información necesaria para el proceso de planeación, de acuerdo con el ámbito de sus atribuciones.

Información relevante

- Misión, visión y valores institucionales.
- Políticas de salud para guiar el plan.
- Descripción detallada de la población que debe estar bajo su cuidado, por unidad médica y región, a fin de establecer ámbitos geográficos, grupos etarios de población, accesibilidad y cobertura de servicios.
- Diagnóstico clínico-epidemiológico, organizacional y administrativo del área de responsabilidad, que deberá incluir el análisis de fortalezas, oportunidades debilidades y amenazas (FODA), para definir las líneas estratégicas de acción.
- Definición de procesos y procedimientos clínicos y administrativos.
- Conocimiento de nuevos desarrollos tecnológicos sobre equipamiento, mantenimiento e insumos para la salud.
- Tipo y perfil profesional del personal de salud por nivel de atención, que incluya el diagnóstico de competencias para realizar las mejores prácticas.
- Presupuesto para operar el plan.



Componente 2.

Corresponsabilidad Institucional y del Derechohabiente y su Familia

Los derechohabientes y sus familias son parte importante del sistema de servicios de salud y resulta imperativo que asuman un papel más activo en el cuidado de su salud.

Esto, sin duda, conlleva riesgos, porque —si bien es válido el aforismo de que “el paciente es el experto mejor preparado para evaluar su salud”— es preciso llegar a manejar un lenguaje común entre médicos y enfermos que permita delimitar las áreas de decisión de unos y otros; la corresponsabilidad es fundamental para impulsar el autocuidado, la prevención, la atención oportuna y la mejora en la calidad de los servicios, pero debe estar formulada en términos que eviten las iniciativas poco informadas, o mal informadas, por parte de los derechohabientes.

Se denomina corresponsabilidad en los servicios de salud a la responsabilidad compartida entre el personal de salud y los derechohabientes y sus familias, y entre el personal técnico y administrativo de los ámbitos de estructura central y regional con el local para brindar atención.

Objetivo

Es generar mecanismos y acciones concretas para estimular en los derechohabientes y sus familias una actitud proactiva frente al cuidado y atención de su propia salud, y en el personal de salud, la vocación por motivar el trabajo conjunto. Asegurar que el concepto se extienda por toda la estructura institucional para garantizar que las acciones operativas cuenten con todo el respaldo necesario.

Estrategias

- Propiciar la reorientación preventiva de los servicios de salud, a través de la estrategia Línea de Vida de tal forma que la misma población derechohabiente participe conscientemente mediante su empoderamiento a través de la información, para realizar actividades de autocuidado y anticipatorias a la enfermedad, como también para proteger su salud de manera más general, con lo cual se irán sentando bases para ir disminuyendo gradualmente las acciones curativas.

Prevenir no se limita a evitar enfermedades nuevas, sino también a paliar síntomas y demorar secuelas de las ya existentes.

- **Extender a todo el núcleo familiar del derechohabiente las obligaciones de la estrategia de Línea de Vida, generando así una mejor salud general y, en términos ideales, menos intervenciones curativas y mayores iniciativas de salud al interior de la familia.**
- **Establecer compromisos firmados por los derechohabientes, en el mismo expediente clínico, para realizar tales o cuales prácticas que forman parte de su tratamiento, formalizando de esta manera su pacto de llevar a cabo acciones a favor de la salud familiar. El auto examen de mama para detectar posibles tumores es una instancia frecuente de esta clase de compromisos, como lo son también la mejora de la alimentación, o realizar cierta cantidad de ejercicio en casos de obesidad.**
- **Coordinar con las dependencias gubernamentales un programa para prevenir enfermedades laborales, con especial atención sobre problemas críticos como obesidad, estrés, tabaquismo, alcoholismo y hábitos laborales inadecuados, ya sean de tipo postural, auditivo, foniátrico, oftalmológico, etc.**
- **Impulsar más el desarrollo de competencias para el trabajo en equipo, la interdisciplinariedad y el desarrollo multiprofesional necesarios para generar la corresponsabilidad y demostrar que ésta no es una utopía. De esta manera, la responsabilidad compartida o “corresponsabilidad” irá permeando todos los componentes del MGSS, y desarrollando una nueva generación de derechohabientes más proactivos, más fáciles de tratar en primer nivel y —sería la meta definitiva— más sanos según los términos descritos por la OMS.**

Esta respuesta estratégica requiere que los derechohabientes asuman un nuevo rol, considerando el contexto familiar y sus implicaciones, en la relación médico-paciente, o médico-familia, a fin de ir transformando su actitud pasiva y receptiva en una participación responsable e informada que —con los límites imprescindibles— les permita un papel más activo y un mejor nivel de diálogo con el personal de salud.

El potencial de este nuevo tipo de relación es difícil de prever. Por una parte, la relación terapéutica más profunda genera posibilidades de indagar factores inconscientes, culturales y ambientales con posibles efectos sobre la salud, que abriría la puerta a una epidemiología más rica y compleja, que constituiría un aporte adicional y una innovación para la planeación de servicios más personalizados y eficientes.

Para desarrollar este componente, las autoridades del Issemym gestionan las acciones necesarias para que tanto en los diferentes ámbitos de estructura como en las unidades médicas de la red de servicios, todos los participantes se comprometan en el cambio organizacional y en el desarrollo de acciones prácticas para cuidar la salud.

La atención médica, por ejemplo, requiere un cuadro básico de medicamentos suficiente, completo y de calidad. Para definirlo y decidir su aprovisionamiento, se reúne a los equipos de salud de diferentes unidades y a un grupo de expertos convocados por la Coordinación de Servicios de Salud a través de su Comité de Farmacia; una vez definidas las necesidades, se las somete al análisis financiero para lograr la autorización administrativa, lo que garantiza el abasto oportuno.

Un enfermo pasivo puede parecer, a simple vista, más fácil de tratar que uno reactivo. Pero suele tener también su lado oscuro: se compromete poco con su tratamiento.

Como se aprecia, el proceso exige corresponsabilidad entre todos los grupos —técnicos, administrativos, entre equipos y ámbitos de gestión— con un foco común, que es la necesidad de atención de los derechohabientes.

La corresponsabilidad en la atención médica puede analizarse desde dos perspectivas: una, de carácter valorativo subjetivo, que pide a cada persona que modifique ciertas conductas pasivas para asumir a responsabilidad de cuidar su propia salud; la otra, de carácter objetivo, que exige concretar las acciones específicas de corresponsabilidad a nivel operativo. Sin embargo, no siempre resulta fácil delimitar misiones claras entre el personal de salud y los derechohabientes, por lo que es necesario definir progresivamente entre las partes acciones concretas para generar la conciencia y la cultura de la corresponsabilidad, que se irán consolidando a través de la experiencia.

Acciones

De los derechohabientes:

Los derechohabientes y sus familiares recibirán información y conocimientos y deberán irse desarrollando destrezas suficientes para:

- 1) Tomar ciertas decisiones restringidas en el cuidado de su salud, y aplicar las acciones de la estrategia de Línea de Vida para prevenir enfermedades.
- 2) Seguir con rigor las instrucciones de seguridad dadas por el médico sobre los medicamentos prescritos y notificar a la unidad médica cualquier situación que provoque inquietud o alarma.
- 3) Continuar fielmente en el hogar los cuidados indicados por el médico.
- 4) Aplicar en los momentos apropiados del proceso de atención la información impartida, además de los conocimientos derivados de la educación en salud necesarios para no interrumpir su atención y proceso de recuperación.
- 5) Apegarse al tratamiento indicado y no tomar decisiones ajenas a dicho tratamiento.
- 6) Reconocer que el trato digno implica amabilidad y respeto, que deben ser mutuos, tanto del personal de salud hacia los derechohabientes, como de éstos hacia dicho personal.
- 7) Acudir puntualmente y cumplir con las citas comprometidas.
- 8) Aprender a participar en la toma de decisiones sobre su atención y los cuidados de la salud, con énfasis en las acciones preventivas.
- 9) Manifestar a través de los mecanismos establecidos en las unidades médicas su insatisfacción, propuestas de mejoras y felicitaciones al personal por los servicios otorgados.
- 10) Reconocer el derecho a la salud y, por lo tanto, los derechos y responsabilidades que emergen del cuidado de la misma, que implican la participación activa y comprometida en el auto cuidado.

La ausencia de trato digno ha sido una de las quejas más frecuentes de los derechohabientes. Dicho trato es, sin embargo, también un compromiso para ellos.

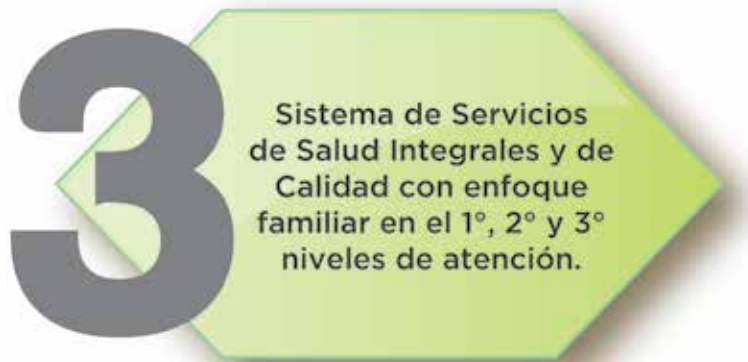
Del personal de salud:

Para llevar adelante este proceso, resulta esencial para el sistema de salud Issemym iniciar progresivamente las medidas siguientes:

- a. Aplicar métodos educativos y de comunicación adecuados para garantizar el aprendizaje de los derechohabientes, a la vez que se respetan sus valores y preferencias.
- b. Contar con los medios idóneos y oportunos para garantizar la ejecución de los procesos de corresponsabilidad. Entre las posibilidades, ya se mencionaron los acuerdos firmados; también es posible nombrar un “representante familiar de la salud” que no sea necesariamente la madre de familia, ya que en algunas experiencias se reporta la importante participación de los niños como impulsores o vigilantes de las prácticas de auto cuidado. Además, queda por explorar la gama de recursos en línea.
- c. Dar seguimiento a cualquier cambio de conducta que se observe en los derechohabientes y sus familias, registrándolos en el expediente clínico; de lo contrario, formular propuestas tendientes a mejorar el proceso.
- d. Estimular la participación de los derechohabientes y sus familias durante el proceso de atención, formulando preguntas y permitiéndoles expresar con confianza sus sentimientos, emociones y opiniones.
- e. Desarrollar estrategias para impartir una educación práctica a los derechohabientes y sus familias, a fin de garantizar la comprensión de lo que se requiere lograr.
- f. Implementar estrategias sencillas, dando a los derechohabientes los medios necesarios para juzgar críticamente los mensajes que reciben del entorno, en forma de rumores, publicidad inadecuada, trascendidos sobre “curas milagrosas”, etc.
- g. Diseñar los indicadores y estándares que permitan monitorear y evaluar los resultados de la corresponsabilidad, entre personal de salud y derechohabientes, y entre autoridades institucionales y personal de salud.

Un enfermo es más que un simple portador de cuadro clínico: es un ser humano que busca expresarse.

Por tanto, y con el objeto de consolidar el compromiso y la interacción, los participantes en los ámbitos operativos y directivos deben establecer de manera explícita los objetivos, criterios y necesidades a fin de cubrir los requerimientos entre las partes, asegurando su participación activa en el proceso.



Componente 3. Sistema de Servicios de Salud Integrales y de Calidad con enfoque Familiar SSS/ICEF

La salud familiar, es el compromiso central del *Modelo de Gestión*; su visión epidemiológica, clínica, psicológica, ecológica y social, permite organizar las acciones a partir del conocimiento de los factores e interrelaciones condicionantes del proceso salud-enfermedad. Este conocimiento facilita el cumplimiento de los objetivos propuestos por la Organización Mundial de la Salud:

- Mejorar la salud de los pacientes y sus familias,
- Responder a sus expectativas,
- Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

La puesta en práctica de este enfoque tiene como marco el Plan de Desarrollo 2012-2017, la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios, el Reglamento Interno del Instituto y el de los Servicios de Salud, así como los lineamientos y procedimientos que en materia de salud se actualizan frecuentemente.

En el *Modelo* se concibe a la familia como la unidad epidemiológica social en donde se gesta el proceso salud enfermedad, y también la motivación y acciones de corresponsabilidad para mantener y recuperar la salud.

El enfoque familiar aplicado por el Issemym se expresa en la orientación que el personal de salud debe dar a los derechohabientes y sus familias durante la atención médica, considerando sus necesidades, expectativas, recursos protectores y participación activa, a fin de promover la salud como valor universal.

Uno de los aspectos más radicales del cambio propuesto por el *Modelo* reside en que el cometido del Instituto ya no abarca sólo al paciente enfermo sino también al individuo y familia sanos. Al margen de la atención de las condiciones que llevan a los derechohabientes a consulta, una preocupación central del personal de salud debe ser el control y mantenimiento de la condición saludable, ya sea en enfermos tratados o en derechohabientes que nunca han demandado servicios.

Dado que este concepto contiene algunos postulados poco familiares para grupos importantes de población, es necesario impulsarlo de manera conjunta, sensibilizando al núcleo familiar con la inspiración y el apoyo de los equipos de salud de los diferentes niveles de atención.

Uno de los propósitos fundamentales es convencer al derechohabiente de que no necesita estar enfermo para concurrir a su unidad de salud.

Este proceso de sensibilización en particular, y de manera más general todo el SSSI/CEF representa una evolución compleja de la relación médico-paciente, médico-familia, que puede reportar beneficios importantes para ambas partes.

Desde esta perspectiva el personal del Instituto no debe considerar la atención de la salud con enfoque familiar simplemente como una función más de la Institución, sino conceptualizarla como la **FUNCIÓN ESENCIAL DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** para mejorar la calidad de vida y el desarrollo social.

Este enfoque holista implica, por supuesto, un apego sin claudicaciones a las premisas de la dimensión humana y la atención integral, a través de la estrategia de Línea de vida y las acciones de los programas prioritarios de salud, desarrollando las mejores prácticas de calidad técnica, apoyadas en educación médica continua e investigación en salud.

Las políticas y los métodos ya están en gran medida establecidos, pero su difusión, conocimiento y aplicación por parte del personal es desigual, por lo que su mejora y desarrollo sinérgicos son importantes y factibles. Esto dependerá de que se difundan los objetivos y mecanismos del sistema, para que todos sus participantes estén debidamente familiarizados con sus alcances y ventajas.

Esta importante tarea requiere disposición para lograr una comunicación efectiva entre directivos, jefes de servicio, equipos de salud y entre las diferentes unidades médicas.

El enfoque familiar tiene expresiones claramente diferenciadas de acuerdo con los niveles de atención. En el primero se trata básicamente de integrar el diagnóstico familiar con identificación y clasificación de riesgos para brindar una atención integral. En el segundo y tercer niveles operan a través de la estrategia denominada Gestión Hospitalaria Centrada en el Derechohabiente y su Familia (GEHOCEDYF).

Objetivo

Garantizar la prestación de servicios de salud integral y de calidad con enfoque familiar en las unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles de atención, que componen la red de servicios.

El enfoque familiar incluye dos temas centrales para su desarrollo: el primero se refiere al diseño organizacional y el segundo a la gestión propiamente dicha.

Estrategias

- Desarrollo del enfoque tomando en cuenta la tipología de las unidades médicas que interactúan como parte de la red de servicios de salud.
- Fortalecimiento de la comunicación entre ámbitos (central, regional, y local) y niveles de atención para garantizar la unidad de dirección en la aplicación del enfoque familiar.

Un rasgo fundamental del Modelo lo constituyen sus mecanismos para la identificación y estímulo de integrantes de personal con potencial para desarrollarse en roles de liderazgo.

- Unidad de dirección en las unidades médicas garantizándola a través del director médico como responsable último de los servicios al derechohabiente;
- Desarrollo de competencias de gestión y liderazgo a personal directivo.
- Fortalecimiento y desarrollo de competencias clínicas a través de los responsables de enseñanza de las unidades médicas para aplicar el enfoque familiar en los tres niveles de atención.
- Aprovechamiento de capacidades excepcionales del personal para la caracterización de líderes formales e informales que asesoren y supervisen diferentes procesos del enfoque familiar.

Acciones del Enfoque Familiar en el primer nivel de atención.

I) Asignar por parte de los directores el número de familias que cada médico y cada unidad tienen bajo su responsabilidad de acuerdo con su población.

II) Abrir expediente clínico familiar manual o electrónico, que incluya además la historia clínica de cada uno de sus miembros y la hoja de valoración de riesgo por familia. Esto permite al médico determinar la frecuencia de citas de control y las acciones de corresponsabilidad a establecer con los derechohabientes;

III) Brindar en las unidades médicas de primer nivel, atención odontológica, psicológica o nutricional, o de especialistas como pediatras o gineco-obstetras, vigilando que no se pierda la continuidad de la atención. De requerir un servicio de mayor capacidad resolutoria deberá referirse a unidades que cuenten con especialidades de segundo nivel de atención;

IV) Los responsables de las unidades médicas mantienen y llevan a cabo la vigilancia epidemiológica de la salud no sólo relacionada con el daño, sino de manera relevante con el mejoramiento de la salud informando al personal y a los derechohabientes los logros compartidos. Esto se realiza bajo los lineamientos de la Dirección de Atención Médica;

V) Los médicos realizan el seguimiento de los derechohabientes contra referidos por el segundo y tercer nivel, poniendo énfasis en aquéllos a los que se les incluyeron medicamentos de especialidad y los que tienen indicada una alerta clínica para el seguimiento familiar;

VI) Los médicos de primer nivel registran actividades diarias de enfoque familiar en los formatos oficiales o en forma electrónica, y analizan los resultados de manera mensual, trimestral y anual.

Acciones del Enfoque Familiar en el segundo y tercer nivel de atención.

Las acciones previstas se conducen a través de la estrategia Gestión Hospitalaria Centrada en el Derechohabiente y su Familia (GEHOCEDYF).

El expediente clínico familiar, de papel o electrónico, permite enriquecer la información que tienen los equipos de salud en relación con cada derechohabiente.

I) Difundir los lineamientos sobre los servicios de salud integrales con enfoque familiar. Dichos lineamientos fueron emitidos en septiembre de 2010 y actualizados en 2012 y se dará seguimiento a su aplicación.

II) Planificar y presupuestar las acciones de salud integral a partir de las necesidades y expectativas de los derechohabientes, el perfil epidemiológico y los recursos disponibles del hospital, visualizándolo como parte de la red de servicios del Sistema de Salud. Con esta información se elabora el plan y programa operativo anual.

III) Organizar la gestión clínica, educativa, de investigación y administrativa, bajo el lineamiento de procesos y criterios de calidad.

IV) Desarrollar la gestión clínica de calidad y de seguridad del paciente a partir de la información que proporcionan los derechohabientes y el expediente clínico.

V) Incluir en el diseño y organización de la atención médica con enfoque familiar criterios éticos, de seguridad, calidad y transparencia, coadyuvando en la prevención de las enfermedades y de las complicaciones de los problemas crónico-degenerativos, con miras a su impacto familiar.

VI) Mantener como parte de la GEHOCEDYF una comunicación activa tanto vertical como horizontal a través de la negociación motivación e información. Dicha comunicación, originada por el director y su equipo durante el pase de visita y recorrido a los diferentes servicios, incluirá aportes de los derechohabientes y familiares que se encuentran en las salas de espera, para conocer en forma directa su opinión sobre la atención que reciben.

VII) Sistematizar la comunicación interna entre la dirección y los equipos de salud de todos los turnos y con las unidades médicas de la red.

VIII) Conformar equipos motivados desarrollando un ambiente en el cual se escuchan las opiniones diversas y se consideran las diferentes razones que se tienen para actuar de determinada manera. Lo que se persigue es una cultura en la cual se aprecia que la diversidad de opinión, la comunicación y la negociación pueden ser vitales para el logro de los mejores resultados.

IX) Desarrollar liderazgos participativos y empoderar a los equipos para tomar decisiones informadas sobre las acciones de mejora, para fortalecer la relación médico-paciente, médico-familia y médico-equipo de salud.

X) Incorporar a los derechohabientes en las decisiones terapéuticas con respeto por las preferencias del enfermo.

XI) Desarrollar en el personal actitudes para atender al enfermo terminal con humanismo y con calidad (enfoque tanatológico).

XII) Motivar e impulsar la corresponsabilidad de los derechohabientes y el equipo médico para lograr el apego al tratamiento, el cumplimiento de citas y horarios de atención.

Se propone aprovechar la diversidad de opiniones, expresadas en cauces apropiados, para enriquecer el trabajo del equipo de salud.

XIII) Impulsar en los equipos de trabajo la comunicación con los derechohabientes y sus familias sobre la información que necesitan cuando son hospitalizados o atendidos en los servicios de urgencia.

XIV) Participar en la prevención de los problemas crónico-degenerativos, en pacientes referidos desde el primer nivel, con miras a su impacto familiar. Esto se hace efectivo a través de la comunicación con los diferentes niveles, el intercambio entre pares y la asesoría a los médicos de primer nivel que originaron la referencia.

XV) Garantizar la continuidad de la atención, a partir del reconocimiento de que el equipo hospitalario tratante es parte de una red de servicios; así la responsabilidad de la atención integral se comparte con las demás unidades médicas a través de los mecanismos de referencia contra referencia y de la comunicación activa entre directivos de las unidades de diversos niveles de atención.

XVI) Detectar en los pacientes referidos por el primer nivel los casos que requieran seguimiento familiar, por lo que la contra referencia deberá incluir la denominada alerta clínica.

XVII) Integrar un equipo de asesoría constituido por médicos especialistas para que los facultativos de primer nivel lo puedan consultar y que en el futuro mediano esta función se realice a través de Telemedicina. Se prevé que el trabajo progresivo en este tema permitirá desarrollar la red de asesores clínicos del Instituto.

XVIII) Difundir a través del equipo de asesoría los criterios diagnósticos y terapéuticos especializados, con el fortalecimiento adicional que significa su acceso a la investigación. Esta asesoría, por otra parte, resulta de gran valor cuando los equipos de salud de primer nivel participan en investigaciones.

XIX) Fortalecer el desarrollo de la investigación y la formación de investigadores para evidenciar y apoyar los cambios producidos a partir de este nuevo enfoque y generar nuevos conocimientos científicos relevantes al enfoque familiar.

XX) Fomentar la evaluación sistemática más allá de la simple perspectiva estadística, tomando en cuenta criterios cualitativos y cuantitativos y los efectos sobre la salud del grupo familiar y social, como parte de los criterios de eficiencia y efectividad de la red de servicios.

XXI) Realizar la gestión de costos de los servicios creando centros de costo. A mediano plazo, y una vez autorizado, el mecanismo de gastos relacionados al diagnóstico (GRDs) facilitará la toma de decisiones técnico-financieras del hospital como parte de la red de servicios.

XXII) Evaluar con indicadores de resultado el trabajo de cada unidad médica. Estos ya no se formularán en términos de la pregunta tradicional de “¿en qué medida se cumplió la meta o cuan-

Un/a investigador/a de la salud no solamente se ubica en la avanzada de su ciencia, sino que también perfecciona sus habilidades para la labor cotidiana.

to produces?”, sino incorporando preguntas de mayor relevancia para los derechohabientes y el sistema de salud: “¿cómo está la salud de tu población?” “¿Qué calidad de servicios otorga tu Hospital?” “¿Qué tan satisfechos se sienten los derechohabientes y el equipo de salud?” y “¿En qué medida se han humanizado los servicios?”

El desarrollo actual de la GEHOCEDYF se ha realizado a través de un equipo de trabajo conformado por los subdirectores de los hospitales de tercer nivel quienes, en representación de los directores respectivos, definieron las características de la estrategia. En esto, también han adoptado un cambio de fondo en la concepción de los servicios, ya que uno de sus cometidos es brindar a sus directores información y desarrollos conceptuales para orientar el proceso y desplazar su foco de atención de la planeación centrada en la producción tradicional de servicios, curativos y fragmentados, a la atención integral y de calidad, con enfoque familiar como propone el nuevo paradigma.



Componente 4. Planes Maestros

Los planes maestros son herramientas estratégicas para el desarrollo de los servicios, ya que permiten generar diversos escenarios y propuestas para atender las necesidades actuales y futuras de los derechohabientes y del Instituto.

Objetivo

Contar con instrumentos rectores que permitan el ordenamiento de los recursos necesarios para operar los servicios de salud, con el fin de garantizar el funcionamiento del sistema de salud a través de previsiones responsables del financiamiento para la inversión y logística de operación con criterios de equidad, que respondan a las necesidades percibidas.

Estrategia

- Establecer planes maestros de acuerdo con las operaciones previstas en el *Modelo de Gestión*, y actualizarlos sistemáticamente de acuerdo con la normatividad federal, estatal e institucional, el desarrollo técnico-científico y la disponibilidad financiera.

Acciones

Plan Maestro de Recursos Humanos.

No está de más insistir en que el personal de salud es el capital principal en la producción de servicios.

- Determinación del número, tipo y perfil profesional que requieren las unidades médicas según su tipo y función.
- Asignar los recursos humanos en función de la red de servicios según requerimientos inmediatos para resolver los problemas que desafortunadamente se han ido agudizando por déficits presupuestales.
- Jerarquizar la asignación de personal de acuerdo con las situaciones de carencia y su potencial crítico.
- Determinar las necesidades de nuevos recursos a mediano plazo para responder al plan estratégico que el Modelo de Gestión propone desarrollar.
- Proyectar necesidades futuras de personal de la salud emergentes de los postulados del Modelo.

Se aprovecha el entorno del trabajo cotidiano para la enseñanza de competencias profesionales.

Plan Maestro de Educación e Investigación.

El Plan Maestro de Educación e Investigación debe mantener un alto grado de motivación y desarrollo de competencias a fin de responder a los desafíos señalados por el Sistema de Salud.

Acciones de educación

- Definir competencias profesionales de cada uno de los profesionales que integran el equipo de salud de acuerdo con la epidemiología prevalente en las distintas regiones.
- Diseñar con los directivos y el personal de enseñanza de las unidades médicas por nivel de atención, las competencias para el desarrollo del enfoque familiar.
- Fortalecer el sistema de aprendizaje en el servicio —aprender haciendo— como una prioridad institucional. Tal es el caso de la capacitación de médicos de primer nivel en la atención de emergencias obstétricas realizado en el Hospital Materno Infantil.
- Orientar la actualización médica con sistemas de punta para realizar las mejores prácticas de salud.
- Formar personal con calidad humana y dominio de técnicas de comunicación que fomenten el involucramiento familiar y la corresponsabilidad.

Acciones de investigación

- Generar una estructura para el desarrollo de la investigación.

Un fideicomiso creado de común acuerdo con proveedores permite disponer de fondos para la investigación.

- Definir los lineamientos que estipulen las reglas de operación para el desarrollo de las investigaciones y los financiamientos correspondientes.
- Consolidar el proceso de operación entre el Comité Central de investigación y el Fideicomiso COMECYT para que se otorguen los financiamientos a los proyectos que reúnan los requisitos establecidos.
- Generar competencias en investigación para el desarrollo de proyectos de diferente tipo.
- Establecer las áreas de conocimiento que de acuerdo con el *Modelo* precisen aportes de nuevos estudios.
- Ampliar el sistema de estímulos a la investigación a fin de que cubra toda la red de servicios.

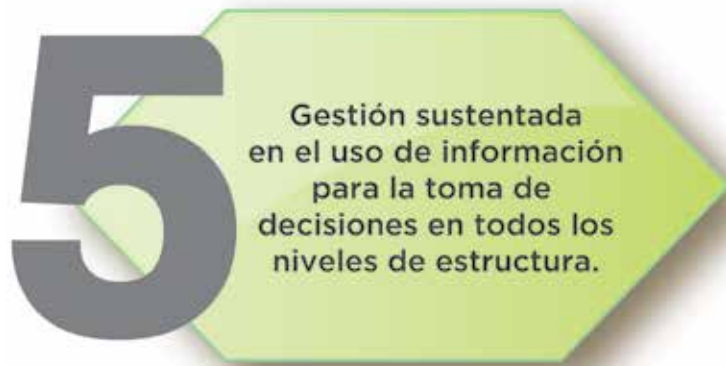
Planes Maestros de Infraestructura, Equipamiento e Insumos.

El crecimiento del número de derechohabientes y el progreso de la ciencia y tecnologías médicas exigen ampliaciones continuas en la capacidad de atención, que implican más infraestructura, mayor equipo e insumos.

Acciones

- Calcular el número y tipo de unidades médicas que se requieren para responder a la demanda en el corto y mediano plazos.
- Estimar el proceso de obsolescencia de las instalaciones y equipos existentes con el objeto de pronosticar el momento de su posible fallo y correspondiente porcentaje de riesgo.
- Planificar la demanda de equipo e insumos para la salud de acuerdo con las condiciones epidemiológicas y con base en los resultados de la investigación de aquellos que pudieran ofrecer ventajas competitivas respecto de los existentes.
- Considerar los catálogos de equipo e insumos por tipo de unidad médica y nivel de atención.
- Administrar el sistema de requerimientos de equipo e insumos de las unidades médicas conforme el plan y aplicar los protocolos de mantenimiento.

Los planes maestros de equipamiento e insumos siguen de cerca las evoluciones de las áreas de atención a los derechohabientes, en la conciencia de que constituyen un respaldo fundamental para la calidad de la atención.



Componente 5. Gestión e información

El nuevo paradigma de gestión expresado en el *Modelo* define una nueva forma de administrar los servicios de salud. Factor fundamental es el desarrollo de un nuevo manejo en lo que se refiere al uso de la información para la gestión.

La información ha sido un elemento esencial del ejercicio médico desde hace mucho tiempo, pero su importancia se ha hecho más protagónica, y la puntualidad de su transmisión más acuciosa, desde el advenimiento de los sistemas digitales. En las épocas de los hospitales aislados, la trascendencia de la información adquiría estado crítico a la hora de cambiar guardias, o cuando se preguntaba cuáles eran las principales causas de enfermedad o muerte, los índices de utilización de servicios, etc.

Pero, cuando el procesamiento de grandes cantidades de información y la utilización de recursos financieros han empezado a generar una exigencia creciente de datos más detallados, se ha hecho necesaria la introducción de prácticas del tipo del expediente clínico electrónico para facilitar la gestión clínica, epidemiológica y financiera; así, el movimiento oportuno de información confiable se ha transformado en uno de los factores de éxito de cualquier sistema de salud.

La selección y manejo de información relevante se revela como factor estratégico para los servicios de salud.

De hecho, este ítem constituye uno de los criterios torales que examinan los organismos encargados de conferir certificaciones o premios de calidad.

Ya no se trata de que las estadísticas se manejen sólo con criterio de “mina de datos”, ni de mostrar que el Instituto brindó equis cantidad de servicios, y gastó tanto o cuanto presupuesto, sino que es necesario que el análisis de la información dé a conocer además que la población bajo la responsabilidad del Instituto exhiba de manera comprobable mejores condiciones de salud.

La información así manejada, a su vez, proporcionará bases para tomar decisiones sobre qué acciones deben continuarse, reforzarse o eliminarse.

Objetivo

Desarrollar un método de gestión para enfrentar la burocracia, la inercia y el conformismo generado por las rutinas, y dar paso al compromiso institucional y social con la salud, impulsando el ejercicio de la libertad y la responsabilidad de los participantes, aunadas a una mayor flexibilidad institucional.

Estrategias:

- Fortalecimiento de competencias del personal de los servicios de salud para el uso de la información en la toma de decisiones.
- Definición y uso de indicadores y estándares rigurosos, de acuerdo con metas definidas y sustentadas en un sistema de información confiable.
- Desarrollo de procesos y de mejora continua de la calidad, congruente con el aumento de la eficiencia.
- Fortalecimiento de la capacidad organizacional, de negociación y liderazgo, con miras a la solución de problemas.
- Generación de incentivos que propicien el trabajo en equipo y el establecimiento de sistemas de reconocimiento.
- Estímulo de la reflexión del personal hacia la solución de problemas.
- Fomento sistemático del análisis crítico de la información, para que sólo la de mayor calidad y relevancia sea tomada como base para decisiones.
- Asegurar la realización efectiva de las acciones a través de protocolos del control de gestión.

Las ventajas de las redes de salud se han ido haciendo cada vez más evidentes. Dichas redes dependen del manejo fluido de la información y la experiencia va demostrando que existe una correlación positiva entre el uso óptimo de los datos y la calidad de la atención médica.

6

Evaluación monitoria, supervisión integral y análisis de costos para mejorar el financiamiento.

Componente 6. Supervisión y Evaluación Integral

La evaluación da respuesta a las metas institucionales, pero sobre todo debe permitir reflexionar a los equipos de salud sobre los alcances del esfuerzo. Extender la información valorativa hasta los derechohabientes permite que comprendan los alcances y limitaciones en la actuación institucional, en la que ahora tienen un papel más activo.

El método de evaluación del Modelo denominado CEPP/Issemym, se ilustra esquemáticamente en la imagen siguiente. Plantea un abordaje sistémico y de mejora continua. En este sentido, el método tiene un carácter formativo que ayuda a los diferentes equipos a generar competencias para identificar estrategias y acciones que perfeccionen el sistema de salud.



Como se puede ver en el diagrama anterior, se consideran cuatro dimensiones, que corresponden a las siglas de su nombre: C. E. P. P. C. se refiere al Contexto en el que se desarrollan los servicios de salud, considerando los factores ecológicos, técnicos, administrativos, económicos, culturales y sociales que condicionan o determinan las respuestas del Instituto a la problemática de la salud.

E. designa la Estructura cuya evaluación incluye las características de funcionamiento de los edificios, el cumplimiento de perfiles profesionales del personal de salud y directivos, así como la calidad de los equipos e insumos entre lo más relevante.

P. alude al Proceso que valora el uso y desarrollo de procedimientos cumplimiento de los estándares de calidad en los tres ámbitos de estructura y niveles de atención.

P. valora los productos y resultados en salud, sus efectos y el impacto en la población, como salida del sistema y fuente de retroalimentación de los componentes del *Modelo de Gestión*.

Objetivo

Evaluar los resultados del *Modelo* como un todo y analizar sus efectos e impacto en la salud de los derechohabientes y retroalimentar la planeación del sistema de servicios de salud en los diferentes ámbitos de la estructura, local, regional y central.

Estrategias:

1. Definir indicadores precisos confiables y reproducibles que permitan medir la calidad y el desempeño de los servicios;
2. Supervisar integralmente los servicios de salud con una orientación de acreditación de la calidad que permita la mejora continua;
3. Divulgar los resultados de mejoras entre el personal de salud y los derechohabientes;
4. Crear un mecanismo que permita la rápida multiplicación de las experiencias positivas, para lograr su aplicación generalizada.

Acciones:

- Evaluar el sistema de salud en términos comprensibles y comparables valiéndose de indicadores y estándares de los cuales la mayoría se enfoca sobre las siguientes áreas:
 1. Desempeño de metas de los proyectos de salud del Programa Operativo Anual (POA/SIED)
 2. Sistema Integral de Indicadores (SII).
 3. Desempeño hospitalario
 4. Morbilidad general y específica
 5. Mortalidad hospitalaria

Evaluar los servicios es fundamental para lograr su mejora; evaluar al propio Modelo determinará en qué medida ha sido exitoso.

6. Referencia-contrareferencia

7. Abasto de insumos

8. Costos de la atención.

- Analizar la información y retroalimentar a los ámbitos y niveles de atención para decidir los cambios y mejoras o para mantener las acciones previstas.

La cultura de mejora constante de los servicios se hará realidad cuando la incorporen como propia todos los miembros del equipo de salud.

Otros indicadores de los diferentes componentes del *Modelo* deberán desarrollarse de acuerdo con la madurez que vayan alcanzando los procesos de gestión en los diferentes ámbitos de la estructura del sistema, para lo cual deberán crearse programas informáticos apropiados.

Supervisión integral y monitoría de resultados de mejora.

Dentro de este último componente del *Modelo* se desarrolla, además, la supervisión integral, orientada a la acreditación de la calidad en las unidades médicas de la red. Con ella se da seguimiento a las normas federales, estatales e institucionales que garantizan la calidad de los servicios y se monitorea su cumplimiento.

La supervisión integral contempla las dimensiones de capacidad instalada, seguridad y calidad para lo cual, además de contrastar la aplicación de los criterios normativos, asesoran en el servicio al personal de salud y empoderan a los equipos en la mejora continua de la calidad.

Objetivo

Impulsar la cultura de la calidad a través de la mejora continua, para elevar la satisfacción de los derechohabientes y del personal del instituto por las acciones de salud desarrolladas.

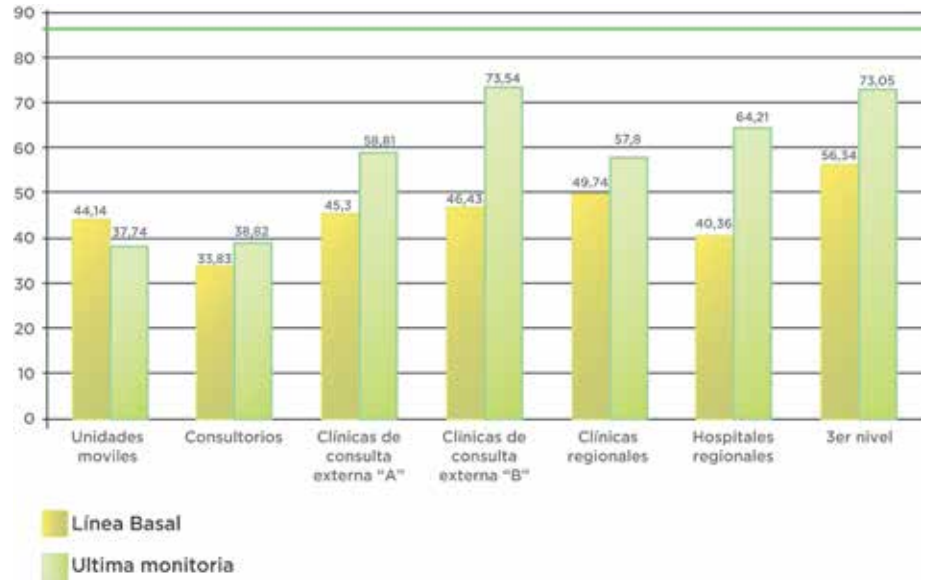
Acciones:

- Asesoría al personal sobre la aplicación de las normas oficiales mexicanas y lineamientos institucionales.
- Monitoría y registro de los resultados por servicio, dimensión, unidad médica, nivel de atención y de la red en su conjunto.
- Retroalimentación a los diferentes ámbitos de estructura con información sistematizada para la mejora.
- Análisis de los avances y áreas de oportunidad y formulación de recomendaciones.
- Fortalecimiento y apoyo en la acreditación y certificación de la calidad de los servicios por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Federación, y del Consejo de Salubridad General, respectivamente.

Entre sus primeros resultados se encuentran el establecimiento de la línea basal de calidad de los servicios de salud en enero de 2010, así como evidencias de mejora continua en las 108 unidades médicas se-

gún nivel de atención cuyos resultados a diciembre de 2011 se reflejan en el gráfico siguiente. Esta metodología facilitó la acreditación de las unidades médicas por la Secretaría de Salud Federal.

**Resultados de monitoría de la calidad en unidades médicas por nivel de atención
Enero 2010-Diciembre 2011**



Fuente: Departamento de Evaluación y Supervisión 2010.

Organización del Modelo de Gestión

La estructura descrita en las páginas anteriores requiere para su funcionamiento de cuadros dirigentes bien compenetrados con las metas de la Institución en general y del *Modelo de Gestión* en particular, como también de equipos de salud sensibilizados para encarar los cambios impuestos por nuevas modalidades de atención, y relacionarse con una masa de derechohabientes exigente y en constante evolución.

La Coordinación de Servicios de Salud (CSS) es el área responsable de planear, dirigir y evaluar los servicios de salud, así como crear programas orientados a mejorar la prestación de los servicios de salud y los mecanismos que permitan racionalizar y optimizar los recursos asignados.

La estructura de los servicios de salud comprende los ámbitos central, regional y local.

El ámbito central en materia de salud está representado por la CSS, y cuenta con una unidad de planeación e innovación, un departamento de evaluación y supervisión, y tres direcciones, que son: Atención a la Salud, Educación e Investigación en Salud, y de Gestión y Control. Este conjunto, que cuenta también con sus respectivas subdirecciones y departamentos, establece las normas, lineamientos y procedimientos que rigen la operación del Sistema de Salud. Incluye una Delegación Administrativa, cuya encomienda es apoyar las gestiones para el buen funcionamiento de la Coordinación. La siguiente imagen refleja su organización.

Estructura Funcional de la Delegación Administrativa

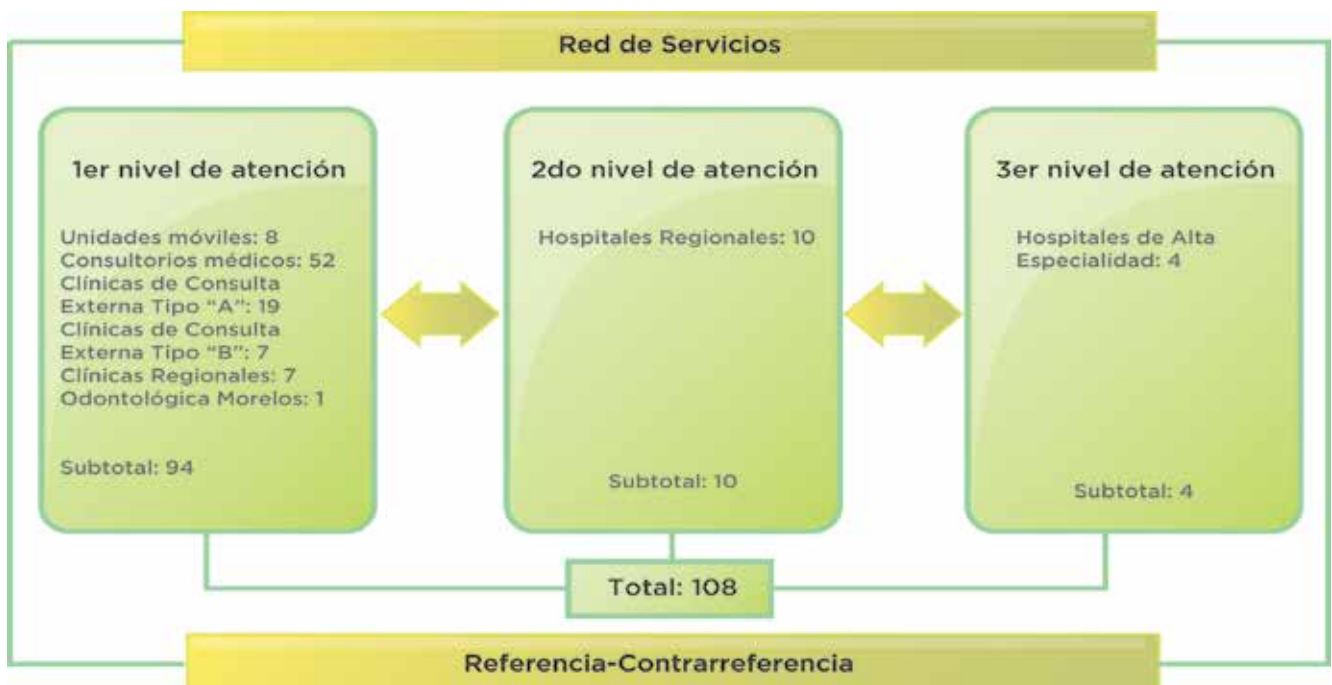


El ámbito regional está integrado por seis regiones de salud, que contribuyen a garantizar la unidad de dirección y el seguimiento operativo de los procesos de la red de servicios. La función esencial se resume en cinco líneas de acción: la vigilancia epidemiológica, el apoyo a la gestión de la calidad de la atención, la docencia e investigación y el control de gestión de los servicios de salud. Además contribuyen en la implantación y desarrollo del *Modelo de Gestión*, mediante la asesoría a las unidades médicas de cada región.

El seguimiento que se realiza por los enlaces regionales permite conocer los contextos diferenciales que condicionan el proceso salud enfermedad de las zonas rurales, suburbanas y urbanas y por tanto entender mejor las diferentes necesidades y expectativas de los derechohabientes, facilitando además la comunicación y funcionamiento de la red de servicios.

El ámbito local se estructura con 108 unidades médicas que, integradas en tres niveles de atención, conforman la red de servicios e interactúan entre sí a través del mecanismo de referencia contrarreferencia según se aprecia en la imagen.

Unidades Médicas por Nivel de Atención de la Red de Servicios



Esta es la verdadera “trinchera” y el “rostro” de la institución ante sus beneficiarios. Sus necesidades son, por lo tanto, de importancia crítica, por lo que es un elemento clave la forma en que las unidades médicas adoptan las medidas concebidas para responder a las exigencias de sus usuarios con el apoyo del ámbito regional y central.

En este sentido la CSS plantea un proceso de cambio fundamental que consiste en considerar el ámbito local como el más importante; por tanto, el ámbito regional y central deben convertirse en un verdadero apoyo para el funcionamiento de éste, esta concepción permitirá horizontalizar progresivamente la estructura actual.

Procesos de la Coordinación de Servicios de Salud

Para la conducción y operación del *Modelo* en los diferentes ámbitos estructurales, la Coordinación conduce el *Modelo* a través de la articulación de estrategias y acciones de las diferentes unidades administrativas y se vale de diversas herramientas para la planeación, evaluación y control de gestión en los ámbitos de estructura y niveles de atención de acuerdo con la naturaleza de cada uno; sin embargo, aunque tiene abordajes distintos deben funcionar en forma sinérgica para facilitar la operación integral de la red de servicios.

Herramientas de gestión

I. Plan estratégico.

Define a partir de la misión, visión y valores, los objetivos, estrategias, líneas de acción y proyectos que conducen la operación de los servicios a corto, mediano y largo plazo, alineado al Plan de Desarrollo del Estado de México.

De esta manera, la visión de futuro que tiende a la universalidad de la cobertura de salud manifiesta de manera explícita la voluntad de la gestión para interactuar y establecer alianzas cada vez más fuertes entre las instituciones, el personal de salud y la población derechohabiente para alcanzar un cuidado más amplio, más humano y comprensivo de la salud.

II. Manuales de organización.

Elaborados en coordinación con la Dirección de Personal, describen las funciones precisando los centros de responsabilidad en los diferentes ámbitos y niveles de atención. Los manuales son revisados y actualizados con frecuencia de acuerdo a la madurez que va alcanzando el *Modelo*. Las unidades médicas cuentan con el manual de organización de acuerdo con la estructura autorizada o funcional, según sea el caso.

III. Catálogo de servicios por unidad médica y nivel de atención.

Define el conjunto de servicios y horarios de prestación, de acuerdo a la capacidad resolutive del nivel de atención que corresponda y se actualiza sistemáticamente según sus desarrollos.

IV. Planes, programas, presupuesto y evaluación, instrumento conocido por sus siglas como “PPPE”.

Es un instrumento integrado por: “P” Plan anual, que integra los proyectos de las diferentes áreas, según su ámbito de estructura; “P” Programa Operativo Anual y el Sistema de Indicadores del Desempeño (POA/SIED) que establece las metas de resultado a partir del volumen de recursos básicos disponible en cada unidad médica; “P” Presupuesto anual por proyecto que garantiza la disponibilidad financiera asignada a las metas programáticas; y “E” Evaluación, que se realiza con base en indicadores y estándares que progresivamente irá incorporando los indicadores que la metodología de evaluación CEPP/Issemym valla identificando para valorar el mapa completo de la operación del *Modelo de Gestión*, estos procesos son acordados con la Unidad de Información Planeación, Programación y Evaluación (UIPPE).

Una dimensión prioritaria de la calidad es el mantenimiento de la seguridad de los derechohabientes y el personal de salud.

V. Plan de Gestión de la Calidad.

Documento que define los alcances de la calidad esperada en cada nivel de atención. Incluye los mecanismos para la identificación de necesidades y expectativas de los derechohabientes, el diseño de procesos de atención médica y de seguridad del paciente con sus respectivos indicadores y estándares que incluyen la apropiada calidad de la relación interpersonal. Los mecanismos de monitoreo y acciones de mejora y la difusión de resultados al personal de salud y a los derechohabientes. Las acciones del plan contribuyen a los procesos de acreditación y certificación.

VI. Comunicación activa, clara y multidireccional.

Se establece mediante un sistema de comunicados y reuniones programadas entre funcionarios y equipos de cada ámbito de estructura —incluyendo los sindicatos y los derechohabientes— que tiene por objetivo solucionar a través de la negociación los problemas que se enfrentan en la prestación de servicios, como también informar sobre los resultados alcanzados.

VII. Comité Central de la Coordinación de Servicios de Salud.

Grupo colegiado en el que participan los titulares de las Coordinaciones y Unidades administrativas del ámbito central, regional y directivos locales. En el seno del Comité se analizan los problemas y alternativas relacionadas con el funcionamiento, alcance, mejora y evaluación de resultados de los servicios de salud.

VIII. Coordinación y gestión interinstitucional e intersectorial con el Sector Salud y otros sectores del Estado de México.

La coordinación interinstitucional se realiza bajo la conducción de la Dirección General del Issemym.

Una coordinación relevante se lleva a cabo con el Consejo Estatal de Salud, y con otros sectores gubernamentales, como el educativo y con la Universidad Autónoma del Estado de México que participa en

El compromiso contraído por todos los ámbitos de administración y niveles de atención garantiza el apoyo institucional total al *Modelo*.

actividades de educación y formación profesional, caso similar ocurre con universidades e institutos de nivel federal con quienes se establecen alianzas que contribuyen a beneficiar tanto a los servicios de salud como a las instituciones formadoras de recursos.

IX. Reuniones directivas de la CSS.

La agenda de dichas reuniones permite que a través de tableros de control que dan seguimiento a las acciones de las direcciones y áreas de la CSS y del ámbito regional, se evalúen quincenalmente los avances y se direccionen los esfuerzos, permitiendo así mantener la coordinación de actividades en la estructura central, regional y local para potenciar el trabajo en equipo y evitar duplicaciones.

X. Asesoría conjunta de alta dirección.

Consiste en visitas a las unidades médicas por parte del Director General y el Coordinador de Servicios de Salud, con el fin de conocer y dar respuesta a las necesidades de los derechohabientes, así como reforzar el liderazgo de sus directivos. Este mecanismo permite visualizar la actuación del personal operativo y el funcionamiento del MGSS. En los casos que el Director General no asiste, la visita se realiza por el Coordinador de Servicios de Salud.

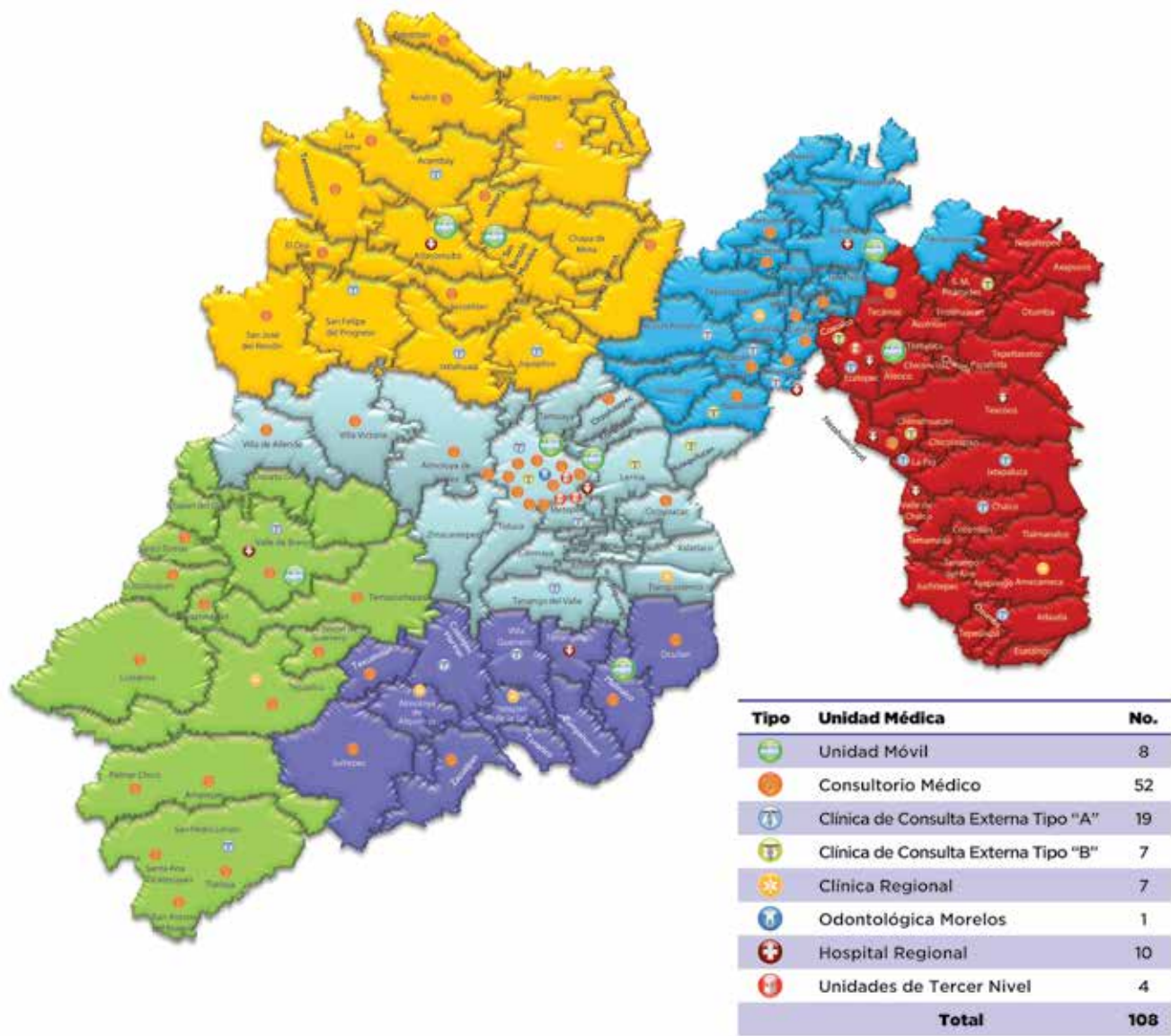
XI. Control de gestión.

Mecanismos de seguimiento para garantizar la operación del sistema de salud:

- Seguimiento de planes y proyectos específicos.
- Tablero de desempeño hospitalario.
- Sistema de vigilancia epidemiológica.
- Monitoría de indicadores de calidad de la atención y seguridad del paciente y mejora de procesos.
- Resultados de eventos adversos en farmacología.
- Sistema de control de insumos médicos, equipamiento y mantenimiento de infraestructura.
- Seguimiento de la eficiencia del sistema de referencia contrarreferencia.
- Evaluación de resultados de la supervisión integral.
- Evaluación y retroalimentación del *Modelo de Gestión*.
- Control de costos financieros.

Regionalización de servicios de salud

El Issemym ha regionalizado sus servicios prácticamente desde su origen en 1994; sin embargo el año 2011, se considera como el momento en que el Sistema de Salud se consolida en seis regiones como se aprecia en la siguiente imagen.



La estrategia de regionalización tiene como propósito garantizar el acceso oportuno de los derechohabientes y sus familias a la red de servicios.

Una red se define como un conjunto de puntos o nodos unidos entre sí por diferentes enlaces que pueden establecerse de distintos modos: enlazarse todos con todos, o bien relacionar solo un punto con otros, o identificar relaciones al azar que no fueron previstas (2006. Mateos, J. *La investigación en medicina*).

Las redes pueden ser simples o complejas, su desafío es identificar eficientemente los conectores de la red para lograr objetivos previamente definidos. De ahí la importancia del estudio de las redes complejas en medicina para innovar los sistemas de salud.

La red de servicios de salud del Instituto se concibe dentro esta clasificación sus nodos se representan por las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel e interactúan mediante procesos de conectividad como la referencia contrarreferencia de pacientes, la gestión de procesos clínicos y administrativos y coordinación de esfuerzos para lograr beneficios a los derechohabientes.

Un ejemplo de esto lo constituye la red roja que se activa frente a una emergencia obstétrica para prevenir la muerte materna.

La red de servicios de salud cuenta con el apoyo de otras sub redes, como la oncológica, la de laboratorio y gabinete, y la red de traslado de pacientes mediante el servicio de ambulancias. Además progresivamente se va consolidando la red de facilitadores para la gestión de la calidad y la red de asesoría profesional en diagnóstico y tratamiento clínico arriba señalada.

En la red, el primer nivel de atención se considera el punto de entrada al sistema de salud, y debe GARANTIZAR A LOS DERECHOHABIENTES UNA estrecha correspondencia programática y funcional con una unidad médica hospitalaria de segundo nivel, así como contar con el apoyo de servicios de especialidad y subespecialidad de las unidades de tercer nivel para garantizar la continuidad de la atención médica. Las variables que se han aplicado para definir los niveles de atención de la red de servicios se describen en la siguiente tabla:

Variables y criterios de los niveles de que integran la red de servicios

| Variables por nivel de atención | Primer nivel | Segundo nivel | Tercer nivel |
|--|---|--|---|
| Cobertura | Equipo básico de salud integrado por un médico y una enfermera responsables de brindar servicios de salud hasta 3000 derechohabientes | Una cama censable hasta por 1000 derechohabientes | Una cama censable hasta por 1000 derechohabientes |
| Suficiencia de consultorios e infraestructura | Un consultorio médico hasta por 6,000 derechohabientes en 2 turnos | Servicios ambulatorios de urgencias y hospitalización de las 4 especialidades básicas 24 horas 365 días del año. | Servicios ambulatorios de urgencias y hospitalización de especialidades y subespecialidades 24 horas 365 días del año. |
| Acceso a los servicios | Área urbana isócrona de traslado de hasta 40 min. Área rural 60 min. por los medios habituales de transporte | Isócrona de hasta 120 minutos por los medios habituales de transporte | NA |
| Perfil epidemiológico | Morbilidad de problemas de salud frecuentes | Morbilidad y mortalidad relacionadas con las especialidades de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna. | Morbilidad y mortalidad de alta complejidad, infecciosos y crónico-degenerativos. |
| Enfoque de servicios de salud integrales y de calidad con enfoque familiar | Atención ambulatoria integral, promoción, prevención y consulta médica general/familiar | Atención ambulatoria y hospitalaria de problemas de salud relacionados con las cuatro especialidades básicas pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y medicina interna. | Atención de 59 especialidades y subespecialidades con enfoque familiar |
| Atención odontológica y apoyo diagnóstico | Un odontólogo por cada 10,000 derechohabientes. Servicios ubicados en unidades específicas | Servicios quirúrgicos | Servicios quirúrgicos |
| Referencia y contrarreferencia | Refiere pacientes a unidades de primer nivel con servicios de segundo contacto Así como a 2º. Nivel. Recibe pacientes de unidades de segundo contacto y de 2º. nivel que son Contrarreferidos con y sin alerta clínica, | Recibe pacientes del primer nivel y los contrarrefiere con y sin alerta clínica. Refiere pacientes al 3er nivel. Este proceso se apoya con la red de ambulancias ubicadas estratégicamente. | Recibe pacientes de 2º. nivel y los contrarrefiere al mismo con y sin alerta clínica. Refiere pacientes a institutos nacionales. |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Optimización de recursos según capacidad resolutoria de cada nivel. | Equilibrio de personal médico, general y familiar paramédico y administrativo. | Equilibrio de personal de especialidades básicas, paramédico y administrativo. | Equilibrio de personal de especialidades básicas, paramédico y administrativo. |
| Calidad de la atención | Acreditación de la seguridad del paciente y calidad de los servicios. Estándar 90% | Acreditación de seguridad del paciente y calidad de los servicios. Estándar 90% | Acreditación de seguridad del paciente y calidad de los servicios. Estándar 90% |
| Enseñanza | Perfiles profesionales para la atención médica integral general/familiar. Formación de especialistas en medicina familiar. Formación de enfermeras de nivel técnico y licenciatura. | Perfiles profesionales de las cuatro especialidades básicas para la atención médica integral con enfoque familiar. Formación de especialistas de las cuatro especialidades básicas Formación de enfermeras de pre y posgrado | Perfiles profesionales de especialidades y subespecialidades para la atención médica integral con enfoque familiar. Formación de especialistas y subespecialistas para la atención médica de 2º y 3er. nivel Formación de enfermeras de pre y posgrado |

Fuente: Unidad de Planeación e Innovación de Servicios de Salud

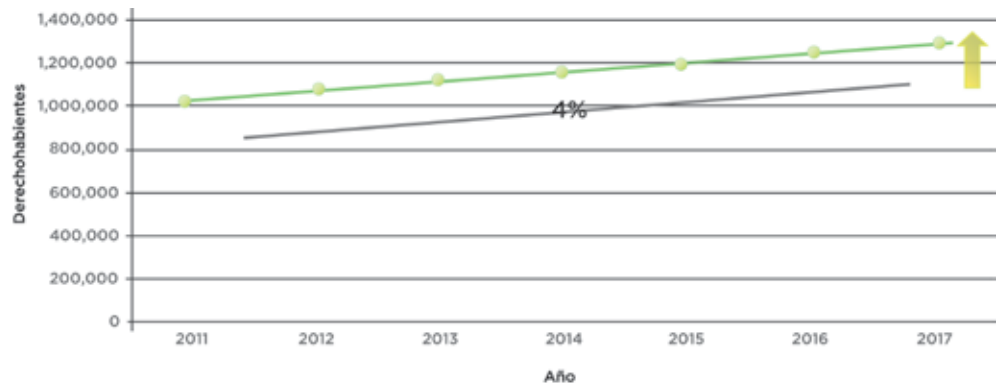
En 2011, la tabla muestra que la población de responsabilidad total y por región en el Instituto, fue de 1 013 850 derechohabientes, lo que significó un aumento de 37 240 personas con respecto al 2010. El incremento proyectado al 2017 se muestra en la tabla siguiente.

Población Derechohabiente del Issemym

| Región | Derechohabientes | Distribución porcentual |
|--------------------|------------------|-------------------------|
| I. Toluca | 354 944 | 35 |
| II. Naucalpan | 245 429 | 24 |
| III. Ecatepec | 280 763 | 28 |
| IV. Valle de Bravo | 34 849 | 3 |
| V. Atlacomulco | 66 225 | 7 |
| VI. Tenancingo | 31 640 | 3 |
| Total | 1013 850 | 100 |

Fuente: Unidad de Planeación e Innovación de Servicios de Salud

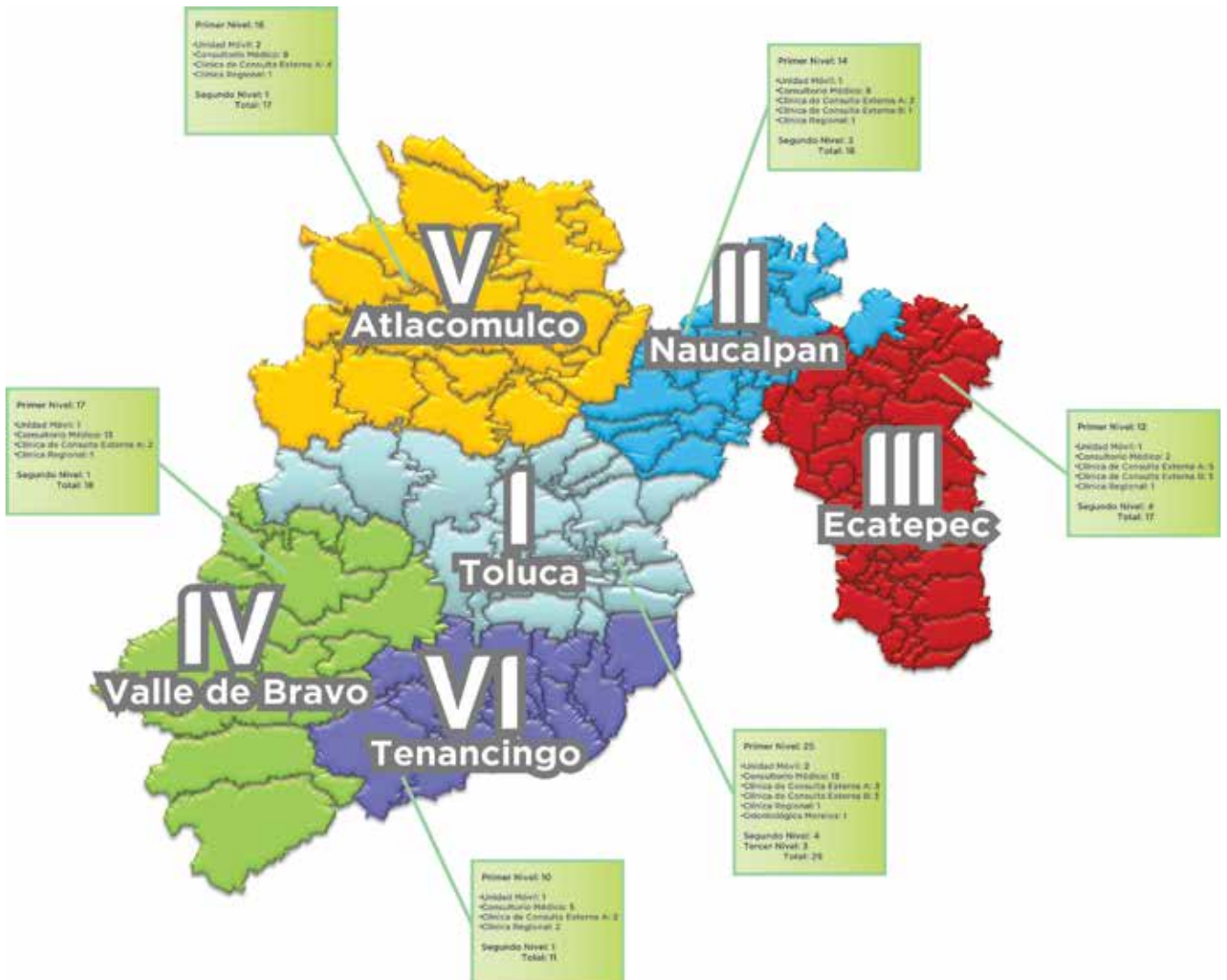
Incremento Anual de Derechohabientes 2010 - 2017



Fuente: Unidad de Planeación e Innovación de Servicios de Salud

Infraestructura de unidades médicas por nivel de atención y región. Para responder a las necesidades de los derechohabientes se cuenta con una infraestructura de unidades médicas, consultorios, camas censables y personal que se muestra en las diferentes diagramas y tablas a continuación.

UNIDADES MÉDICAS POR NIVEL DE ATENCIÓN Y REGIÓN



Consultorios por Tipo y Región 2010

| Región | Tipo de consultorio | | | | Total |
|--------------------------------|---------------------|------------|---------------|-----------|-------------|
| | Especialidades | Generales | Odontológicos | Urgencias | |
| I. Toluca | 119 | 67 | 18 | 15 | 219 |
| II. Naucalpan | 33 | 42 | 7 | 10 | 92 |
| III. Ecatepec | 84 | 64 | 15 | 11 | 174 |
| IV. Valle de Bravo | 10 | 25 | 4 | 3 | 42 |
| V. Atlacomulco | 9 | 30 | 6 | 2 | 47 |
| VI. Tenancingo | 9 | 19 | 5 | 3 | 36 |
| Total general | 264 | 247 | 55 | 44 | 610 |
| Distribución Porcentual | 43% | 40% | 9% | 7% | 100% |

Camas Censables por Región 2010

| Región | Total |
|--------------------|------------|
| I. Toluca | 338 |
| II. Naucalpan | 140 |
| III. Ecatepec | 186 |
| IV. Valle de Bravo | 34 |
| V. Atlacomulco | 30 |
| VI. Tenancingo | 28 |
| Total | 756 |

Fuente: Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación 2010

Personal de Salud por Tipo 2008 - 2010

| Tipo de Personal | Año | | |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 |
| Médicos Especialistas | 732 | 851 | 1 042 |
| Médicos Generales | 370 | 431 | 491 |
| Odontólogos | 93 | 81 | 92 |
| Enfermeras | 1 770 | 1 933 | 2 231 |
| Técnicos de la salud | 438 | 448 | 484 |
| Administrativos | 1 437 | 1 438 | 1 460 |
| Médicos en adiestramiento | 380 | 432 | 484 |
| Total | 5 220 | 5 614 | 6 284 |
| Variación Porcentual | | 8% | 12% |

Fuente: Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación 2010

Funcionamiento del ámbito regional

El funcionamiento de las unidades médicas de primero y segundo niveles de atención de cada región es asesorado y supervisado por el personal del ámbito regional integrado por un médico con experiencia en administración de servicios de salud, denominado enlace regional y un recurso administrativo, colateralmente desde el ámbito central de la CSS, cada región es apoyada por un equipo de supervisión integral, un gestor de la delegación administrativa y un responsable del área de costos.

El enlace elabora el plan regional a partir de los programas operativos anuales de las unidades médicas de primero y segundo nivel, no incluyen los de las unidades de tercer nivel ya que estos son integrados directamente en la CSS. Los enlaces regionales implementan las estrategias que contribuyen al desarrollo óptimo de la atención integral con enfoque familiar, impulsan el trabajo en equipo; y asesoran para realizar la correcta presupuestación y evaluación del plan y del POA/SIED regional.

Una función sustantiva de esta instancia es la motivación al personal directivo de las unidades médicas para desarrollar la mejora continua de los procesos de atención en las unidades médicas para que, posterior a la supervisión y con base en la evaluación de resultados, contribuyan a la solución de problemas, impulsando además la capacitación e investigación para hacer más efectiva la práctica médica.

Funcionamiento del Sistema de Servicios de Salud Integral y de Calidad con Enfoque Familiar (SSSICEF)

Para comprender el funcionamiento propuesto es necesario trascender la visión sencilla de la producción de servicios aislados, curativos y fragmentados, para transitar hacia la comprensión sistémica de la atención integral dirigida a satisfacer necesidades y expectativas de otro sistema complejo, como es el individuo y la familia humana que en el Issemym, tienen el denominador común de trabajar para el Sector Público del Estado de México.

La persona enferma no se reduce a su enfermedad, sino que forma parte de una totalidad. Para tratar el síntoma que lo ha llevado a la consulta, hay que conocer por lo menos los rasgos sobresalientes de esa totalidad.

Aquí se está planteando una nueva evolución de la filosofía del sistema de salud.

Ya se mencionó la necesidad de pasar de los servicios aislados al cuidado holístico y sistémico y al imperativo de disminuir el tratamiento de enfermedades y rehabilitación de pacientes a la consideración adicional de su prevención y atención integral desarrollada por profesionales competentes que se apoyan en la investigación.

Desde estos referentes el sistema de salud cubre las funciones de atención, docencia e investigación.

Objetivos y estrategias de los Servicios de Salud

Objetivo 1.

Contribuir a garantizar la cobertura total de servicios como parte del Sistema Estatal de Salud a través de mecanismos de gestión articulados para mejorar el estado de salud de los derechohabientes y su familia.

Estrategias

Un derechohabiente comprometido con su propia salud, y aconsejado por su médico de primer nivel, se erige en fundamento de una familia sana.

1.1 Impulso al acceso universal a la salud a través de acciones concertadas con las instituciones del Sector Salud incluyendo a los derechohabientes como elementos activos del proceso.

1.2 Mejora del desempeño del sistema a través del *Modelo de Gestión de Servicios de Salud*.

Objetivo 2.

Proteger y preservar la salud a través del fortalecimiento de la cultura de prevención y el empoderamiento de los derechohabientes para lograr su participación en el auto cuidado de la salud.

Estrategias

2.1 Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación para contribuir en el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales para detectar y controlar los riesgos a la salud.

2.2 Impulso de la corresponsabilidad en el auto cuidado de la salud mediante la participación del personal, los derechohabientes, sus familias y las dependencias en las que laboran para crear entornos saludables.

Objetivo 3.

Elevar la Calidad de los Servicios de Salud y garantizar la seguridad del paciente mediante el diseño, monitoreo, mejora, evaluación y comunicación de resultados al personal y a los derechohabientes, fomentando su participación.

Estrategias

3.1 Desarrollo de competencias gerenciales y clínicas para acreditar y certificar la calidad de los servicios de las unidades médicas del instituto

3.2 Gestión del conocimiento para mejorar la formación profesional y la investigación en salud a fin de potenciar el desarrollo institucional.

Políticas de salud

El logro de estos objetivos por parte de una Institución del tamaño del

Issemym exige la formulación de una serie de políticas que, a su vez, se enmarcan en las leyes y reglamentaciones, tanto estatales como nacionales que rigen la materia y se mencionan a continuación:

1. De la planeación de los servicios.

1.1 Las necesidades y expectativas de los derechohabientes y sus familias son el centro rector de la planificación y evaluación de los servicios de salud, información que se complementa con la que aporta la epidemiología, y la relacionada con factores culturales, sociales y ecológicos, así como la relativa a las finanzas institucionales.

1.2 El sistema de salud del Instituto involucra a los derechohabientes en el monitoreo y proceso de mejora de la calidad de los servicios, a fin de avalar la transparencia de los resultados para la acreditación y certificación de la calidad de los servicios de salud en las unidades médicas.

1.3 Las decisiones sobre la prestación de los servicios de salud deben basarse en información completa y de calidad para lo cual se requiere contar con un sólido sistema de información en salud.

2. De la Atención a la Salud.

2.1 Los esfuerzos del sistema están dirigidos a mantener y mejorar la salud de los derechohabientes y sus familias mediante la atención integral, segura y de calidad con enfoque familiar en las unidades médicas de los tres niveles de atención, de acuerdo con la capacidad resolutive y responsabilidad de cada nivel.

2.2 Los derechohabientes se empoderan mediante información y educación en salud y el desarrollo de la conciencia sobre la corresponsabilidad en el cuidado activo de la salud individual y familiar.

2.3 Los servicios integrales que proporciona el Instituto a los derechohabientes y sus familias comprenden la educación para la salud, la prevención, el diagnóstico y tratamiento oportuno y la rehabilitación de acuerdo a la capacidad resolutive correspondiente a cada tipo de unidad y nivel de atención.

3. Enseñanza e Investigación

3.1 La actualización, capacitación y formación del personal se estructura con base en competencias profesionales y técnicas, vinculándolas con las actividades de los servicios, contribuyendo a su certificación en los aspectos clínicos, gerenciales y administrativos.

3.2 La atención integral enfatiza la prevención de la mala nutrición para lo cual se formarán o contratarán nutriólogos clínicos quienes además de brindar atención médica deberán integrar un grupo de expertos (*mentorings*) para asesorar e impulsar la investigación en nutrición clínica y social en los tres niveles de atención.

Expectativas realistas, nociones de cuidados preventivos, y capacidad para exigir los servicios que necesita, caracterizan al derechohabiente moderno.

3.3 Las unidades médicas del Instituto desarrollan proyectos de investigación de acuerdo con su nivel de complejidad, desde la investigación operativa relacionada con los problemas frecuentes de salud, hasta la investigación epidemiológica, clínica, económica o básica, que genere nuevos conocimientos vinculados con la problemática de los derechohabientes del Instituto y las alternativas propuestas por el *Modelo*.

4. Infraestructura, equipamiento e insumos.

4.1 Las propuestas de construcción, rehabilitación y equipamiento de unidades médicas se apegan a la normatividad federal, y facilitan la atención integral en la red de servicios lo que permite acreditar y certificar su calidad.

4.2 El abasto de insumos responde a las necesidades de prestación de servicios de integrales con enfoque familiar, por lo que es completo, oportuno y de calidad.

4.3 Los servicios de farmacia tienen como función sustantiva ofrecer un soporte a la actividad clínica y quirúrgica por lo que considera el binomio medicamento/paciente, para brindar una mayor calidad en la atención, aumentando la seguridad durante la medicación y apoyando el uso racional de los fármacos.

La administración ideal es aquella que no se hace notar... en un ambiente en el cual no falta nada.

Congruencia entre la práctica diaria en los servicios y el escritorio

La visión que se tiene de las unidades operativas de un gran sistema de salud, como el Issemym, cuando se las contempla desde atrás del escritorio del encargado de orquestar los recursos necesarios para asegurar su buen funcionamiento, puede parecer caótica.

A pesar de sus similitudes fundamentales, ninguna es igual a las otras. Todas configuran problemáticas algo diferentes. Todas representan desafíos a aquel administrador, aquel “escritorio” que trata de concebir y aplicar respuestas “unitalla” a los desafíos que le plantean sus unidades operativas.

El mayor talento reside en reconocer los factores comunes que existen en todo universo aparentemente caótico y saber aprovecharlos para responder de manera congruente a sus necesidades.

Generalizar irreflexivamente es la tentación más grave en la que puede caer el administrador de cualquier sistema complejo. Dicha tentación es explicable: la función de su “escritorio” es proveer orientación, recursos y soluciones a un conjunto tal vez muy numeroso de unidades que iniciaron sus vidas siendo básicamente iguales (por lo menos, en el papel que las creó), pero que fueron moldeados por su propia experiencia hasta transformarse en entidades heterogéneas.

No es difícil comprender —simplemente, hay que mantenerse en contacto con ellas— que empezaron a diferenciarse en el mismo momento en que atendieron a su primera consulta. El cuerpo humano es complejo. Lo sabemos como médicos que somos, después de haber comprobado una y otra vez que ningún enfermo experimenta su padecimiento igual que otro, aunque estén afectados por el mismo agente patógeno. De igual manera, ninguno reacciona de la misma manera ante el mismo medicamento. Basta con multiplicar por mil, diez o cien mil (la cantidad de consultas que haya atendido cada unidad) estas diferencias, para comprender la extraordinaria diversidad que se acumula en la vida de una unidad operativa.

De modo que, en el momento de generalizar —que es inevitable en la vida real— es siempre preciso recordar que las situaciones en el terreno presentan similitudes entre sí, pero también diferencias, y que el director sensible sabe escuchar las voces de cada situación y configurar soluciones individualizadas.

Cuanto más escuche, y más amplio sea su repertorio de posibles soluciones, mejores serán sus posibilidades de ofrecer soluciones sensibles y oportunas, que respondan efectivamente a las situaciones particulares de cada unidad.

El *Modelo de Gestión de Servicios de Salud* analizó aportaciones de sistemas de salud de otros estados de la República, de organismos federales, e incluso de otros países. Aparte de proponer soluciones para los mayores problemas identificados en el Instituto —como la necesidad de afianzar las prácticas preventivas, el enfoque familiar, la cultura de calidad, el concepto de corresponsabilidad y los hábitos de comunicación multidireccional en y entre todos los niveles— incluye mecanismos de retroalimentación que abren la posibilidad de una relación más estrecha y viva entre el “escritorio” y las unidades operativas.

De las primeras experiencias con el *Modelo de Gestión* se desprenden varias conclusiones significativas:

La primera, que el enfoque prioritario sobre el recurso humano, sea institucional o derechohabiente, deja beneficios importantes. El sistema que prevé canales de diálogo cuenta con mayor compromiso y aporte de ideas por parte de las personas participantes, y mayor aceptación de sus usuarios.

La segunda, que una de las consecuencias más fructíferas de esos canales de diálogo son los acuerdos de gestión. Estos instrumentos, que ya tienen cierta difusión en los diferentes sistemas de salud mexicanos, son de gran valor para impulsar proyectos, ya que garantizan resultados y facilitan la medición de los mismos.

La tercera, que se enfocan desde las etapas más preliminares de planeación las necesidades en materia de equipamiento e infraestructura que resulten imprescindibles para aterrizar cualquier nuevo proyecto y garantizar su continuidad.

La cuarta, que es imprescindible proveer a la Institución de equipos de avanzada tecnológica, no solamente de tipo médico sino también, y de manera muy especial, de tecnología digital que sirva para extender y hacer más fácil el intercambio y la difusión de información.

Y la quinta, que las estrategias propuestas por el *Modelo* están sirviendo para armonizar el trabajo de las autoridades administrativas con las médicas. En pocas palabras, el diálogo fluido entre los “escritorios” y los frentes operativos.

Modelo de Gestión de Servicios de Salud

Capítulo 3

La compleja misión de cumplir
con las expectativas



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



issemym

Capítulo III.

La compleja misión de cumplir con las expectativas

Una situación álgida actual en la atención de la salud son los problemas de comunicación, ya que el equipo de salud centra su atención en las enfermedades y su tratamiento, en lugar de las personas, sus vidas y su salud.

John Wiley. Cochrane Library

En 1969, cuando se fundó el Issemym, empezaba a hablarse en los países desarrollados con cierta esperanza sobre los trasplantes de corazón. Las primeras experiencias no habían sido plenamente exitosas, pero permitían vislumbrar mejoras. Los optimistas incondicionales hablaban de las perspectivas de poder recambiar todos los órganos del ser humano, como si fueran otras tantas piezas de una máquina, que por alguna razón se hubieran desgastado.

Los trasplantes de corazón, ciertamente, cumplieron con su promesa y ya se han incorporado al arsenal terapéutico, al igual que los de muchos otros órganos (pulmón, hígado, riñón, córnea y otros), pero se enfrentan a una única, pero grave, limitación: la aguda escasez de donantes.

Otra dimensión de salud que se modificó de manera sustancial —y que repercutió de manera trascendente en el trabajo de las grandes instituciones de salud— fue el perfil epidemiológico en buena parte del mundo. En aquel entonces, la mayor cantidad de consultas estaban vinculadas con enfermedades de tipo infecto-contagioso. Eran padecimientos de tipo digestivo y respiratorio que, en casos graves producían la muerte con cierta frecuencia.

La realidad actual es muy distinta. Por una parte, los avances en la introducción de medidas como el agua potable, la rehidratación oral, la vacunación y los tratamientos médicos exitosos de una proporción importante de infecciones, han disminuido radicalmente la mortalidad. Por la otra, el incremento de la edad promedio de la población hace que existan más derechohabientes de la tercera edad, con enfermedades crónico-degenerativas. Adicionalmente, y aunque el sistema de información en salud del instituto no lo registra por ser un diagnóstico de co-morbilidad, se ha identificado que la depresión ocurre con suficiente frecuencia como para considerarla un problema de salud pública.

Morbilidad y demanda de atención

Como se puede apreciar, el panorama es complejo. Además de las enfermedades metabólicas y cardiovasculares, coexisten aún dentro de las diez primeras causas de morbilidad las infecciosas relacionadas con problemas gastrointestinales y estomatológicos.

En todos ellos influyen factores genéticos, ambientales, económicos y culturales (la mala alimentación, el sedentarismo, la contaminación ambiental de diferente tipo, la migración de sectores numerosos de población etcétera) que contribuyen poderosamente a configurar una patología radicalmente diferente de la observada hace cuarenta y tres años. La actualidad del cuadro patológico del Estado de México se puede observar en la siguiente tabla de morbilidad de los últimos años y requiere pronta atención.

Morbilidad de los Servicios de Salud 2006-2010

| No. | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----|---|--|---|---|---|
| 1 | Infección respiratoria aguda | Infección respiratoria aguda | Infección respiratoria aguda | Infección respiratoria aguda | Infección respiratoria aguda |
| 2 | Hipertensión esencial (primaria) | Hipertensión esencial (primaria) | Hipertensión esencial (primaria) | Hipertensión esencial (primaria) | Hipertensión esencial (primaria) |
| 3 | Diabetes mellitus no insulino dependiente | Diabetes mellitus no insulino dependiente | Diabetes mellitus no insulino dependiente | Diabetes mellitus no insulino dependiente | Diabetes mellitus no insulino dependiente |
| 4 | Caries dental | Infección de vías urinarias | Caries dental | Infección de vías urinarias | Caries dental |
| 5 | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | Caries dental | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso |
| 6 | Infección de vías urinarias | Gastritis y duodenitis | Infección de vías urinarias | Caries dental | Infección de vías urinarias |
| 7 | Gastritis y duodenitis | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | Gastritis y duodenitis | Gastritis y duodenitis | Dorsalgia |
| 8 | Conjuntivitis | Conjuntivitis | Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales | Otros trastornos menopáusicos y perimenopáusicos | Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales |
| 9 | Dorsalgia | Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias | Dorsalgia | Dorsalgia | Gastritis y duodenitis |
| 10 | Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas | Dorsalgia | Gingivitis y enfermedades periodontales | Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales | Gingivitis y enfermedades periodontales |

Fuente: Dirección de Atención a la Salud. Departamento de Bioestadística. Cuaderno de Mando 2006-2009.

Para ilustrar esta evolución de la patología bastan algunos datos, extraídos de un estudio realizado en el Issemym que refleja la realidad del año 2008, y sirven como ejemplos:

- Casi tres de cada cuatro servidores públicos (72%) tenían antecedentes familiares de importancia para enfermedades crónico-degenerativas. (diabetes, hipertensión, cardiopatías diversas).

- Aproximadamente 72% de dichos servidores públicos presentaban exceso de peso (importante indicador para las mismas patologías).
- De la misma muestra, 62.5% presentaron cifras de presión arterial por arriba de lo recomendable, y 45.2% fueron diagnosticados como pre hipertensos.
- A esto se podía agregar que 38% de la muestra presentaba cifras de colesterol por encima del rango normal (componente común de aterosclerosis, angina de pecho, trombosis, infarto del miocardio).
- Y en cuanto a triglicéridos, 68% de los atendidos presentaban valores por encima de la norma (aterosclerosis, infarto del miocardio, accidente vascular cerebral, pancreatitis).
- Por último, se identificó que uno de cada diez derechohabientes fue diagnosticado con hiperglicemia (fuerte indicador de diabetes).

Mortalidad hospitalaria

En lo referente a la mortalidad hospitalaria, en los cuadros siguientes, se muestran las principales causas en los cinco años transcurridos, entre 2006 y 2010, y la tasa ajustada por cada mil egresos que en el último año fue de 22 defunciones por cada 1000 egresos.

La información destaca que la diabetes, sigue ocupando el primer lugar y representa el 19 % de todas las causas, mientras que el cáncer, con 11.5 por ciento, ocupó el segundo lugar en el 2010, esto ha puesto en alerta al Instituto sobre la prioridad que tiene la atención de este problema.

La única causa de muerte con origen infeccioso es la denominada “Neumonía adquirida en la comunidad” que ocupa el octavo lugar.

Mortalidad hospitalaria 2006-2010

| No. | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----|---|--|---|---------------------------------|---------------------------------|
| 1 | Diabetes mellitus | Diabetes mellitus | Diabetes mellitus | Diabetes mellitus tipo II | Diabetes mellitus tipo II |
| 2 | Enfermedades hipertensivas | Enfermedades hipertensivas | Enfermedades hipertensivas | Hipertensión arterial sistémica | Cáncer en todas sus formas |
| 3 | Enfermedades alcohólica y otras crónicas del hígado | Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | Feto y recién nacido afectados por factores maternos y del embarazo | Diabetes mellitus tipo I | Hipertensión arterial sistémica |
| 4 | Otras formas de enfermedades del corazón | Inmadurez extrema | Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | Insuficiencia renal crónica | Insuficiencia renal crónica |
| 5 | Insuficiencia renal | Insuficiencias renales | Inmadurez extrema | Insuficiencia hepática crónica | Insuficiencia hepática crónica |

| | | | | | |
|----|--|-------------------------------------|-----------------------------|---|---|
| 6 | Neumonía | Enfermedades isquémicas del corazón | Neumonía | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| 7 | Feto y recién nacido afectado por factores maternos y del embarazo | Septicemia | Insuficiencia hepática | Neumonía adquirida en la comunidad | Prematuridad |
| 8 | Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores | Neumonía | Insuficiencia renal crónica | Traumatismo craneo encefálico | Neumonía adquirida en la comunidad |
| 9 | Enf. isquémicas del corazón | Tumor maligno de próstata | Enf. isquémicas del corazón | Trombosis mesentérica | Enfermedad vascular cerebral |
| 10 | Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias externas | Tumor maligno de estómago | Tumor maligno de estómago | Neumonía nosocomial | Infarto agudo al miocardio |

Fuente: Dirección de Atención a la Salud. Departamento de Bioestadística. Cuaderno de Mando 2006-2009 y Subdirección de Salud Issemym, 2010.

TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA POR 1000 EGRESOS 2006-2010



Fuente: Subdirección de Salud Issemym, 2010.

El análisis de la mortalidad revela que en 2010, se registraron 13 defunciones de hombres por cada 10 mujeres. Examinando los datos por género, un mayor porcentaje de casos ocurrieron por enfermedades del hígado, accidentes vehiculares y agresiones en el género masculino; en tanto que en la diabetes mellitus, se observó que las mujeres superan a los hombres por casi cinco puntos porcentuales. Otro tanto ocurre con las enfermedades cardiovasculares, isquémicas del corazón, cerebro vasculares, e hipertensivas.

Examinando los datos de cáncer, el de ovario, mama y el cérvico uterino fueron los más comunes en mujeres, mientras que en los varones, los primeros lugares correspondieron a cáncer de pulmón, próstata y gástrico.

Un rubro emblemático lo representa la mortalidad infantil. Al respecto, las cifras del Issemym son satisfactorias cuando se comparan con estadísticas correspondientes a escala mundial: en mortalidad neonatal, en el periodo señalado, el índice se redujo de 11.1 a 9 defunciones por cada mil infantes nacidos vivos; mientras que en la etapa post neonatal, la reducción pasó de 8.1 a 5.1.

Estos hallazgos de morbilidad y mortalidad constituyen indicaciones importantes para el inicio de una serie de medidas preventivas para tratar de revertir o limitar el desarrollo de estas enfermedades, mediante una variedad de intervenciones, que pueden ir desde el diagnóstico y la medicación oportunos hasta los cambios de hábitos y de estilos de vida.

Estas medidas, llevadas a cabo con perseverancia y rigor, conducirían idealmente a la disminución de los riesgos y amenazas de una enfermedad anunciada.

El caso de la diabetes es particularmente ilustrativo. La Federación Internacional de Diabetes la ha definido como “una de las catástrofes de salud en el mundo”. En el país y en el Estado constituye una epidemia en fase de propagación.

En los niveles más simples se puede mostrar cómo las cifras de morbilidad y mortalidad pueden orientar las medidas preventivas.

Se ha demostrado que el consumo de comida industrializada y de ciertas bebidas embotelladas, el sedentarismo, los cambios diversos en el estilo de vida y el estrés contribuyen al aumento en la incidencia de los padecimientos antes señalados. La cantidad de complicaciones generadas por estas enfermedades son considerables, y el grado de discapacidad provocada en sus etapas finales representa una gran fuente de sufrimiento prevenible, prácticamente obliga al sistema de salud Issemym y a sus derechohabientes a establecer acuerdos sobre las acciones necesarias para lograr su detección temprana, llevar a cabo su control y limitar sus complicaciones.

Las expectativas, la ciencia médica y la respuesta del sistema de salud

A través de la investigación, la medicina ha desarrollado tecnologías y medicamentos interpretados como —progresos— para enfrentar los problemas de salud. Pero el surgimiento de nuevos desafíos planteados por enfermedades crónico-degenerativas sólo sirve para enfatizar la importancia del trabajo que todavía queda por hacer para asegurar la salud de la población, ya que paralelamente con la evolución del concepto de progreso, se desarrolla otro producto de la cultura, la expectativa de la población frente a las ciencias de la salud a las que percibe en crecimiento continuo y prometedor.

Este deseo de adelantar un posible desarrollo médico despierta ecos en la esperanza natural de curación de muchos enfermos, sobretodo entre quienes padecen males que ponen en riesgo sus vidas, y nutre así las expectativas del gran público frente a los sistemas de salud.

Las expectativas no siempre corresponden a la realidad. La llamada -cirugía genética- existe, ciertamente, en unos pocos laboratorios del mundo, y hasta ha alcanzado algunos éxitos que sólo pueden ser calificados como asombrosos. Pero se halla en una de esas fronteras de la investigación que pueden ser descritas como “avanzadas de la esperanza” sobre las cuales los medios masivos reportan los éxitos,

pero no se ocupan de las frustraciones y los resultados inciertos. Estas fronteras todavía deben ser consolidadas por un largo y paciente trabajo de confirmación de hallazgos, de ensayos de técnicas y de seguimiento a largo plazo.

Los enfoques preventivos acarrear inevitablemente una mayor cultura del derechohabiente en materia de salud, y así un mayor realismo en sus expectativas.

En igual situación se encuentra la nano medicina y la nano tecnología (medicina a partir de la manipulación de la materia a escala infinitamente pequeña) que existen en algunos grandes institutos de investigación y ofrecen resultados, siempre experimentales, sumamente prometedores. Uno de los estudiosos más prestigiosos del tema, Simone Araldi, y sus colaboradores, advierten que “prometen la transformación del patrón organizacional de los sistemas de salud, del diseño y del contenido de las políticas para la salud humana, de la disponibilidad de productos médicos novedosos en el mercado, y de la propia relación médico-paciente”.

¿Existe una institución de salud, y derechohabientes, preparados para todo esto?

Cuando todas esas tareas de confirmación, consolidación y difusión se hayan cubierto a satisfacción, cuando se hayan dado los pasos necesarios para poder disponer de una nueva disciplina revolucionaria de la medicina, a todos los niveles, entonces se podrá hablar de la disponibilidad de una nueva técnica terapéutica con alcances universales en la salud.

Mientras tanto, es preciso ofrecer servicios basados en la ciencia más avanzada que los sistemas de provisión de cuidados a gran escala hayan podido dominar.

Esto no significa el manejo de una ciencia o un conocimiento de segunda clase. Todo lo contrario: significa que se ofrece a gran escala un servicio sobre la base de la más alta ciencia que los mecanismos de provisión de servicios (las unidades médicas de cualquier gran Institución, como lo es el Issemym) han aprendido a aplicar de manera segura, con calidad pareja, y con resultados previsibles. Esto se conoce en idioma inglés como *state of the art* (estado del arte, el desarrollo más avanzado posible que se puede manejar a nivel extensivo).

La consecuencia principal de esto es que, con demasiada frecuencia, dichas expectativas tanto de los derechohabientes como del personal de salud rebasan la capacidad de respuesta del sistema, ante el cuadro complejo de demandas de una población usuaria, por un lado, incompletamente informada y una institución con limitaciones financieras, por el otro.

Para poder responder con una oferta detallada de servicios, capaces de brindar respuestas efectivas a la gran mayoría de estos desafíos, el Issemym se ha propuesto diseñar las respuestas de mayor impacto a partir del conocimiento de los problemas de salud que representan una amenaza grave para la mayor cantidad de derechohabientes. En segundo lugar, contempla la justipreciación de sus recursos, tanto en términos financieros como de conocimientos y capacidades. Además, se requiere, que la detección de los signos precursores de las enfermedades se haya logrado muy oportunamente (no suele ser el caso, ya que la mayoría de los indicios tempranos son subclínicos) porque la identificación de riesgos suele conducir a beneficios diversos, que se expresan primordialmente en la prolongación de la vida,

en el aumento de los años libres de síntomas molestos, en la mejora en la calidad de vida de los tiempos que transcurran después del diagnóstico de la enfermedad, y en menos intervenciones médicas y hospitalarias.

No se puede dar lo que no se tiene, y la evaluación objetiva de las capacidades del Instituto constituye la base firme de su oferta de servicios.

La oferta del sistema de salud—que incluye los recursos de todo tipo con los que cuenta—está representada, básicamente, por el conjunto de bienes materiales, humanos e intelectuales que posee la Institución. El más avanzado equipo no funciona solo, requiere de personal capacitado. Su mantenimiento es igualmente exigente, y en muchas ocasiones tiene la necesidad de instalaciones especiales para albergarlo. Los protocolos concebidos para operarlo, al igual que la definición de los tipos de pacientes que pueden beneficiarse con él, evolucionan de manera constante.

Todos estos aspectos serían estériles sin una adecuada coordinación.

Y es probable que también pasarían inadvertidos, y consecuentemente subutilizados, sin una comunicación apropiada sobre su disponibilidad y sus alcances.

Estos comentarios sirven para cimentar una idea fundamental: toda oferta de salud por parte de una gran institución como el Issemym necesita estar guiada por una clara noción unificadora de la propia capacidad, y debe ser compartida con los derechohabientes.

Innovaciones fundamentales de la oferta del sistema de salud.

Los resultados buscados por el Modelo guían y afinan su aplicación en las diferentes unidades médicas de la red de servicios, dando una nueva fisonomía a la atención de la salud en el Issemym.

Destacan algunos rasgos que significan un cambio de rumbo importante en relación con las prácticas habituales en el Instituto.

Se examinan a continuación los principales rasgos.

I) Atención integral y de calidad

La divulgación de la oferta de servicios entre los derechohabientes representa una instancia más de la necesidad de multiplicar la comunicación.

La atención integral se define como el conjunto de acciones preventivas, curativas y de rehabilitación que realizan los equipos de salud, con criterios de calidad, conjuntamente con los derechohabientes y sus familias para atender el proceso salud-enfermedad en los tres niveles de atención.

La atención integral en cada nivel, se desarrolla de acuerdo con la naturaleza de cada unidad médica, según el nivel correspondiente. En lo que se refiere a la prevención, esta debe aplicarse para evitar o interrumpir la cadena de acontecimientos que constituyen la historia natural de la enfermedad tanto en etapas subclínicas, como en donde ya se han presentados signos y síntomas, para evitar las complicaciones de las enfermedades, la incapacidad o la muerte.

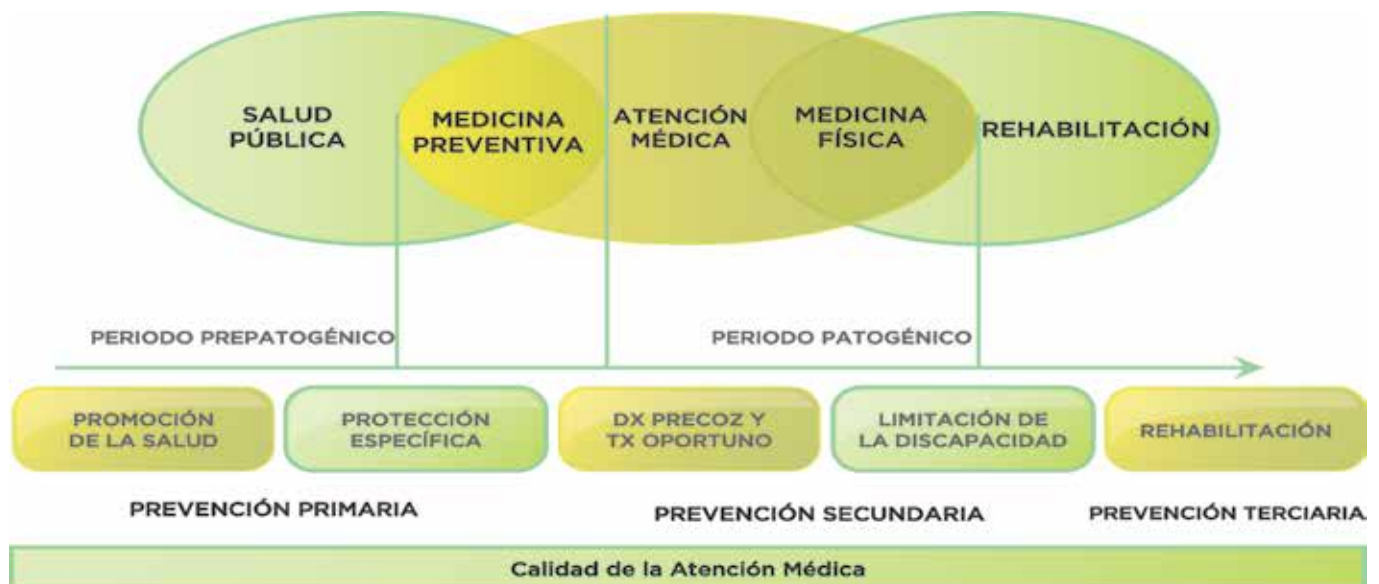
Para ello se aplican los denominados niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria de Leavell y Clark. El nivel de prevención primaria, actúa durante el periodo pre-patogénico y está dirigido a eliminar o disminuir los factores de riesgo: biológicos, psicológicos, sociales

o ecológicos que condicionan el proceso salud-enfermedad, y puede lograrse mediante acciones de promoción de la salud y de protección específica. Si la prevención primaria no es efectiva y la enfermedad avanza, es necesario aplicar acciones de prevención secundaria que implican, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y de calidad. En los casos que hayan fracasado las medidas anteriores, o las características particulares de la enfermedad se hayan tornado crónicas y, provocado secuelas o incapacidad, es necesario aplicar la prevención terciaria, cuyas acciones fundamentales son la rehabilitación física o mental, así como, proveer las facilidades para que el paciente se reincorpore a sus actividades habituales personales y sociales.

Por lo antes expuesto la prevención primaria debe aplicarse principalmente en las unidades móviles, consultorios y clínicas de consulta externa del primer nivel de atención, mientras que en los hospitales de segundo y tercer nivel se aplica la prevención secundaria y terciaria, aunque a criterio de los médicos tanto de segundo como de tercer nivel, pueden aplicar indistintamente los tres tipos de prevención, de acuerdo al proceso salud enfermedad de cada persona.

Estos conceptos se presentan gráficamente en la siguiente imagen:

Atención Médica Integral



Criterios de Atención Médica Integral

Para desarrollar la atención integral se ha establecido un diseño por procesos cuyos procedimientos se desarrollan por equipos de trabajo que promueven la participación de los derechohabientes en los diferentes niveles de atención. Con ello se garantiza la continuidad de la atención; es decir, que las acciones en cada nivel se realicen en la secuencia apropiada y sin interrupción o ruptura del proceso de atención.

II) Servicio de inteligencia preventiva

Dada la importancia y el incremento del número de casos de problemas crónico-degenerativos no transmisibles, que constituyen hoy en día

del principal problema de salud del país y del Estado, se ha diseñado un conjunto de medidas concebido para su detección, control y seguimiento.

Como punto de partida, se ha adoptado la definición de los Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, conocidos como CDC) de Atlanta, Estados Unidos de Norte América, que señala:

“Las enfermedades crónicas y degenerativas son de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia, largos períodos sub clínicos, con prolongado curso clínico y frecuencia episódica; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo”.

Privilegiar la prevención no significa renunciar al tratamiento de los problemas que llevan al derechohabiente a consulta.

Por esta complejidad, las acciones de prevención y atención deben ser integrales, y la vigilancia epidemiológica debe ajustarse a mecanismos de control estrictos.

La vigilancia epidemiológica se entiende como la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población derechohabiente para tomar decisiones que orienten el camino de la salud.

En el *Modelo de Gestión*, el objetivo de esta vigilancia rebasa con mucho las medidas habituales; y se propone operar como un área de inteligencia, capaz de recolectar y analizar los diversos eventos de interés clínico y epidemiológico, a fin de contar con información que permita iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención, atención y control de los problemas de salud (de manera especial en el área de enfermedades crónico-degenerativas).

Incluye, entre otros elementos: la red de vigilancia de hospitales, el sistema de vigilancia activa, el reporte semanal negativo, la notificación inmediata de casos, la búsqueda activa de causas sujetas a vigilancia en certificados de defunción, además de reuniones mensuales con el Consejo Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) y con el Centro Estatal de Inteligencia Epidemiológica (CEIE).

Dentro de este rubro, como ya se mencionó, destacará la vigilancia epidemiológica del síndrome metabólico en el que se incluyen obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

Se concede gran importancia al conglomerado de factores aterogénicos, protrombóticos, proinflamatorios y metabólicos que desembocan finalmente en la enfermedad cardiovascular, vinculada en muchas ocasiones con alteraciones neuroconductuales, como ocurre en los casos de las personas que, en las palabras de Friedman y Rossenman (1974), padecen “la enfermedad de la prisa”, incapaces de enfocar su trabajo de un modo sano, ya que están consumidos por la necesidad de cumplir y alcanzar un objetivo; son muy exitosos, pero se encuentran en el grupo que genera un alto índice de mortalidad por dolencias cardiacas.

Los aumentos de la tensión, del ritmo cardiaco, del colesterol, etcétera, también se encuentran condicionados por factores ambientales

o ecológicos y a situaciones laborales, sociales o económicas que, en muchos casos, se articulan con los mecanismos que controlan la búsqueda de alimentos y el balance de energía del organismo, razón por la cual el síndrome se presenta en una cantidad relevante de pacientes.

Merece mención especial la vigilancia de las neoplasias, los defectos del nacimiento, los accidentes y los riesgos de trabajo.

Adicionalmente, continuarán atendándose los actuales problemas de salud sujetos a vigilancia epidemiológica, como son: las enfermedades prevenibles por vacunación; los padecimientos infecciosos y parasitarios, los relacionados con los aparatos digestivo y respiratorio, como también los de transmisión sexual y otras enfermedades transmisibles graves, entre las que figuran la hepatitis y la tuberculosis pulmonar que ha repuntado en el país.

La vigilancia epidemiológica también se aplicará a la salud familiar, evaluando los resultados de una muestra de familias control en cada unidad médica, a fin de investigar el alcance del enfoque familiar y sus beneficios.

Muchos derechohabientes padecen la “enfermedad de la prisa”. Es necesario evitar que los servicios institucionales se contagien del mismo mal.

Por otro lado, la vigilancia epidemiológica de problemas laborales y su prevención deben mostrar los resultados de las acciones implementadas para mejorar la protección de las condiciones de los trabajadores de las dependencias. Para lo cual la Dirección de Atención a la Salud a través del Departamento de Salud en el Trabajo, gestiona la atención integral especializada, y realiza los dictámenes de inhabilitación en tres sedes: el Centro Médico Toluca, el Hospital Regional PPS Tlalnepantla, y el Hospital Regional de Ciudad Netzhualcóyotl.

III) Estrategia de Línea de vida Issemym

Es la herramienta del enfoque familiar que permite concretar la atención preventiva según el grupo etario, sexo y condiciones de salud de cada derechohabiente. Al mismo tiempo, genera competencias para crear hábitos saludables bajo un esquema de responsabilidad compartida entre el derechohabiente y su familia.

La estrategia Línea de vida propone 95 acciones preventivas y de fomento a la salud adecuados según los diferentes grupos de edad (0-5, 6-9, 10-19, 20-59 y más de 60 años) que, en la mayoría de los casos, se traducirán en derechohabientes más sanos, menor cantidad de enfermedades agudas, detección temprana de enfermos latentes en el grupo familiar, menores complicaciones en los problemas crónico-degenerativos y, además, mejor calidad de vida. Estas acciones permitirán a los servicios adelantarse a eventos patológicos y, con ello, proyectar al Instituto a la vanguardia de la atención de la salud.

De acuerdo con modelos económicos, esto permitirá, en el largo plazo, un mejor desarrollo financiero para la Institución, y la modulación del flujo de pacientes hacia las unidades de segundo y de tercer nivel.

IV) Expediente clínico electrónico

El expediente clínico electrónico es una herramienta técnica y legal, de carácter confidencial; que facilita a los médicos la integración de información con fines diagnósticos y terapéuticos.

La incorporación de la tecnología digital tuvo inicios trabajosos, pero en la actualidad está demostrando de manera elocuente sus ventajas.

Funciona además como un gran receptor de datos sobre las condiciones clínicas y epidemiológicas del derechohabiente y de su familia, en formato digital, permitiendo su almacenamiento e intercambio por medios rigurosamente protegidos.

La información que contiene se refiere a diagnósticos, razonamientos clínicos, juicios y decisiones de los médicos, alertas clínicas y farmacológicas; y a los procedimientos, tanto clínicos, como de enfermería y de áreas de apoyo que se requieren para la atención médica, así como de las intervenciones practicadas al paciente y su evolución.

El manejo del expediente clínico está establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSAI- 1998, y, mediante su versión electrónica, evoluciona hacia la nueva norma O24, que oficializa los aspectos electrónicos del documento; es decir, se moderniza y se inscribe —como ya ha sucedido en muchos otros países— en el ciclo tecnológico.

Su implementación permite contar con el historial de los pacientes y sus familias, configurando el “expediente clínico familiar”, de tal manera que puedan acceder a él los miembros del equipo de salud, tanto en la unidad médica de adscripción, como en las demás integrantes de la red de servicios. El formato electrónico facilita el ingreso de datos adicionales, haciendo del expediente clínico un documento más completo, a la vez que evita las demoras involucradas en el manejo de documentación de papel.

Bajo la premisa de que la salud del derechohabiente es prioritaria, el expediente clínico electrónico (ECE) proveerá al Instituto de elementos sólidos sobre las condiciones de salud de la población, los resultados de las evaluaciones del riesgo familiar, del plan integral de atención por individuo y familia y de la calidad de los servicios.

En su primera etapa, el ECE se concibió para ser implantado en 23 unidades, mayoritariamente de segundo y tercer nivel, aunque algunas de primer nivel también se verán beneficiadas con esta tecnología.

Los datos primarios se toman en las primeras consultas y se almacenan en una base de datos central con todos los expedientes, de tal manera que lo único que se va actualizando desde las unidades locales hacia la base central son los cambios generados por cada nueva atención (de la naturaleza y origen que sea: intervención médica, quirúrgica, de enfermería, hospitalización, laboratorio, banco de sangre, etcétera), logrando así la actualización constante e instantánea.

La agilidad de los sistemas electrónicos se pone particularmente de manifiesto en el manejo de urgencias y en los casos de referencia-contrareferencia.

Esto agiliza mucho las referencias; y, de manera especial, la atención en los servicios de urgencias, ya que los datos completos del derechohabiente y su familia estén siempre accesibles en la pantalla de una computadora, con clave de acceso autorizada.

Contar con toda esta información centralizada, aparte de sus ventajas para el equipo de salud, permite al área administrativa de la unidad

médica contar con registros para suministros, presupuestos, programación y control de gestión, contribuyendo a facilitar la planeación estratégica, transformando al ECE en el centro de generación de datos más importante para el sistema de información de la red de servicios.

En aquellos casos en que el sistema del ECE emita una alerta clínica sobre antecedentes familiares de alguna enfermedad, detectados durante la atención del paciente, al concluir su atención en los niveles segundo o tercero, se identificará en la hoja de contra referencia dirigida a la unidad médica que dio origen a la referencia, para su seguimiento en el contexto familiar.

Subraya el *Modelo de Gestión* que el funcionamiento del ECE debe ser explicado al derechohabiente como un recurso de alta tecnología que contribuye a un servicio médico de mayor calidad y oportunidad.

En resumen, las ventajas que aporta el ECE pueden explicarse así:

- Permite reunir un amplio acervo de variables por paciente y por familia, lo que da mayor oportunidad y calidad a los datos, al reducir errores de transcripción.
- Contribuye a generar diversas consultas de información, incluyendo morbilidad, evolución del padecimiento, pronóstico, tratamientos otorgados, etcétera.
- Facilita la referencia y contra referencia de derechohabientes, vinculando entre sí los diferentes niveles de atención.
- Enriquece la información para la toma de decisiones adecuadas, al disponer de un esquema de categorías y variables.
- Posibilita el seguimiento de las condiciones de salud del derechohabiente y sus familias como eje de observación-investigación en las unidades médicas.

V) Servicio integral de farmacia

Uno de los principales factores que inciden en la calidad de la atención médica y cobertura de los servicios de salud es el abasto de medicamentos. El Issemym estableció un proyecto de gestión y administración que incluye como innovación la Farmacia hospitalaria. Dicho proyecto permite alinearse con los objetivos fundamentales en la materia, enumerados por la Organización Mundial de la Salud, de garantizar el acceso, la calidad, la seguridad y el uso racional de los medicamentos.

El proyecto —que se inició en cuatro hospitales: el Centro Médico Toluca, el Centro Oncológico Estatal, el Centro Médico Ecatepec y el Hospital Regional Netzahualcóyotl— implica una transición en el concepto tradicional de la farmacia como espacio almacenador de medicamentos, para evolucionar hacia el de un servicio clínico que ofrece mayor seguridad en el proceso de la medicación, a través de la elección de medicamentos, revisión de los sistemas de suministro, monitoría, evaluación y seguimiento de la terapia, incluyendo la creación de comités fármaco-terapéuticos que vigilan el uso racional de los medicamentos y, por consiguiente, de los recursos.

El enriquecimiento de las funciones de las farmacias contribuirá de manera significativa a la seguridad en el empleo de medicamentos.

La Farmacia Hospitalaria tiene como objetivo satisfacer las necesidades de medicamentos de los derechohabientes, tanto quienes asisten a consulta externa como hospitalizados. Pero, igualmente importante, procura el uso racional y seguro de los fármacos, y proporciona las necesarias orientaciones para asegurar el propósito terapéutico deseado.

El proyecto establece los siguientes servicios farmacéuticos: selección, información, sistema de distribución y dispensación de medicamentos por dosis unitarias (SMDU), atención farmacéutica y seguimiento fármaco terapéutico, central de mezclas endovenosas y fármaco vigilancia.

En más detalle, los mencionados servicios cumplen las siguientes funciones:

- **Selección de medicamentos.** Actividad relacionada fundamentalmente con el proceso de revisión y actualización del cuadro básico institucional de medicamentos. Se basa en criterios de eficacia, efectividad, seguridad y otras consideraciones de tipo fármaco económico, que determinan la inclusión o exclusión de un medicamento. Participan activamente el personal farmacéutico en conjunto con el resto del equipo de salud que integran el Comité de Farmacia y Terapéutica.

- **Información sobre medicamentos.** Su objetivo es dar respuesta a la demanda de información de manera objetiva y en tiempo útil, para contribuir a una adecuada selección, y al uso racional de los medicamentos. Igualmente, promueve la terapéutica correcta según las indicaciones de cada medicamento, haciendo uso óptimo de las fuentes de información y difusión necesarias.

- **Sistema de distribución y dispensación de medicamentos por dosis unitaria (SMDU).** La dispensación de medicamentos es el acto profesional farmacéutico asociado con la entrega y distribución de fármacos, tanto al paciente hospitalizado como al ambulatorio, e incluye el análisis de la orden médica, la información sobre el medicamento, y la forma de administración, el almacenamiento y la preparación de las dosis. Cubre las necesidades de medicamentos e insumos del paciente hospitalizado durante 24 horas; el abastecimiento de inventarios o botiquines especializados de planta y para el paciente ambulatorio, la dispensación de la terapia completa y, en casos de tratamientos crónicos, la terapia para un mes.

De todos los sistemas de distribución de medicamentos, el SMDU ofrece la mejor oportunidad para efectuar un adecuado seguimiento a la terapia medicamentosa del paciente, y permite intervenir eficazmente desde el punto de vista de la farmacoterapia.

- **Central de mezclas endovenosas.** Ofrece al paciente hospitalizado elaboración, acondicionamiento y distribución de las mezclas intravenosas, asegurando la asepsia estricta en la elaboración, cubriendo las necesidades terapéuticas de medicamentos oncológicos, nutrición parenteral y otras mezclas.

- **Atención farmacéutica y seguimiento fármaco terapéutico.** En este servicio, el farmacéutico interactúa directamente con el paciente, corresponsabilizándose de su terapia y resolviendo

El estudio sistemático de la eficacia de los fármacos repercute en aspectos de eficacia terapéutica, seguridad del paciente, y de tipo económico.

sus dudas sobre la medicación recibida, orientándolo y dando seguimiento a su fármaco terapia; en caso de ser necesario, se comunica con el médico para actuar conjuntamente, a fin de evitar, prevenir o solucionar los problemas relacionados con la medicación. De esta manera, se logran una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados terapéuticos.

• **Fármaco vigilancia.** A través del Centro Institucional de Fármaco Vigilancia se lleva a cabo la identificación y la notificación de las reacciones adversas a los medicamentos, se evalúa la causalidad, se identifican los factores de riesgo; y se procede a su cuantificación, cuando esto sea posible. En caso necesario, se proponen medidas regulatorias. El trabajo de este servicio permite ofrecer información adecuada y objetiva a los médicos, profesionales sanitarios y a los derechohabientes y sus familias sobre diferentes aspectos de seguridad durante la medicación.

Establecimiento de un pacto Issemym- Derechohabientes

Mejorar la oferta de servicios de salud requiere un pacto entre el Instituto y los derechohabientes, a fin de dar viabilidad al sistema de salud integral y de calidad. Las características principales de este pacto son:

a) Se plantea en términos claros que el cuidado de la salud sólo puede ser exitoso si se enfoca como trabajo compartido entre el equipo de salud y el/la derechohabiente y su familia, adoptando estos últimos una postura de participación activa en las decisiones y en las acciones resultantes.

b) La proposición incluye, como consecuencia del punto anterior, el crecimiento del enfoque preventivo de la atención a la salud, con acciones compartidas (entre Institución, derechohabiente y las familias) tendientes a evitar el embate de algunas enfermedades o prolongar la latencia de otras (como los cuadros pre diabéticos, por ejemplo).

c) La Institución está comprometida a fomentar la cultura de calidad de la atención médica, ya iniciada con resultados comprobables; como aspectos especialmente visibles de estos procesos pueden citarse la mejora del expediente clínico, las medidas de seguridad del paciente, el trato digno a los derechohabientes, la efectividad diagnóstico-terapéutica, la fármaco vigilancia y el control de infecciones nosocomiales.

d) Se reconoce la importancia de los servicios de salud con enfoque familiar como base para una atención integral eficiente y efectiva, y se prevén las acciones necesarias para fomentar la cooperación de los derechohabientes.

e) La atención integral procura la mayor eficiencia y efectividad de los esfuerzos terapéuticos, para garantizar así la continuidad de la atención médica. Configura un objetivo complejo que involucra, sobre todo, cambios en el manejo de la comunicación y de la información, la compilación de bases de datos, el protocolo de referencia-contrareferencia, y otros. Esta integración se reconoce como sello de la medicina más avanzada del mundo, y el *Modelo de Gestión* se compromete a fomentarla por todos los medios realistas a su alcance.

Pactos entre el equipo de salud y el derechohabiente y su familia, firmados e incorporados al expediente clínico, robustecen el concepto de corresponsabilidad.

La integración de todos los servicios institucionales relevantes en torno de las necesidades de un derechohabiente constituye una característica de las medicinas más avanzadas del mundo.

f) Tema central es la construcción de consensos y la acción coordinada de varias direcciones del Instituto en donde cobran nuevo valor la verificación y el uso de la información médica, epidemiológica, estadística y administrativa como insumos relevantes en la detección de necesidades, en la planeación; y en la gestión clínica de la calidad; igualmente, esta información se transforma en herramienta para los comités específicos en la toma de decisiones de mejora; y en la evaluación y control de la gestión de los procesos clínicos que se realizan en cada unidad médica de la red de servicios del sistema..

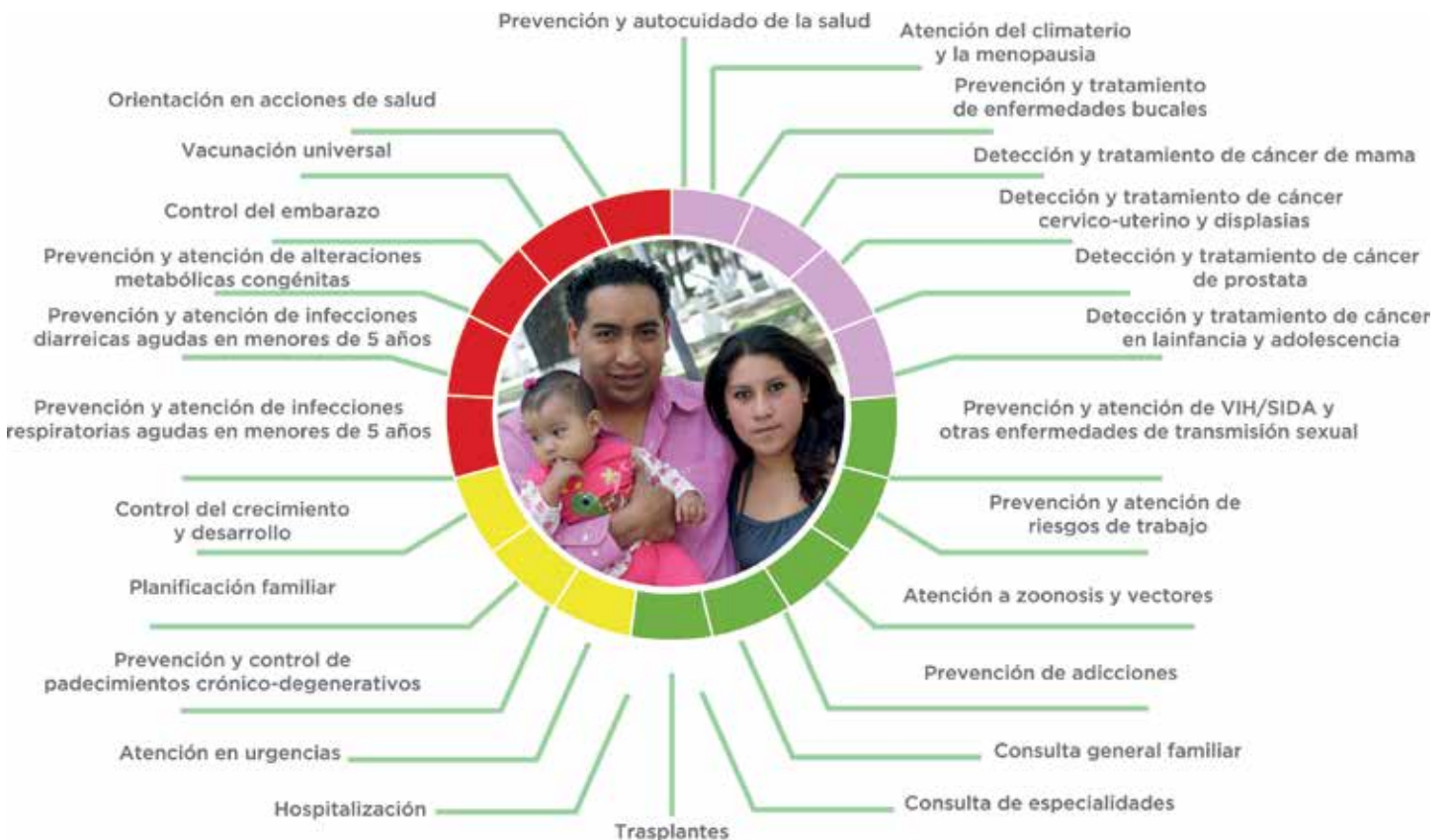
Este consenso funciona como una garantía del seguimiento de los procesos y, por tanto, es un factor fundamental en el éxito del *Modelo*.

Distribución del trabajo por nivel de atención

En el *Modelo de Gestión de Servicios de Salud* se establecen las acciones de salud, de atención médica y de apoyo que se realizan en los tres niveles de atención, de acuerdo con su capacidad resolutoria dentro del marco de la red de servicios.

La imagen que sigue ofrece en forma esquemática el panorama de las acciones de salud que forman parte de la atención integral. Posteriormente, se describen las actividades que se realizan en las unidades médicas de acuerdo con la tipología establecida y con la capacidad resolutoria, en el primero, el segundo y el tercer niveles de atención, así como los servicios de apoyo integrados a la red para garantizar su funcionamiento.

Proyectos de salud integral



Actividades de salud por unidad médica y nivel de atención

En este apartado se describen las actividades esenciales que se realizan en las unidades médicas por cada nivel de atención. Cada nivel tiene funciones diferenciadas y objetivos precisos; que conforme interactúan en forma sinérgica, la red se potencializa para alcanzar su objetivo.

Primer nivel de atención

La infraestructura del primer nivel de atención está compuesta por ocho unidades móviles, 52 consultorios, 19 clínicas de consulta externa tipo A, siete clínicas de consulta externa tipo B, siete clínicas regionales y una clínica odontológica, con lo cual el Instituto cuenta con 94 unidades en este nivel.

En este nivel se distinguen dos momentos del proceso de atención integral con enfoque familiar. El primero, llamado contacto primario, se realiza en cualquiera de las unidades de primer nivel. Allí, el equipo básico de salud, compuesto por un médico y una enfermera, aprovecha la asistencia del derechohabiente motivada por algún problema de salud para realizar, de manera adicional en la misma consulta, la serie de acciones de educación para la salud, detección de riesgos y prevención, siguiendo los lineamientos establecidos para la atención familiar y Línea de vida.

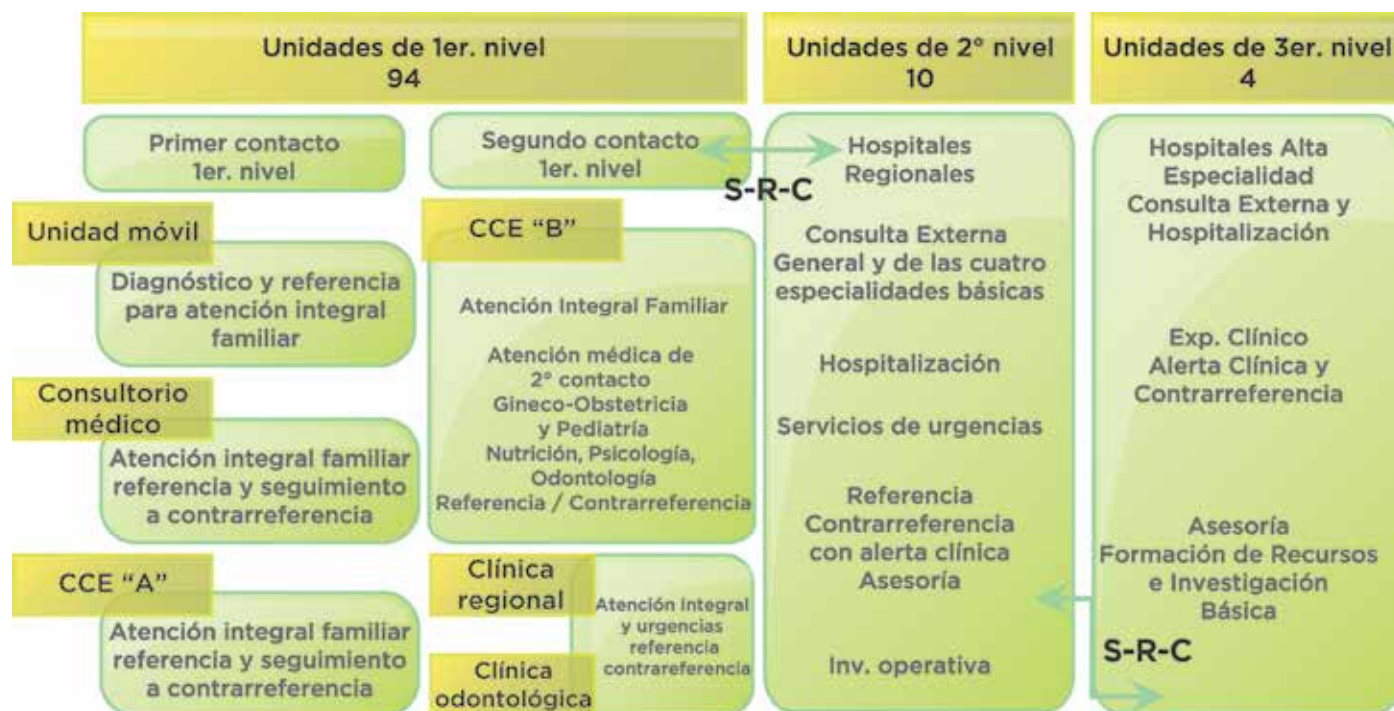
El otro momento, denominado segundo contacto primario, ha sido estructurado para apoyar la atención del primero, mediante un equipo multidisciplinario que complementa la atención con servicios de nutrición, psicología, odontología, pediatría, ginecología y obstetricia, ubicados en las clínicas de consulta externa tipo B y en las clínicas regionales, asimismo, en la clínica odontológica, para la atención de la salud bucal.

La asignación de familias por equipo básico y región permite al nivel local determinar las estrategias operativas para el control de la atención familiar a su cargo, ya que los contextos urbanos, suburbanos y rurales presentan características muy distintas entre sí, que afectan su organización. Por ejemplo, mientras en zonas urbanas de alta densidad de derechohabientes los médicos realizan tres expedientes familiares al día, con un promedio de dos a cuatro actividades de Línea de vida, para ir cubriendo progresivamente el total de sus familias, en las zonas rurales pueden ampliar éste número de expedientes y de acciones preventivas.

En todas las unidades médicas, a excepción de las móviles, se aplican los mismos procedimientos de programación de agenda de citas, seguimiento de la atención familiar, la referencia y la contra referencia, ésta última con o sin alerta clínica.

La interacción entre los diferentes tipos de unidades médicas, de primero y segundo contactos, que integran el primer nivel de atención y el vínculo, con el segundo y tercer niveles, se realiza a través del mecanismo de referencia contra referencia que se describe de manera sumaria en la imagen siguiente.

Sistema de Salud Issemym



Fuente: Coordinación de Servicios de Salud. Red de Servicios de 1º, 2º, y 3er. Nivel 2010. Funcionamiento de unidades médicas de primer nivel según tipología.

Unidades móviles (ocho en total)



Estas unidades cuentan con un equipo básico de salud, integrado por un médico y una enfermera, complementado por un psicólogo, un nutriólogo y un técnico polivalente.

Tienen como función específica acercar los servicios a los lugares donde trabajan los funcionarios públicos.

Las relaciones del derechohabiente con sus diferentes entornos (laboral, familiar, etc.) pueden contener datos fundamentales para un diagnóstico.

En siete de las ocho unidades el trabajo fundamental es de tipo preventivo. Incluye la detección oportuna de problemas crónico-degenerativos, educación para la salud, acciones comprendidas en la estrategia Línea de vida, y referencia a la unidad médica de adscripción que corresponde al derechohabiente, para iniciar o dar seguimiento a la atención integral familiar. La octava unidad móvil, por necesidad del servicio, se centra en la detección oportuna de problemas ginecológicos.

Los psicólogos, por su parte, analizan el comportamiento de cada derechohabiente en su interacción con el medio ambiente social, laboral y familiar, apoyándose en la aplicación de cuestionarios y otros instrumentos, con el fin de establecer un diagnóstico psicológico y, en caso necesario, referir al derechohabiente para su atención en la materia.

Los nutriólogos evalúan el estado nutricional de cada servidor público, con base en datos de somatometría, índice de masa corporal, hábitos higiénicos dietéticos y en la actividad física que realizan, para prevenir de este modo la obesidad y los riesgos concomitantes de enfermedades crónicas.

Consultorios médicos (52) y clínicas de consulta externa tipo A (19)

El equipo básico de salud atiende a los derechohabientes de manera integral, con enfoque familiar, siguiendo la estrategia Línea de vida, invitando a los pacientes con cuadros de obesidad y/o problemas crónico-degenerativos a participar en el programa de ejercicio físico médico controlado, dirigido por el personal de enfermería.

Desde este nivel se aplican las guías de práctica clínica que siguen los principios de la medicina basada en evidencias, para diagnóstico y tratamiento efectivos y de calidad. Las guías de práctica clínica se refieren a los problemas prevalentes en su población de responsabilidad y son la base para el desarrollo de la educación médica continua.

Consultorio Médico de El Oro



Clínicas de Consulta Externa Tipo A (diecinueve)



En dos consultorios y en 14 de las 19 clínicas de consulta externa tipo A se dispone del servicio de química seca para apoyar el diagnóstico. Las demás unidades médicas de este grupo utilizan la red de laboratorios e imagenología de la Institución cuando es necesario.

Clínicas de Consulta Externa Tipo B (ocho)



Su estructura permite brindar atención integral de primero y segundo contacto ya que, además de tener médicos generales y especialistas en medicina familiar, cuentan con odontólogos, nutriólogos, psicólogos y especialistas en gineco-obstetricia y pediatría.

Los problemas de obesidad y mala nutrición son atendidos por los nutriólogos, que agregan una dimensión importante al equipo de salud y constituyen un soporte vital en la atención del síndrome metabólico. La atención a la nutrición se complementa con las acciones de ejercicio físico médico controlado (existen grupos específicos para ello), con lo que se ha logrado disminuir el consumo de medicamentos

antihipertensivos e hipoglucemiantes, además de reducir las cifras de ambos padecimientos y disminuir el número de casos de obesidad. Estas unidades están dotadas, además, con laboratorio clínico y rayos X.

Clínicas Regionales (siete)



Estas unidades cuentan con equipos básicos de salud y brindan atención integral a las familias. Además, proporcionan consulta especializada en pediatría y gineco-obstetricia y atención de partos eutócicos. Las siete unidades de este tipo también brindan atención odontológica.

Este tipo de unidades han sido estructuradas como apoyo a los consultorios y clínicas de consulta externa tipos A y B, ya que cuentan con servicios de urgencia y hospitalización para la observación de pacientes durante 24 horas y brindan el servicio los 365 días del año. A su vez realizan estudios de química seca e imagenología. Cuando requieren servicios de laboratorio de mayor complejidad, utilizan la red de laboratorios del propio Issemym, o la subrogación a otros servicios, según corresponda.

Los pacientes que requieren mayor tiempo de estancia hospitalaria, un diagnóstico o un tratamiento de mayor complejidad son referidos a unidades de segundo nivel y, sólo en casos excepcionales, pueden ser referidos a instalaciones del tercero, bajo protocolo específico.

Clínica Odontológica Morelos



Esta es una unidad especializada que se encuentra ubicada en la ciudad de Toluca; ofrece servicios tanto de primer nivel como de segundo, con especialidades de: odontopediatría, periodoncia, ortodoncia, endodoncia y cirugía maxilofacial, tanto para pacientes de la propia clínica como para aquéllos referidos por otras unidades del Issemym. A su vez cuenta con servicio de rayos X.

Las acciones de primer nivel comprenden la educación y la aplicación de medidas preventivas de caries dental y periodontopatías, además de atención curativa por cuadrantes. Este servicio se encuentra desarrollando el enfoque de atención familiar para fortalecer el auto cuidado de la salud bucal y, a partir de sus resultados, se ampliará la experiencia a otras unidades.

Fortalecimiento del primer nivel de atención.

Como se puede apreciar, el primer nivel de atención es el marco ideal para mejorar la eficiencia y efectividad del sistema; sin embargo, avanzar en este proceso requerirá de varias acciones coordinadas:

- a) Incrementar el número de médicos y enfermeras para mejorar la relación médico paciente hasta alcanzar el objetivo de un médico, por cada mil derechohabientes y un equipo básico (médico-enfermera) por cada 300 familias.
- b) Contratar un mayor número de médicos especialistas en medicina familiar y fortalecer las competencias de los médicos generales para desarrollar el enfoque familiar.
- c) Mejorar el sistema de información en salud para facilitar la monitoría y la evaluación de la atención integral en el primer nivel.
- d) Desarrollar medios de comunicación que permitan el intercambio técnico y de información entre los médicos del primero con los de otros niveles, a fin de fortalecer la calidad diagnóstica y terapéutica integral.
- e) Establecer mecanismos de reconocimiento a los médicos de primer nivel a fin de enfatizar la importancia de su intervención en la prevención de enfermedades en las familias bajo su responsabilidad.

Segundo nivel de atención

Hospitales Regionales (diez unidades)



En estas unidades, los procesos que se desarrollan son consulta externa, cirugía ambulatoria y hospitalaria, así como el servicio de urgencias las 24 horas de los 365 días del año. En los hospitales regionales se cubre la atención de las cuatro especialidades básicas: gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía, y la mayoría de las unidades cuenta con servicio de traumatología.

En todas las unidades han sido instaurados sistemas de monitoreo de la calidad de las intervenciones de salud. Estos sistemas, sobre todo en lo relacionado con la seguridad del paciente, son aplicados por personal de enfermería.

Dos unidades de segundo nivel –la Policlínica de Toluca y el Hospital de Concentración Satélite- serán sustituidos con dos Hospitales PPS, uno ubicado en el municipio de Toluca para apoyar a la Región I, y el otro en el municipio de Tlalnepantla que apoyará a la Región II.

El Hospital de Tlalnepantla PPS cuenta además con una clínica de consulta externa A, que inició operaciones en septiembre de 2012. El Hospital de Toluca y la clínica respectiva lo harán en 2013. Las unidades funcionales de estos hospitales, el equipo médico de punta y la tecnología digitalizada permitirán reforzar los servicios, filtrando casos que por ahora son atendidos en los hospitales de alta especialidad. Su desarrollo y funcionamiento, y la comunicación entre niveles, los convierte en factores de éxito para la operación de la red de servicios.

Estos hospitales refieren pacientes al tercer nivel y contra refieren al primero, con lo que aseguran la continuidad y el seguimiento de la atención familiar, según se describió en el capítulo anterior.

En estos inmuebles se realiza capacitación e investigación operativa y epidemiológica y su organización y liderazgo se desarrolla, como ya se mencionó, a través de la estrategia Gestión Hospitalaria Centrada en el Derechohabiente y su Familia (GEHOCEDYF).

Tercer nivel de atención

Hospitales de alta especialidad (cuatro unidades)

Este nivel está estructurado por cuatro hospitales de alta especialidad diseñados para atender los problemas de mayor complejidad, surgidos de las principales causas de enfermedad y muerte prevalentes en la población derechohabiente.

A escala estatal, proporcionan atención de especialidad y sub-especialidad, ambulatoria y hospitalaria, además de servicios de urgencia las 24 horas 365 días del año a pacientes referidos por las unidades de menor complejidad que requieren apoyo diagnóstico y tratamiento con tecnología de punta. Además, tienen integrados los servicios de patología, laboratorio clínico y de gabinete de alta especialidad. En estos hospitales el área de urgencias se ha esforzado por perfeccionar los servicios de triage, para evaluar las urgencias calificadas y no calificadas.

Estas unidades cuentan con el apoyo de equipos de enfermería de alto nivel.

Las unidades de tercer nivel representan el recurso terapéutico apropiado sólo para los derechohabientes con condiciones de gran complejidad.

De las cuatro unidades, dos se denominan centros médicos; uno se halla en el municipio de Toluca y el otro en el de Ecatepec. Atienden fundamentalmente problemas crónico-degenerativos y quirúrgicos.

En el Centro Médico Toluca destacan importantes servicios médico-quirúrgicos de neurología, oftalmología, hemodinamia y de trasplantes, entre otros. Cabe resaltar que es la única unidad médica de tercer nivel del Instituto acreditada hasta el momento en CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud) ante la Secretaría de Salud Federal.

Centro Médico Toluca



Centro Médico Ecatepec



El Centro Médico Ecatepec apoya a los derechohabientes de la región oriente del Estado de México con servicios quirúrgicos que incluyen: cirugía ambulatoria, salud mental, tanatología, atención de embarazos de alto riesgo y problemas neonatales, entre los más relevantes.

Hospital Materno Infantil



El Hospital Materno-Infantil, ubicado en la ciudad de Toluca, cubre las necesidades en materia de salud reproductiva y en la atención de cáncer en niños, consulta externa, hospitalización, servicios médico-quirúrgicos y de urgencias. Además, cuenta con servicios de pediatría y terapia intensiva neonatal, gineco-obstetricia, medicina materno fetal, biología de la reproducción, terapia intensiva de mujeres y medicina crítica ginecológica por destacar algunos, los cuales se desarrollan con los más altos estándares de calidad del Estado de México. Cuenta además con un relevante servicio de mastografía y colposcopia que ha contribuido en la detección y control del cáncer de mama y cérvico uterino a nivel estatal.

En el 2011, se destacó por obtener el segundo lugar en el concurso por el Premio a la Innovación y la Calidad de los Servicios de Salud que otorga la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de nivel federal. Actualmente el HMI es el único hospital del Issemym que se encuentra competitivamente avalado con los reportes de bases federales en calidad y seguridad hospitalaria.

Centro Oncológico Estatal



El Centro Oncológico Estatal (COE) está ubicado en la ciudad de Toluca. Dirige su atención a la población mayor de quince años, y además de atender a los derechohabientes del Issemym y sus familias, apoya a la población abierta que cuenta con Seguro Popular en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Esta estrategia interinstitucional muestra el impulso de procesos dirigidos a la universalización de los servicios de salud.

En el COE la atención familiar es relevante, ya que incluye, además de la atención médica de la máxima calidad y el apoyo psicológico para la aceptación y acompañamiento del problema del paciente, la medicina paliativa con personal calificado que, en caso necesario, realiza visitas domiciliarias.

El centro cuenta con servicios y tecnología de última generación, como es el acelerador lineal para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer; también brinda servicios quirúrgicos, medicina nuclear, quimioterapia y radioterapia, entre otros. Por el importante desarrollo en materia de calidad, está acreditado en gastos catastróficos para la atención del cáncer y próximamente se verá beneficiado por el Consejo de Salubridad General como hospital certificado en calidad.

Especialidades y subespecialidades de los hospitales

Las especialidades y subespecialidades de los hospitales de segundo y tercer nivel que apoyan la red de servicios suman 52 y se enumeran en el siguiente cuadro.

| ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MÉDICO-QUIRÚRGICAS EN EL ISSEMyM | | | | | |
|---|---------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Acupuntura | Alergología e Inmunología | Algología | Anestesiología | Angiología | Audiología y Foniatría |
| Anatomía Patológica | Cardiología | Biología de la reproducción | Cardio cirugía | Cirugía de columna | Cirugía general |
| Cirugía maxilofacial | Cirugía oncológica | Cirugía pediátrica | Cirugía reconstructiva | Cirugía de torax | Coloproctología |
| Dermatología | Endocrinología | Epidemiología | Gastro enterología | Genética | Geriatría |
| Gineco-obstetricia | Ginecología oncológica | Hematología | Infectología | Medicina crítica | Medicina física y rehabilitación |
| Medicina interna | Medicina nuclear | Medicina materno fetal | Medicina de urgencias | Nefrología y Nefrología Pediátrica | Neonatología |
| Neumología y Neumología Pediátrica | Medicina del trabajo | Neurología | Neurocirugía | Neurofisiología | Oftalmología |
| Oncología médica | Otorrino laringología | Pediatría | Perinatología | Psiquiatría | Reumatología |
| Trasplantes | Traumatología y Ortopedia | Urología | Urología Oncológica | | |

Todas las unidades médicas cuentan con herramientas fundamentales entre la que destaca el catálogo de servicios por tipo de unidad y nivel de atención. El Instituto los difunde en la página de internet, para que cualquier persona interesada pueda identificar el tipo de servicios y horarios en los que se puede contar con ellos. Un ejemplo de este catálogo corresponde al Centro Oncológico Estatal.

| SERVICIOS | INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS | DÍAS DE ATENCIÓN | HORARIO | |
|--|---|---|---|---|
| Atención Médica y Enfermería Ambulatoria Consulta Externa | Cirugía Oncológica | Cirugía de cabeza, cuello y pulmón | Lunes, Miércoles y Viernes | 9:00 - 14:00 hrs. |
| | | Gineco Oncología | Miércoles y Viernes | 9:30 - 14:00 hrs. |
| | | Gastro Oncología | Lunes, Martes y Jueves | 9:00 - 14:00 hrs. |
| | | Cirugía de tumores óseos, piel y partes blandas | Lunes, Martes y Jueves | 9:00 - 14:00 hrs. |
| | | Cirugía de tumores mamarios | Miércoles y Viernes | 9:30 - 14:00 hrs. |
| | Urología Oncológica | | Lunes, Martes y Jueves | 9:00 - 14:00 hrs. |
| | Prótesis maxilofacial | | Lunes, Martes, Miércoles y Viernes | 10:00 - 14:00 hrs. |
| | Clínica del dolor y cuidados paliativos | Clínica del dolor | Martes, Jueves | 9:00 - 14:00 hrs. |
| | | Clínica de cuidados paliativos | Martes, Jueves | 9:00 - 14:00 hrs. |
| | | Tanatología | Viernes | 10:00 - 13:00 hrs. |
| | | Atención familiar domiciliaria | Lunes, Miércoles y Jueves | 9:00 - 13:00 hrs. |
| | Oncología médica | Oncología médica | Lunes a Viernes | 7:30 - 15:00 hrs. |
| | | Hemato Oncología | Lunes a Viernes | 8:30 - 14:00 hrs. |
| | | Medicina interna | Lunes y Martes Miércoles Jueves y Viernes | 12:00 - 14:00 hrs. 8:20 - 14:00 hrs. 12:00 - 14:00 hrs. |
| | | Nutrición | Lunes, Miércoles y Viernes | 9:30 - 14:00 hrs. |
| | | Psicooncología | Lunes Miércoles Jueves | 8:00 - 13:30 hrs. 9:30 - 13:30 hrs. 8:00 - 13:30 hrs. |
| | Radioterapia | | Martes y Viernes | 8:00 - 13:00 hrs. |
| | Anestesia | | Lunes, Martes y Jueves Miércoles y Viernes | 8:00 - 9:30 hrs. 9:30 - 11:00 hrs. |
| | Medicina Nuclear | | Lunes a Jueves | 8:00 - 14:00 hrs. |
| | Referencia y Contrarreferencia | | Lunes a Viernes | 8:00 - 15:00 hrs. |
| UF de Mama | | Martes | 8:00 - 14:00 hrs. | |
| UF Gineco-Oncología | | Jueves | 8:00 - 14:00 hrs. | |
| Atención Médica Continua (Urgencias Oncológicas) | Consulta | | 24/365/días/año | |
| | Observación y corta estancia CD y CP | | 24/365/días/año | |
| Tratamientos | Cirugía Oncológica | | Lunes, Martes y Jueves Miércoles y Viernes | 8:00 - 20:00 hrs. 9:30 - 15:00 hrs. |
| | | Quimioterapia | Lunes a Viernes | 7:00 - 14:30 hrs. |
| | | Braquiterapia | Lunes a Viernes | 7:00 - 11:00 hrs. |
| | Radioterapia | Teleterapia | Lunes a Viernes | 6:00 - 12:00 hrs. 14:00 - 21:00 hrs. |
| | | Simulación y Planeación | Lunes a Viernes | 9:00 - 10:00 hrs. 16:00 - 17:00 hrs. |
| | Medicina Nuclear | | Lunes a Viernes | 8:00 - 20:00 hrs. |

| | | | | |
|---------------------|---|--|------------------------------------|--|
| | Clinica del Dolor y Cuidados Paliativos | | Miércoles | 10:00 - 14:00 hrs. |
| | Radiología Intervencionista | | Jueves | 8:00 - 14:00 hrs. |
| Enfermería | Ambulatoria | Clinica Estomas y Heridas Clinica Catéteres | Lunes a Viernes Lunes a Viernes | 7:30 - 14:30 hrs. 7:30 - 14:30 hrs. |
| | Terapia Intermedia | | 24/365/días/año | |
| Atención Quirúrgica | Enfermería Hospitalaria | | 24/365/días/año | |
| | Dietología | | 24/365/días/año | |
| | Cirugía Ambulatoria | | Lunes a Viernes | 8:00 - 15:00 hrs. |

Los hospitales de tercer nivel despliegan dos importantes funciones, la formación de profesionales de salud de diversas especialidades y la investigación. Adicionalmente el alto desarrollo profesional de los galenos les permite asesorar, como ya se mencionó, a médicos de primer nivel cuando requieren consultar algún caso clínico a distancia.

Los hospitales de tercer nivel están vinculados a través de convenios con los centros hospitalarios más avanzados del país, como, por ejemplo, los institutos nacionales de Nutrición, Cardiología, Oncología, etcétera., a donde refieren pacientes en caso necesario.

En este tipo de unidades también sobresale la función de investigación en las áreas de reumatología, dermatología, gastroenterología, endocrinología, medicina interna, oncología y especialidades vinculadas con gineco-obstetricia y pediatría. La proyección a mediano plazo es que estos hospitales sean referentes nacionales e internacionales en materia de investigación y formación de profesionales de la salud.

Mecanismos y servicios de apoyo a las unidades médicas para el funcionamiento de la red de servicios.

Referencia-contrarreferencia

Una vez descritas las funciones de las unidades médicas es de importancia capital también brindar un panorama somero de los mecanismos que los vinculan y dan funcionalidad a la red de servicios Issemym.

Instrumento fundamental del servicio integral, el dispositivo de referencia-contrarreferencia va ganando en fluidez, y su aplicación se realiza con rigor.

Uno de los más fundamentales de dichos mecanismos es el dispositivo de referencia contra referencia que tradicionalmente consiste en el envío de pacientes con condiciones complejas de una unidad de menor capacidad resolutoria a otra de nivel mayor (referencia) y, una vez que su problemática ha sido resuelta, se reintegra a su unidad emisora (contra referencia). En el Instituto, hasta el 2010, la primera parte de este binomio se procesaba con rapidez, pero la segunda se demoraba, por diversas causas.

Sin embargo en el *Modelo de Gestión* este mecanismo de referencia-contrarreferencia ha sido concebido como una línea estratégica con dos vertientes.

La primera, favorece la continuidad de la atención médica en el nivel más apropiado para la condición de cada derechohabiente, siguiendo

el procedimiento descrito. En casos en que el Instituto no cuente con la atención especializada necesaria, el sistema se complementa con referencias a instituciones externas, públicas o privadas, apoyándose principalmente en los institutos nacionales de salud, como se señaló anteriormente.

La segunda vertiente, aún en proyecto, se refiere al desarrollo de una capacidad de información que debe proveer un sistema cuya naturaleza exige, que tanto las unidades médicas como la Coordinación de Servicios de Salud y otras que la consideren necesaria, puedan tener diversos tableros de control para:

Ubicar los servicios disponibles en toda la red, para que, cuando los derechohabientes requieran ser referidos, se les brinde atención oportuna en la red y no necesariamente en una unidad médica en específico.

Identificar los requerimientos de la red de servicio, en función de las referencias que se realizan, de acuerdo con el número, edad, sexo y tipo de patologías a resolver.

Realizar el seguimiento de los pacientes contra referidos y las interacciones que se tienen entre los profesionales de la salud de los tres niveles de atención, según competencias profesionales.

Evaluar la capacidad de la red de servicios para responder a las necesidades de salud.

Redes de apoyo a los servicios de salud.

En el siglo XXI, brindar servicios de salud de verdadera calidad implica necesariamente la configuración de redes integradas por diversas instalaciones con diferentes competencias que, en su conjunto, reúnan la capacidad para enfrentar cualquier desafío a la salud de un derechohabiente. Algunos ejemplos particularmente visibles de estas redes son los laboratorios, gabinetes, bancos de sangre y ambulancias.

Red de laboratorios

El concepto de red es uno de los motores fundamentales que impulsan el *Modelo de gestión*. Sus manifestaciones concretas son muchas y variadas.

En el Instituto se ha impulsado la modernización de estos servicios constituyendo la Red de Laboratorios Clínicos. Su finalidad es vincular y fortalecer la capacidad de respuesta de los laboratorios con menor grado de complejidad, y a la vez multiplicar el alcance de los de alta especialización, permitiendo así llevar todos los servicios necesarios a la totalidad de los derechohabientes.

Contribuyen a lograrlo una plataforma tecnológica avanzada, que se apoya en la optimización de recursos humanos, la mejora del control de calidad en los procedimientos de laboratorio clínico, cumplimiento regulatorio, aplicación de tecnología de vanguardia y oportunidad en el servicio

La planta física del servicio incluye reactivos, materiales generales y equipos, además de su instalación, calibración, mantenimiento preventivo y correctivo. Igualmente, se garantiza la capacitación respectiva y la asesoría técnica que se requiera. Un elemento fundamental

ha sido la instalación de un sistema informático que permite generar interfaces entre los diferentes equipos, incrementando de esta manera el nivel de eficiencia de los procesos de laboratorio.

Para hacer eficientes estos servicios, se automatizaron diversas secciones, según las necesidades propias de las unidades médicas. Entre dichas secciones se encuentran: hematología y coagulación, química sanguínea y electrolitos, urianálisis, microbiología, serología infecciosa y hemocultivos. Se instituyó un sistema de pago por prueba efectiva realizada con equipos bajo el régimen de comodato, cuya tecnología garantiza su calidad, precisión y confiabilidad.

En 2011, el número de laboratorios ascendió a 21, mismos que cuentan con las instalaciones y sistemas para realizar aproximadamente 190 estudios diferentes.

Red de bancos de sangre

Esta red cuenta actualmente con cuatro bancos de sangre, con una captación promedio de entre 11 mil 700 y 14 mil 200 unidades sanguíneas por año, de acuerdo con el siguiente detalle:

1. Centro Médico Issemym, entre 6 mil y 7 mil unidades
2. Hospital de Concentración Satélite, entre 2 mil 400 y 3 mil 600 unidades.

Esta unidad médica trasladará su función al Centro Médico Ecatepec, al iniciar operaciones el PPS Tlalnepantla.

3. Banco de Sangre del Centro Médico Ecatepec, entre mil 900 y dos mil 200 unidades
4. Banco de Sangre del Hospital Materno Infantil, entre mil 300 y mil 400 unidades.

De los donadores aceptados, los bancos recolectan sangre total, de la que se obtienen concentrados eritrocitario, plaquetario, plasma fresco y crioprecipitado.

Red de servicios de radiodiagnóstico y gabinete en las regiones de salud.

Hasta los estudios de más alto costo están al alcance de todos los derechohabientes, aunque sólo se realicen en unidades de tercer nivel.

Los servicios de radiodiagnóstico y gabinete han sido distribuidos de tal manera que cubren con la mayor eficiencia la demanda de estos auxiliares diagnósticos. Para ello se ha estructurado una red capaz de realizar radiografías simples, fluoroscopia, ultrasonido simple, de tercera dimensión, ecocardiografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética, mastografía, densitometría ósea, ortopantografía y tratamientos con acelerador lineal, entre otros.

En lo que se refiere a gabinetes, se cuenta con electrocardiografía, potenciales evocados, electroencefalografía, electromiografía, audio

metría y timpanometría. Los diferentes equipos están distribuidos en las unidades médicas que integran el sistema en las seis regiones, de acuerdo con la complejidad de los servicios que cada una de ellas debe proporcionar. Es importante mencionar que todas las áreas de radiodiagnóstico están equipadas y construidas bajo las más estrictas normas de seguridad y calidad en lo que se refiere a la emisión de radiaciones.

El número de salas de radiología y gabinetes varía de acuerdo con el tipo de unidad médica y su nivel de atención, y se distribuyen en las seis regiones que integran la red Issemym. Tanto el número de citas, como la programación de los estudios, se controlan a través de una agenda manual o electrónica como parte del expediente clínico electrónico.

En cuanto a los estudios de tomografía, tratamientos con acelerador lineal y otros estudios especializados de gabinete, por ser complejos y de alto costo, sólo se brindan en unidades de tercer nivel, ya que exigen para su realización e interpretación la disponibilidad de personal altamente especializado. *El Modelo de Gestión*, sin embargo, incluye provisiones que mantienen a estos estudios dentro de los confines de la red, haciéndolos oportunamente accesibles para quienes realmente los necesitan.

Por último, es preciso subrayar el papel fundamental que desempeñan los servicios de radiología y los gabinetes especializados en la formación de personal becario de distintas ramas de las ciencias de la salud.

Red de ambulancias

La red de ambulancias se estructuró para apoyar a las unidades médicas de baja complejidad y a los hospitales de segundo y tercer nivel, con el objeto de dar una respuesta oportuna a todas las situaciones médicas, sin importar su grado de especialización.

De acuerdo con la regionalización de los servicios, las ambulancias son asignadas con base en las unidades médicas y distribuidas por región de la siguiente manera:

| | | |
|-------|----------------|-------------------|
| R I | Toluca | 16 en 8 unidades |
| R II | Naucalpan | 8 en 5 unidades |
| R III | Ecatepec | 19 en 12 unidades |
| R IV | Valle de Bravo | 5 en 2 unidades |
| RV | Atlacomulco | 4 en 2 unidades |
| RVI | Tenancingo | 5 en 3 unidades |

El Issemym cuenta además con el apoyo del servicio de ambulancia aérea Relámpago, de la Unidad de Rescate Aéreo del Gobierno del Estado de México.

En la siguiente imagen se muestran las redes de apoyo a los servicios de salud antes descritas y distribuidas por región.



La red de redes

Las anteriores constituyen algunas –aunque no todas– redes por medio de las cuales el Issemym procura facilitar que sus derechohabientes obtengan el máximo provecho, a partir de los diferentes servicios que ofrece la Institución.

Sin embargo, queda por mencionar una red que, a pesar de ser una de las de más creciente creación, promete transformarse en la más amplia y omnipresente: el expediente electrónico y sus sistemas subsidiarios.

Este instrumento, con su base de datos acompañante, tiene la capacidad de brindar el panorama más amplio de información relevante para determinar el estado de salud de los derechohabientes y de sus familias.

Al registrar datos de todo tipo, incluyendo las medidas preventivas adoptadas, y al ser fácilmente accesible por el personal de salud, el expediente electrónico permite al médico formarse rápidamente una idea bien informada del cuadro más amplio de la salud de su paciente y detectar, en caso necesario, condiciones de alerta clínica, a la vez que facilita la comunicación con todas las unidades del Instituto, agilizando las referencias y contra referencias.

La tecnología digital es la llave maestra que posibilita el funcionamiento e integración unitaria de las diferentes redes.

De esta manera, el expediente electrónico —aparte de su función de reunir de manera muy funcional una extraordinaria riqueza de información— se erige en una especie de “red de redes”, que concentra en torno del derechohabiente el acceso a todos los servicios necesarios en cualquier situación de salud. Además contribuirá con información a la toma de decisiones en el lugar donde se generan las necesidades médicas.

Un precursor de los servicios del mañana.

Educación e investigación en salud

Otro instrumento fundamental para el desarrollo del *Modelo de Gestión*, porque garantiza que las habilidades y conocimientos del personal de salud se mantengan en la vanguardia del state of the art al que se ha hecho alusión, es el desarrollo de competencias y educación continua del personal de salud, como también las actividades de investigación.

Lo que se entiende por competencia, en este caso, implica “saber hacer”, poner en práctica conocimientos, habilidades y actitudes (valores) en una labor práctica y tangible que lleva a producir una acción u objeto específicos. Por ejemplo: atender con enfoque familiar a los derechohabientes, realizar una intervención quirúrgica de calidad, escribir un artículo para publicar una investigación o dirigir con efectividad y compromiso un hospital.

El desarrollo de una competencia tiene impacto en diferentes aspectos, entre otros: eficacia “¿se hizo lo que se debía hacer desde el punto de vista técnico y humano?”; eficiencia “¿se hizo en el tiempo y con el costo programado en el que se debía hacer?”, y calidad “¿se realizó con los estándares preestablecidos?” El avance en sus resultados, permite al personal y a los diferentes tipos de unidades médicas, competir y compararse con otras instituciones que producen los mismos servicios.

El desarrollo por competencias facilita el uso de la información científico-técnica y humana, que le da sentido al quehacer de la salud, precisa las tareas y actitudes para el logro de los objetivos institucionales y personales de los trabajadores impulsando así el desarrollo humano. De esta manera interactúan las preocupaciones e intereses de ambas partes de la organización de los servicios de salud; las del personal operativo y de los directivos, lo que permite humanizar la educación y la formación profesional institucional.

En este rubro, se fortalece la educación médica continua para que el conocimiento significativo se aplique desde la perspectiva clínica, epidemiológica y social, impulsando la actuación ética en el marco del ejercicio profesional y de la superación permanente del personal de salud.

El papel de la telemedicina se va afianzando cada vez más en los programas de educación médica continua.

Con la introducción del enfoque familiar en la red de servicios del *Issemym*, se establece en el Instituto un nuevo paradigma en la atención y por tanto, una nueva manera de trabajar fundamentada en la comprensión de las relaciones existentes entre el conocimiento altamente especializado, la actividad basada en la evidencia científica, y la importancia de la atención integral a la salud en el contexto familiar y social del Estado de México.

Resulta, por lo tanto, imprescindible que se refuerce y profundice el tema de la capacitación, para transformar los métodos de educación tradicionales en instrumentos activos centrados en el desarrollo de competencias profesionales y en la generación de aprendizaje significativo que habilite a los profesionales de la salud para la resolución de problemas de salud con efectividad, a la vez que les permita brindar una atención médica integral, dentro del marco de los valores institucionales.

De acuerdo con esta filosofía, una de las líneas de acción institucionales de mayor relevancia ha sido la creación de la especialidad de medicina familiar, en coordinación con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) mediante un convenio que se firmó en 2007, con el objetivo de ofrecer una solución mejor adaptada a las demandas de los derechohabientes de la Institución.

Además, se gestionará un diplomado sobre la atención integral con enfoque familiar y de calidad dirigido a médicos generales, pediatras, ginecólogos, odontólogos, psicólogos y nutriólogos del primer nivel de atención, a fin de facilitarles la comprensión de las interrelaciones entre la familia y los procesos de atención médica en la red de servicios.

También se incluye, como lo marca el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, el impulso a estas tareas en las diversas áreas: clínicas, biomédicas, médico-sociales, y de servicios de salud, para producir conocimientos que permitan enfrentar la problemática de salud de los derechohabientes. En este desarrollo se priorizan criterios tanto técnicos como éticos, a fin de garantizar la dignidad y el bienestar de las personas sujetas a investigación.

La investigación no se trata solamente de buscar nuevos conocimientos, o confirmar hallazgos, sino que también ayuda a desarrollar las habilidades de quienes la realizan.

La investigación prevista comprende, entre otros aspectos, el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; igualmente, deben aplicarse más recursos y esfuerzos a estudiar la prevención y el control de los principales problemas de salud, así como de las técnicas y métodos más eficaces, para lograr una mayor efectividad en la prestación de servicios de salud.

Para avanzar en la investigación y en la formación de personal de salud, tanto en el país como en el extranjero, se impulsó el Fondo para la Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud y la estructuración de dos comités; de investigación y bioética, quienes revisan y dictaminan los proyectos. Además se constituyó la Fundación Pro Investigación y Formación en Salud del Issemym como fruto del interés mostrado para ofrecer un servicio de naturaleza permanente, de interés general y sin ánimo de lucro, mecanismo que permitirá la vinculación entre el COMECYT (Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología) y el Instituto.

Asimismo, se ha puesto interés en la capacitación sobre medicina basada en la evidencia científica, aplicando las Guías de Práctica Clínica emitidas por la Secretaría de Salud y aprobadas por la Dirección de Educación e Investigación de la CSS, en acuerdo con las unidades médicas, buscando ante todo aplicar mejores prácticas, y acciones seguras para el paciente y el personal de salud, garantizando así la calidad de los servicios, vigilando que la aplicación del conocimiento más avanzado haya pasado por el filtro severo del seguimiento sistemático en la práctica clínica.

El crecimiento del enfoque familiar, además del desarrollo de la corresponsabilidad, promete generar abundante material para nuevas áreas de estudio.

De la diversidad a la uniformidad... a la diversidad

Más de un millón de derechohabientes representan, necesariamente, un universo rico y diverso, lleno de matices, contrastes y hasta contradiccio-

nes. Sus antecedentes sociales y económicos, su formación cultural, sus condiciones generales de salud, sus expectativas ante un organismo de seguridad social, son todos factores que contribuyen a esta diversidad.

Una Institución como el Issemym, por el contrario, por su misma organización -centrada en la búsqueda de eficiencia- tiende a la uniformidad (a veces definida como “estandarización”), hasta donde ésta resulta realista. La generación de servicios completamente uniformes es, por supuesto, desatinada.

Pero la observación detallada de las necesidades de los derechohabientes mostraba que sus requerimientos variados y hasta heterogéneos podían ser satisfechos (más o menos adecuadamente) con una cantidad relativamente limitada de servicios estandarizados. Esto resultaba compatible con la eficiencia y durante muchos años fue el distintivo de la labor del Instituto.

Hubo roces, inconformidades, malos entendidos y, en ocasiones, verdaderas discrepancias entre lo que constituía la exigencia de los derechohabientes y lo que la Institución estaba en condiciones de ofrecer.

En descargo de esta última, hay que reconocer que se mostró sensible ante las reclamaciones y se dedicó a buscar soluciones a la problemática planteada por sus usuarios. Muchas veces las encontró.

La larga, y en ocasiones agria, polémica en torno de la introducción de medicamentos genéricos constituye apenas un ejemplo de las muchas veces que el Issemym se mostró flexible con tal de satisfacer las demandas de sus derechohabientes.

Surgieron en diferentes ámbitos y niveles una variedad de iniciativas destinadas a hacer más oportuna y sensible la respuesta de los servicios de salud ante los requerimientos.

Esta vocación por satisfacer a los derechohabientes, sin embargo, tuvo su aspecto problemático: se inició una serie incontrolada de medidas especiales, que fueron a atentar contra la misma eficiencia que había sido uno de los sellos característicos del trabajo del Instituto.

Se estaba cayendo en una trampa que acecha a la mayoría de los procesos de adaptación: la solución de un planteamiento creaba otros problemas y desequilibrios nuevos.

Y las muchas instancias de esta contradicción se podían resumir en un desafío clave: ¿cómo recuperar la eficiencia y el orden sin sacrificar la satisfacción de los derechohabientes que las iniciativas aisladas habían alcanzado?

Se trataba de probar que los métodos que, aparentemente, sólo generaban uniformidad, eran capaces también de servir a la diversidad.

Era necesario partir de los fundamentos. Reorganizar desde las bases, de manera armónica e incluyente. Cambiar el paradigma de la aten-

ción a la salud en el Issemym. Buscar los modos y los métodos que permitieran que aquella misma uniformidad impuesta a la diversidad pudiera ahora dar respuestas diversas.

El resultado ha sido el *Modelo de Gestión de Servicios de Salud*, un esquema con efectos múltiples, a corto, mediano y largo plazo, que amplía cualitativamente la cobertura de salud ofrecida por la Institución, sin exigir aumentos sustanciales de recursos.

El verdadero incremento de recursos para operar el *Modelo* proviene del inicio del aprovechamiento de un activo que ya existía en forma latente: el propio derechohabiente y su familia.

Por medio de los conceptos de corresponsabilidad, de enfoque familiar y de las propuestas de la medicina preventiva, se moviliza esta energía latente a favor de una serie de mejoras en la salud de los derechohabientes.

Esto requiere que tanto el equipo de salud, como los derechohabientes acepten varias realidades:

La primera, que con la creciente complicación del conjunto de los cuidados médicos, es físicamente imposible que un equipo de profesionales (con las limitaciones lógicas impuestas por la carga de trabajo) garantice todos los aspectos de la salud de un individuo totalmente pasivo. Su participación en el proceso es imprescindible.

La segunda, que la continuidad del modelo de cuidados predominantemente curativos del individuo pasivo iba a crear una creciente brecha de expectativas insatisfechas.

La tercera, que la continuidad del modelo existente iba a generar costos crecientes, que no iban a poder ser cubiertos, de modo que se caería en la obligación de recortar paulatinamente servicios, ensanchando aun más la brecha de expectativas insatisfechas hasta dimensiones críticas.

Por supuesto, el esquema contenido en el *Modelo de Gestión* exige cambios en toda la cultura del servicio de salud. Por ejemplo, se sabe que el crecimiento efectivo de las prácticas preventivas no se logra fácilmente; la movilización de una parte significativa de la población derechohabiente será un proceso largo, que deberá vencer resistencias diversas; la introducción de los cambios en la cultura y las actitudes implicadas en la aceptación de nuevas modalidades de trabajo condicionadas por las exigencias de la alta tecnología digital, también requerirá de persuasión y demostración de eficacia y una importante dosis de desarrollo humano.

En esto último reside el mayor punto de apoyo para la esperanza. El *Modelo de Gestión* contiene medidas cuyos efectos se podrán ver a corto plazo. Y esos efectos empezarán a configurar la masa crítica de evidencia necesaria para persuadir a los que dudan o se sienten amenazados.

Modelo de Gestión de Servicios de Salud

Capítulo 4

Los servicios de salud en la vanguardia
del conocimiento y la calidad



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



issemym

Capítulo IV.

Los servicios de salud en la vanguardia del conocimiento y la calidad

*No se puede mejorar lo que no se evalúa;
no se puede evaluar lo que no se mide;
no se puede medir lo que no se define.*

*Dr. Enrique Ruelas.
Calidad total para directivos*

En capítulos anteriores se expuso esquemáticamente la delicada interacción que se establece, al interior de un gran sistema de salud, entre la vanguardia del conocimiento científico y la necesidad de extender sus resultados a un conjunto numeroso de derechohabientes y a sus familias, todos con intereses, culturas, experiencias y demandas ligeramente diferentes entre sí.

Una de las conclusiones que se señalaron es que las fases más avanzadas de la ciencia médica —lo que suele llamarse coloquialmente “ciencia de punta”— están limitadas, por sus propias características, a ser aplicadas en grupos humanos reducidos, y bajo condiciones de seguridad supervisada muy rigurosas.

La clase de conocimiento que se tiene sobre los productos y técnicas creados para estas fases avanzadas es, en una primera etapa, bastante restringida, dado que hay dudas sobre los alcances de su eficacia, desconocimiento de sus efectos a largo plazo, indefinición sobre las características precisas de los pacientes potencialmente beneficiados, falta de experiencia con las consecuencias de su interrupción, entre otras incertidumbres.

Esta situación se va resolviendo por medio de una serie de exhaustivas pruebas y ensayos, que empiezan sobre animales de laboratorio, para luego pasar a personas sanas y, de ahí, a unas pocas personas enfermas, de características especiales.

Había un tiempo, por ejemplo, en que se ensayaban preferentemente los medicamentos nuevos sobre pacientes juzgados como incurables. El perfeccionamiento de los modelos animales permitió funcionar con un poco más de flexibilidad en esta etapa pero, de todas maneras, el acceso a la medicina de avanzada sigue siendo —para los ciudadanos comunes— muy restringido.

De manera simultánea, sin embargo, se desarrollan técnicas y procedimientos que pueden beneficiar a grupos amplios de derechohabientes. Su mérito no es sólo que se generan en una ciencia de alto nivel, sino que se pueden aplicar en grandes números de pacientes.

El famoso “lavado de manos” de Ignaz Semmelweis es el ejemplo más emblemático: descubrió, a mediados del siglo XIX, que la fiebre puerperal, causante de la muerte de proporciones importantes de parturientas, se podía evitar con el sencillo protocolo de que los

Los adelantos en atención a la salud pueden ser muy variados. Una función estratégica de cualquier institución es determinar cuáles convienen mejor a sus derechohabientes.

obstetras se lavaran las manos con una solución antiséptica antes de asistir a la mujer a punto de dar a luz.

Lo más notable fue la resistencia de sus colegas a adoptar una modificación tan sencilla a sus procedimientos habituales. No solamente no le creyeron al médico austriaco, sino que lo expulsaron de su sociedad médica, y le prohibieron trabajar en por lo menos uno de los hospitales a los que tenía acceso, “por poner en duda la honorabilidad de la profesión”.

Por supuesto, el tiempo y la experiencia le dieron la razón: no tardó en hacerse evidente que, entre las pacientes de sus pocos seguidores, la fiebre puerperal y sus muertes maternas acompañantes prácticamente desaparecieron.

Los tiempos han cambiado, y la medicina también. Parece muy poco probable que, a principios del siglo XXI, pueda generarse un descubrimiento que, por su sencillez e impactante eficacia, pudiera compararse con el de Semmelweis.

Pero, hace no tantas décadas, un conjunto de médicos se dio cuenta de que, indagando sistemáticamente si sus pacientes habían experimentado reacciones molestas ante alguna medicina, podían evitar una cantidad importante de reacciones anafilácticas que, en algunos enfermos, también podían poner en riesgo la vida.

Como estos ejemplos hay muchos más, y todos, en su conjunto, plantean con gran claridad la necesidad de combinar elementos opuestos, a veces antagónicos, para alcanzar la mejor medicina que se puede ofrecer a escala masiva.

Ambos enfoques son indispensables: la incorporación constante de los frutos de la alta ciencia y la diseminación rápida y masiva de pequeñas medidas preventivas, surgidas de la larga observación clínica de miles de pacientes.

Sólo los muy ancianos pueden recordar la angustia que representaban las infecciones respiratorias antes del advenimiento de los antibióticos. Otros, un poco más jóvenes, tienen memoria de la penuria cotidiana que representaba para millones de personas la hiperacidez gástrica, antes de la aparición de los antagonistas H₂.

Y no cabe duda que, en el futuro cercano, se podrá hablar de ejemplos parecidos a partir de avances surgidos de la nano medicina, por ejemplo.

La totalidad de la atención

Una investigación epidemiológica norteamericana estableció, a partir de datos de 2008, que se producían más de 40 mil muertes anuales por errores de diferente índole en los servicios de salud.

Esta muestra de la falibilidad de los servicios de salud pone de manifiesto la necesidad del perfeccionamiento constante de los sistemas y de la actualización acuciosa del personal. La formación de médicos y enfermeras no puede terminar nunca, y el papel de la educación médica continua adquiere un protagonismo ineludible.

De la ciencia de avanzada al uso cotidiano hay muchos pasos que configuran un proceso tan complejo que casi configura una rama de la ciencia.

Como el conocimiento médico queda superado con mucha rapidez (sólo hay que pensar en la fármaco terapia de la infección por VIH o en los nuevos desarrollos en las intervenciones quirúrgicas que han impulsado la alta tecnología, por ejemplo), esta labor de actualización exige un esfuerzo permanente y coordinado entre las instituciones formadoras de recursos, las prestadoras de servicios y los profesionales, quienes tienen que programar su tiempo para asistir a seminarios, talleres, cursos, congresos, etcétera.

Estas actividades, sin embargo, representan sólo una parte del esfuerzo por orquestar una atención integral para un conjunto numeroso de derechohabientes.

La complejidad intrínseca del ser humano hace prácticamente imposible una atención a la salud libre de errores, pero dichos errores pueden ser reducidos a una expresión mínima.

La atención óptima debe incluir adelantos probados, ya sean generados por la ciencia de punta, como por la observación de las prácticas cotidianas más eficaces, puestos en manos de profesionales que se encuentran en el punto más alto de preparación y solvencia.

En el marco de la práctica institucional, el Issemym persigue este objetivo a través de cuatro grandes campos de actividad:

Enseñanza. Una actividad con un papel tan crítico para el bienestar y la vida como es la atención a la salud impone a las personas que participan en ella la pesada obligación de estar siempre en su punto óptimo, siempre en condiciones de ofrecer lo mejor de sus capacidades y conocimientos en beneficio de un enfermo, funcionando en las mejores condiciones, con el objeto de evitar fallas o accidentes.

A lo largo de sus más de cuatro décadas de vida, el Instituto ha desarrollado un sistema de identificación y análisis de sus necesidades en materia de enseñanza y capacitación y establecido vinculaciones con instituciones de educación superior para satisfacerlas. En esta nueva etapa, definida en el *Modelo de gestión*, identifica los nuevos requerimientos en la materia planteados por el énfasis sobre prácticas preventivas, atención integral y proyección familiar. Simultáneamente deben generarse nuevos desarrollos en el uso de nuevas tecnologías y especialidades como la genómica, la nutrición clínica, y la geriatría, entre otras.

Investigación. Ya sea para la búsqueda de nuevos conocimientos, la confirmación de resultados todavía no suficientemente comprobados o para la adaptación de técnicas y productos a las realidades epidemiológicas del Estado, muchos miembros del equipo de salud del Issemym —de manera especial los trabajadores de unidades de tercer nivel— participan en diversos proyectos de investigación. Estos trabajos no solamente generan conocimientos nuevos, sino también desarrollan las habilidades de quienes participan en ellos, dado que el investigador no solamente tiene que ser un profesional de altas calificaciones, sino que, en las mismas tareas de indagación científica, desarrollando y perfeccionando sus propias competencias. Para apoyar el avance y crecimiento de estas actividades, el Instituto ha creado un fideicomiso que se dedica a seleccionar y financiar los proyectos de investigación más prometedores.

Para arraigar un fenómeno tan amplio y profundo como una cultura, hace falta la aceptación activa de una mayoría importante de los involucrados.

Cultura de calidad. En un esfuerzo por simplificar un concepto complejo, diversos autores apelaron a un recurso mnemónico para definir la calidad de los servicios de salud, señalando que se define a partir de cuatro letras “e”: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia.

El español Pedro Saturno Hernández, médico especialista y coordinador de la Maestría de Gestión de Calidad de los Servicios de Salud de la Universidad de Murcia, se acercó más a la esencia del concepto cuando definió calidad en los servicios de salud como “...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.

Esta definición, con todo y su apretada síntesis, consigue transmitir la diversidad de los ingredientes y la riqueza de los objetivos del concepto de calidad. Expresa la proyección hacia el grupo familiar y social al brindar atención a la salud, como también su obligación de mantener actualización constante de conocimientos, accesibilidad inmediata para todos los derechohabientes, una actitud sensata y distributiva en materia de recursos, y la necesidad de incorporar la anuencia y la aceptación de los pacientes.

El *Modelo de Gestión* plantea, precisamente, cada una de estas condiciones en su enfoque familiar y en su doctrina de corresponsabilidad, amén de todo el complejo de condiciones que configuran el “nivel profesional óptimo” recalcado por Saturno.

Estudio para la renovación y adopción de nuevos equipos. Cuando los resultados que genera la ciencia de avanzada han superado las pruebas que garantizan su seguridad y eficacia, queda al Instituto evaluar la factibilidad y conveniencia de su aplicación en sus unidades. El instrumento administrativo que centraliza esta actividad, la Subdirección de Gestión y Control, se dedica a evaluar los requerimientos de equipamiento que provienen de las unidades y, en el caso de pedidos de recursos de avanzada, integra comités específicos de especialistas quienes en forma colegiada dictaminan sobre la utilidad de los nuevos avances para los derechohabientes del Instituto.

En otro aspecto menos espectacular, pero igualmente vital, de sus actividades, compila una visión panorámica de todos los equipos que funcionan en el Instituto, calculando su desgaste, sus posibilidades estadísticas de fallar, y pronosticando el momento más oportuno para su remplazo.

El desarrollo de la cultura de calidad de la atención a la salud

La compleja combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas que se conjugan en los grandes sistemas de salud como el Issemym requieren organización, coordinación y comunicación para desarrollar la sinergia necesaria para que el sistema pueda brindar servicios auténticamente efectivos, eficientes, y de calidad, percibidos como tales por los derechohabientes.

Para alcanzar esto, hay que incorporar a los elementos anteriores uno más, de importancia capital: la mejora continua de la calidad.

A partir de 2007, el Instituto empezó a instrumentar procedimientos administrativos con miras a obtener la certificación ISO 9000, para el

La introducción armónica del conjunto definición-medición-evaluación ha producido resultados palpables en ocasiones espectaculares.

año 2008. Posteriormente, durante la presente administración, se ha dado énfasis a la calidad de la atención médica y a un principio fundamental para impulsarla: evaluar para mejorar, a fin de acreditar y certificar la calidad de las unidades médicas con los estándares establecidos a nivel federal.

Como se ha señalado, la estrategia para la evaluación se dio a través de la supervisión integral que, al identificar la línea basal de la calidad en 2010, proveyó la información básica para impulsar la cultura y la gestión de la calidad de los servicios de salud.

La gestión requiere contar con un sistema de monitoreo de los indicadores establecidos en cada nivel de atención en el que se deben considerar los orientados a evaluar la satisfacción de los usuarios, indicadores que deben incluir al menos el trato a los derechohabientes, la seguridad del paciente durante la atención, la efectividad de la atención médica y la gestión organizacional de los servicios para lograr su calidad.

Para esto es necesario fortalecer competencias de todo el personal involucrado en el proceso de atención, desde médicos y enfermeras, hasta directivos, pasando por el personal administrativo, como del encargado del manejo social de los derechohabientes (trabajadoras sociales y de relaciones públicas), quienes representan el rostro del Instituto.

La retroalimentación obtenida a partir de la evaluación de la calidad de todos los procesos sirve para proponer acciones para la mejora continua de la calidad.

La gestión y el diseño de procesos de atención a la salud —o camino clínico— es la actividad crucial para mejorar la calidad de los servicios médicos. La gestión por procesos implica, entre otras cosas, una definición explícita de los usuarios de cada servicio, los insumos de los distintos tipos y los resultados a obtener con cada procedimiento, un diseño participativo, el monitoreo y la evaluación constante de los indicadores para asegurar el funcionamiento, la difusión amplia de los resultados y, sobre todo, la voluntad de mejora continua cuando sea necesaria; con ello se cumple el ciclo de la gestión de calidad que incluye diseño de procesos, monitoreo, mejora, y comunicación de resultados, tanto al personal, como a los derechohabientes y sus familiares.

Estos pasos constituyen el camino clínico de la calidad y se consideran la herramienta de gestión que organiza la secuencia y la duración de las intervenciones de todo el personal para atender una condición de salud o problema específico, o parte del mismo, para minimizar retrasos y para utilizar los recursos, a fin de maximizar la calidad de la atención.

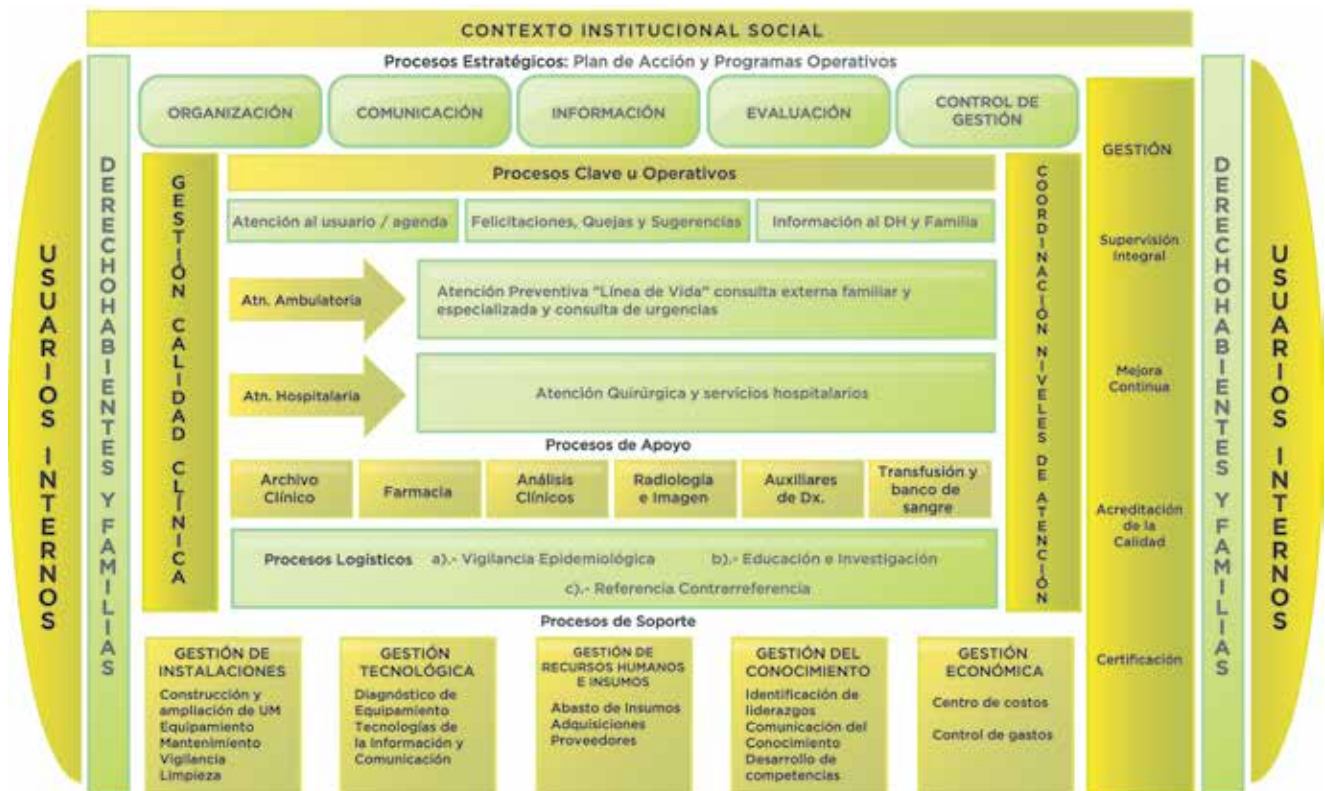
La gestión del camino clínico, de acuerdo con el Dr. Saturno, debe considerar los requisitos o acciones que hay que cumplir para lograr el éxito de la política de calidad en los servicios de salud. Igualmente, vale la pena tener en cuenta los posibles factores negativos que puedan conspirar en su contra. Algunos de los elementos favorables o negativos observados con mayor frecuencia figuran en el cuadro siguiente.

Factores de éxito o fracaso para el desarrollo de la calidad

| FACTORES CLAVE DE ÉXITO | ALGUNAS CAUSAS DE FRACASO |
|--|---|
| Compromiso y apoyo de la dirección de cada unidad médica y de los equipos de salud | Falta de colaboración de alguna de las partes implicadas |
| Concordancia entre el diseño del camino crítico y las características y necesidades del paciente, el personal y la institución | Falta la priorización adecuada |
| Recursos humanos cualificados y trabajo en equipo por parte de los dueños de los procesos | Ámbito de aplicación demasiado amplio o que incluye demasiados subprocesos |
| Existencia de sistemas de apoyo para desarrollar el camino clínico de calidad (Sistemas de Información, recursos etc.) | Adopción de caminos clínicos de otras instituciones sin la correspondiente revisión |
| Involucrar a los derechohabientes en la mejora continua a través del conocimiento de sus necesidades y expectativas | Tomar solo en cuenta las necesidades de los médicos o de la institución |
| La gestión de la mejora está centrada en el derechohabiente y su familia | Ausencia de enfoque de mejora |

El trabajo por procesos con criterios de calidad parte de la definición de los resultados a conseguir, en función de las necesidades y expectativas a satisfacer. La base de este abordaje reconoce que el camino clínico requiere del concurso de muchos servicios interdependientes que, si no están bien coordinados para alcanzar la necesaria sinergia, pueden provocar retrasos y repeticiones innecesarias en detrimento de la calidad de la atención y en la consiguiente insatisfacción de los derechohabientes.

Para avanzar en la aplicación del camino clínico, se han definido los procesos del *Modelo de gestión*, que se visualizan en la siguiente imagen, en donde se reflejan los diferentes ámbitos de competencia. Su desarrollo ya se ha iniciado; sin embargo, para avanzar se requiere un fuerte trabajo en equipo en los diferentes ámbitos y niveles de atención, así como desarrollo de competencias y de los recursos tecnológicos e informáticos para su monitoria y evaluación sistemática.



Con el propósito de impulsar la cultura de la calidad y su gestión en los servicios de salud, se ha integrado un equipo central de gestión de calidad que contribuirá en el diseño y en el desarrollo de los procesos y procedimientos con criterios de calidad, para mejorar la calidad de los servicios, apoyando y asesorando a las unidades médicas para evaluar sistemáticamente la calidad de los procesos y retroalimentar el diseño.

Participación activa del derechohabiente y su familia en la mejora de la calidad

En las últimas décadas, en diversas partes del mundo se ha reconocido la importancia de incorporar las opiniones y reacciones de los usuarios en la mejora y la gestión de la calidad de los servicios de salud.

Algunos ejemplos de esta estrategia se pueden observar en la Alianza para la Defensa de los Cuidados de la Salud, en los Estados Unidos de América, y en el programa de Humanización de la Atención, en Chile, entre otros. Pero en la mayoría de estos casos, la participación de los usuarios se limitó a responder a encuestas.

En México, con el Aval Ciudadano propuesto por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (iniciada en 2002), se dio un paso más allá, promoviendo una participación activa de los usuarios de los sistemas de salud en la toma de decisiones relevantes sobre las acciones de mejora continua que se requieren para elevar la calidad, aparte de indagar su opinión sobre los servicios y la transparencia de los resultados. En el Plan de Desarrollo 2006-2012, la Secretaría de Salud da continuidad a esta estrategia impulsada en el Programa SiCalidad por lo que la acreditación y certificación de la calidad incluyen criterios que evalúan la gestión y participación de los derechohabientes y sus familias en varios momentos del proceso de atención.

La participación de los derechohabientes en la gestión de la calidad puede producirse bajo dos formas: por iniciativa propia, o a solicitud de la Institución.

a. Por iniciativa propia. Esta participación tiene dos vías de expresión:

- El Sistema de Atención Mexiquense (SAM), vía internet, en donde los derechohabientes manifiestan sus quejas, felicitaciones y reconocimientos, a los que se da respuesta expedita en un plazo no mayor de 72 horas.
- La red de facilitadores del Sindicato de Maestros al Servicio del Estado de México (SMSEM) quienes identifican en las unidades médicas asignadas problemas específicos y alternativas de mejora, algunas de las cuales se resuelven directamente, mientras otras más complejas, como las asociadas con recursos, se hacen llegar a la Coordinación de Servicios de Salud y a la Dirección General del Instituto.

El derechohabiente crítico y demandante puede ser en ocasiones molesto, pero constituye un estímulo importante para los procesos de mejora.

b. A solicitud de la Institución. Esta forma de participación se hace efectiva a través de las encuestas de satisfacción que aplica la Institución. Los resultados de éstas se comparan con los obtenidos por el Aval Ciudadano, a fin de validar la transparencia de los resultados. Asimismo, en el corto plazo se espera una mayor participación de los derechohabientes a través de la creación de los grupos de familia, y del equipo ConSentido, propuestos en la gestión hospitalaria para los hospitales de segundo y tercer niveles, como recursos para extender el enfoque familiar.

Adicionalmente, el Instituto trabaja activamente en el fomento de la participación de los derechohabientes a través de la presentación de quejas, reconocimientos o felicitaciones y el desarrollo de grupos focales de derechohabientes. En esto hay que superar resistencias largamente arraigadas en los derechohabientes y sus familias, quienes se muestran renuentes a este tipo de participación, por varias causas: I) Piensan que es una pérdida de tiempo y que no les harán caso; II) No saben cómo hacerlo; III) Temen represalias en consultas posteriores.

El *Modelo* propone superar estas resistencias mediante una buena comunicación y motivación de los directivos y sus equipos para estimular la utilización de estos métodos, demostrando que están efectivamente interesados en atender sus propuestas y en tomar medidas para resolverlos.

Evaluación de los Servicios de Salud

Para algunos directivos está información no era relevante; daban por hecho que sabían todo lo que ocurría en sus unidades; sin embargo, recientemente, cuando han considerado la retroalimentación de los usuarios, comprueban que ésta aporta datos valiosos que orientan la planeación y el diseño de la calidad de la atención, facilitando así las respuestas a las necesidades y expectativas manifestadas.

Uno de los conceptos básicos de la cultura de calidad es medir para mejorar, que, a su vez, plantea a la mejoría como un objetivo permanente de la cultura de calidad.

Este componente del *Modelo de Gestión* involucra los procesos de supervisión, monitoreo y evaluación como elementos del sistema de control y estrategia, para empoderar al personal en técnicas de mejora continua de la calidad en todos los niveles de atención a la salud, para lo cual, como se señaló anteriormente se integró la estrategia de supervisión integral, cuyos objetivos son:

Cuando la Institución publicita mejoras, lo que está diciendo entre líneas es que no es perfecta, y que todavía hay lugar para mayores perfeccionamientos.

a) Aportar elementos fundamentales para el funcionamiento de la calidad de los programas y servicios de atención médica en la red.

b) Difundir y asesorar al personal sobre el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas y lineamientos institucionales, a fin de acreditar la calidad de los servicios que se proporcionan a los derechohabientes y a sus familias.

c) Monitoría de los indicadores establecidos para la acreditación de la calidad y retroalimentar a la Coordinación de Servicios de Salud para la toma de decisiones de mejora del sistema.

La “supervisión circular” (en que los supervisados evalúan también a los supervisores) es una expresión más de la cultura de la mejora continua de la calidad.

d) Establecer con las unidades médicas estándares a ser superados en nuevas etapas de mejoría constante.

El proceso de supervisión incluye:

a) Diseño de instrumentos y estrategias de supervisión integral.

b) Visita a las unidades médicas, en donde se aplica la cédula de supervisión integral para comparar los avances.

c) Asesoría al personal sobre el cumplimiento de la normatividad y acciones de salud bajo los criterios de calidad establecidos.

d) Elaboración conjunta con los responsables de los servicios sobre el plan de mejora.

e) Evaluación y análisis de resultados con los directores o responsables de las unidades médicas para acreditar la calidad.

f) Análisis del monitoreo de resultados y envío de reporte mensual a cada unidad médica por nivel de atención y región, así como a las distintas direcciones integrantes de la Coordinación de Servicios de Salud, con el propósito de que cada ámbito de estructura gestione lo correspondiente para elevar la calidad de los servicios.

g) Evaluación de los supervisores por parte del personal supervisado a fin de mejorar el programa de capacitación de los equipos de supervisión.

La supervisión integral evalúa en las unidades médicas tres dimensiones para la acreditación de la calidad en el Catálogo Único de Servicios de Salud (CAUSES) y en los de Gastos Catastróficos, establecidas por la Secretaría de Salud federal. Con esta base, el Instituto aplica criterios de supervisión diferenciados por nivel de atención. Sin embargo, dada la naturaleza del Centro Oncológico Estatal, se han definido criterios específicos y las puntuaciones requeridas en cada caso se muestran en el cuadro siguiente.

Criterios de Acreditación de Calidad de los Servicios de Salud por Nivel de Atención

| DIMENSIONES | PRIMER NIVEL | SEGUNDO NIVEL | TERCER NIVEL | CENTRO ONCOLÓGICO ESTATAL |
|--------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------------|
| Capacidad | 604 | 1855 | 2348 | 1702 |
| Seguridad | 63 | 773 | 1585 | 1110 |
| Calidad | 55 | 464 | 155 | 145 |
| Total de criterios | 722 | 3093 | 4088 | 2944 |

Acreditación de Gastos Catastróficos
 Atención de Neonatos con insuficiencia respiratoria y prematures, 345 puntos
 Atención de infarto agudo al miocardio, 80 puntos
 Cáncer de mama, 536 puntos
 Cáncer cérvico uterino, 596 puntos
 Cáncer de testículo y linfoma no Hodkin, neutropenia secundaria a quimioterapia y trasplante de médula ósea en adulto, 1119 puntos

Fuente: Departamento de Evaluación y Supervisión 2011.

El estándar de la supervisión integral es de una visita mensual a cada unidad médica y la meta es la acreditación de la calidad de las unidades médicas por el nivel federal; concluido este primer proceso, se impulsa y apoya la certificación por el Consejo General de Salubridad.

Es necesario señalar que los resultados palpables de las mejoras se van logrando de manera progresiva, sobre todo cuando el personal hace suyos los métodos utilizados y hace conciencia de que la mejora continua de la calidad facilita el trabajo, resuelve problemas y eleva la satisfacción del personal de salud y de los pacientes y sus familias. Además, se logra mayor efectividad en la atención médica y se mejora el ambiente de trabajo.

De esta manera, la supervisión impulsa la cultura de la calidad y desarrolla —en conjunto con el personal de las unidades médicas— la madurez necesaria para darle sustentabilidad al método de mejora continua, a fin de garantizar la calidad sostenida de los servicios.

La evaluación denominada método CEPP/Issemym, señalada anteriormente, permite utilizar indicadores y estándares en las dimensiones de estructura, proceso y resultado considerando el contexto actual de la salud y de los servicios en el Instituto.

La evaluación es tanto cuantitativa o sumativa como formativa, y debe facilitar la retroalimentación y la toma de decisiones informadas sobre la continuidad o supresión de los programas, proyectos, procesos o acciones de salud en los diferentes componentes del *Modelo*, para lo cual deben involucrarse los responsables de cada ámbito de estructura y nivel de atención para la definición de indicadores y su uso en el proceso de evaluación.

La evaluación así planteada es uno de los procesos menos desarrollados. Su avance depende de diversos factores, entre los que destacan: la disponibilidad de datos provenientes del sistema de información que, en el momento de publicarse este documento, se encuentra en fase de reestructuración; contar con sistemas y tecnologías para el monitoreo sistemático; y personal técnico y administrativo con las competencias necesarias para que en equipo se puedan valorar los resultados alcanzados.

Actualmente se da mayor énfasis a la evaluación sumativa denominada también cuantitativa, relacionada con el alcance de las metas asociadas al programa presupuesto institucional, así como los de desempeño hospitalario y algunos ejemplos de las mejores prácticas en los servicios que presentamos a continuación, a los que denominaremos casos clínicos:

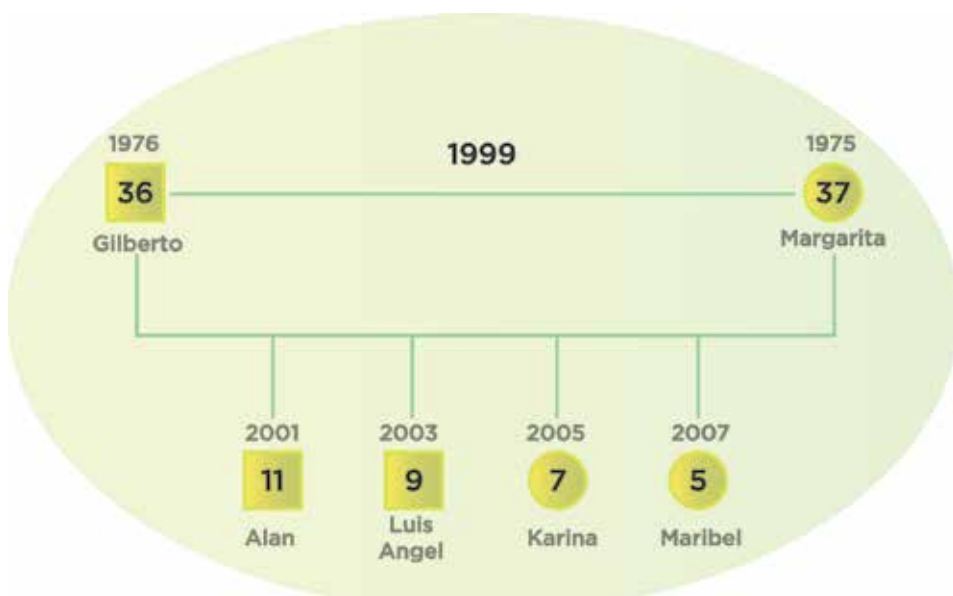
Casos Clínicos; algunos ejemplos de las mejores prácticas

TEMA: ATENCIÓN FAMILIAR

CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA B COACALCO REGIÓN III

Derechohabiente: GM
Estructura de la familia: Seis personas

Familiograma



Margarita, la madre de familia, acude a consulta con su hija Karina por una rinofaringitis viral; es atendida por su doctora, quien le da tratamiento y le indica los cuidados a seguir. En la misma consulta se inician actividades preventivas de la estrategia Línea de vida, de acuerdo con el grupo de edad que le corresponde.

Se inicia en la misma cita el llenado del expediente familiar, se identifican antecedentes de patología crónica en primera línea y dieta rica en azúcares y grasas. Se le recuerda a la Sra. Margarita la importancia de la atención integral. La doctora le recomienda que se actualice el esquema de vacunación de su hija y que se atiendan las condiciones de salud bucal, y la corrección de problemas posturales.

En la siguiente cita de Karina la rinofaringitis ha remitido, le han dado atención odontológica y presenta su cartilla de vacunación actualizada. Se informa a la madre que se continuará con la vigilancia de su crecimiento y desarrollo y con actividades preventivas para su edad.

De acuerdo con el análisis de condiciones de la salud familiar, se citaron posteriormente en diferentes fechas a Gilberto, el padre, luego a Karina, Maribel y Alán; posteriormente a Margarita y Maribel, y, finalmente, a Luis Ángel, complementando la atención de acuerdo con la historia clínica de la familia. La doctora evaluó el riesgo familiar, clasificándola de bajo riesgo, por lo que su control, deberá realizarse cada seis meses.

La familia Márquez Medina preocupada por el auto cuidado de su salud: acude a sus citas y es puntual, cumple las indicaciones médicas y vigila que su familia realice en casa las actividades preventivas señaladas. Esto ha sido logrado por el equipo de salud, a través de la firma de acuerdos para concretar la corresponsabilidad con la salud familiar.



TEMA: ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

CENTRO MÉDICO TOLUCA

Atención de Síndrome de Apert
Paciente GMM

El síndrome de Apert es una malformación que genera una condición cráneo facial denominada también Acrocefalosindactilia tipo1, caracterizada por una anomalía en la formación y desarrollo de manos y pies con fusión ósea o del tejido subcutáneo y alteraciones faciales con desarrollo incompleto del tercio medio facial, disminución del espacio entre la frente y la raíz de la nariz, protrusión importante de los globos oculares, separación de los mismos y aumento del tamaño de la lengua.

La disminución en el crecimiento del cráneo y cara produce en ocasiones aumento de la presión intracraneal, retraso en el desarrollo psicomotor y alteración de la función respiratoria. Además, se observó disminución y ausencia de dedos que podía impedir realizar cualquier tipo de función.



La atención fue de carácter quirúrgico multidisciplinario, en la que participaron equipos de trabajo de los servicios de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía, Oftalmología, Genética, Pediatría, Otorrinolaringología y Anestesiología, entre otros. Se realizaron evaluaciones preoperatorias de las funciones ocular y de vía aérea; la cirugía cráneo facial se planeó mediante estudios radiológicos y modelos tridimensionales. En el acto quirúrgico se aplicó la técnica de distracción osteogénica.

En la actualidad, la paciente es una niña feliz que se encuentra cursando la primaria, gracias a la atención recibida y a su familia han logrado integrarla a su círculo escolar y social sin ser estigmatizada y es capaz de escribir y usar sus manos para realizar su vida normal. Esta experiencia muestra la capacidad del Centro Médico Toluca de competir con otras entidades nacionales e internacionales y cumplir la función social del Issemym.



TEMA: ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA

Centro Médico Issemym Ecatepec

Atención de luxación escápulo torácica
Paciente masculino de 23 años de edad

Paciente fisicoculturista con luxación escápulo torácica, posterior a un esfuerzo de elevación del cuerpo en barra transversa. Refiere dolor intenso por lesión del nervio serrato anterior, lo que produce incapacidad articular y muscular para mantener el mecanismo abductor de 90 grados y la movilización del hombro hacia arriba, por inestabilidad escapular y deformidad importante en la región posterior del tórax.

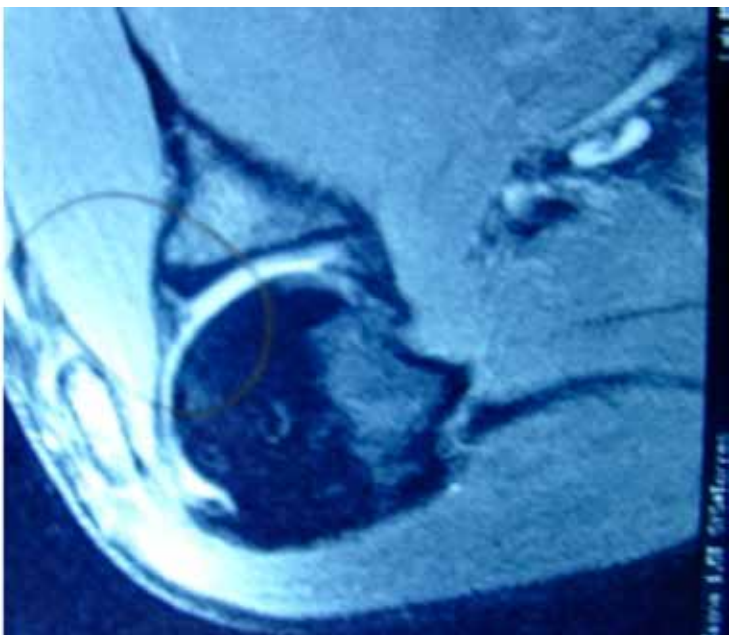
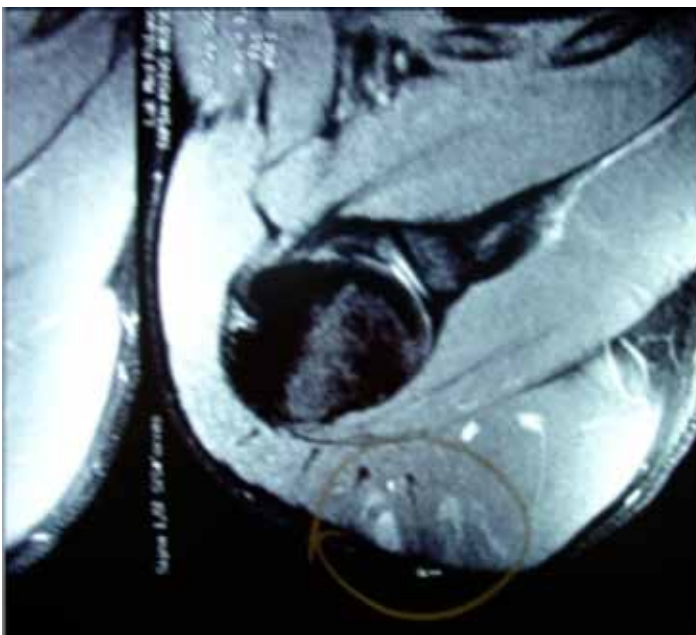
“La luxación traumática de escápula, es sumamente rara, por lo que no existe en la literatura la técnica quirúrgica que resuelva dicha patología”.

Se realiza cirugía de estabilización escápulo torácica, mediante la exploración del músculo serrato, colocación de anclas artroscópicas en tres costillas con la fijación de la escápula con suturas de alta resistencia; se realiza la transferencia y superposición del músculo romboide a la cara posterior de la escápula.

Se inmovilizó al paciente por un periodo de 5 semanas, tras lo que se inició terapia de rehabilitación, con revisiones semanales, midiendo grado de dolor y arco de movilidad, principalmente a la abducción mayor de 90 grados.

Tres meses posteriores a la cirugía, la movilización hacia arriba es completa; al cuarto mes desaparece completamente el dolor y un año después el paciente se reincorporó a sus actividades deportivas.

Con la técnica quirúrgica innovadora realizada en el servicio de Traumatología y Ortopedia del Centro Médico Ecatepec, se logra la estabilización de la articulación escápulo torácica prácticamente con 100% de movilidad, mejoría notable del dolor y —lo más importante— la satisfacción del paciente, ya que pudo reintegrarse a sus actividades cotidianas y de ejercicio físico.



CENTRO ONCOLÓGICO ESTATAL

Tumor anexial (ovario)

Paciente femenino 57 años de edad

Antecedentes sin importancia clínica, ningún embarazo, síntomas vagos gastrointestinales, distensión abdominal y náusea.

Un médico particular detectó el problema con marcador tumoral por cáncer 125 de 4580; le realizaron laparoscopia con hallazgos de ascitis, y carcinomatosis peritoneal. Se tomaron biopsias con reporte histopatológico de adenocarcinoma papilar seroso de ovario. Recibe un ciclo de quimioterapia a nivel privado y es enviada al Centro Oncológico Estatal para completar estudio y tratamiento.

En el COE se le administran 2 ciclos más de quimioterapia y se le somete a cirugía, con panhisterectomía, sin complicaciones.

Reporte Postoperatorio: Adenocarcinoma papilar seroso en ambos ovarios con tamaño de 1.1 cm derecho, 0.5 izquierdo, implante de 0.1 y 0.2 cm, epiplón, peritoneo, corredera parietocólica derecha con implante microscópico de adenocarcinoma; muestreo ganglionar negativo, sin complicaciones trans ni postoperatorias.

Se completó esquema de quimioterapia, iniciando la vigilancia.

Nuevamente se presenta elevación de marcador tumoral CA 125 en 130 u/dl, TAC sin evidencia de actividad tumoral. Como persiste elevación de CA 125 e imagen sugestiva por PET CT de enfermedad menor a 5 mm, se considera enfermedad recurrente y se decide nuevo esquema de quimioterapia.

Se realiza cirugía con resección de peritoneo más hipertermia; en el mismo tiempo se aplicó quimioterapia intraperitoneal/hipertérmica. Reporte de patología, implantes microscópicos en epiplón menor, peritoneo pélvico, serosa del recto, ganglios negativos, sin complicaciones, completa quimioterapia posterior a HIPEC y queda en vigilancia.

Desarrolló metástasis pulmonares y hepáticas; se dio esquema de quimioterapia y se realizó toracocentesis (aspirado de líquido de cavidad pulmonar) por derrame pleural. Se encuentra sin evidencia de enfermedad clínica, continúa con quimioterapia y está en vigilancia.

La paciente con pobre diagnóstico al inicio por tumor avanzado y agresivo de ovario recibió tratamiento estándar sin resultados satisfactorios, por lo que se indicó nueva modalidad terapéutica con el método HIPEC para este tipo de tumores con resultados excelentes. Actualmente la paciente está integrada a la sociedad y a su vida familiar.

El procedimiento realizado, aunque ya se conoce en países desarrollados, en México apenas inicia, siendo el Centro Oncológico Estatal una de las tres primeras unidades en hacerlo en el país.

En abril del 2011 se realizó un curso Internacional en este Centro, con el creador del método HIPEC, Dr. Paul Sugarbaker con asistencia de médicos especialistas de cáncer de todo el país.

La atención más avanzada y compleja se encuentra en el tercer nivel. Sin embargo por esto mismo debe ser reservada para quienes realmente la necesitan.



HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Caso Clínico: Paciente prematuro por embarazo de alto riesgo Paciente femenino recién nacido

Madre de 32 años, con control prenatal regular; complicación del embarazo por preeclampsia, sin respuesta al manejo médico, por lo que se realizó el parto a las 28 semanas de gestación. Producto de la gesta: 1.

El producto al nacer presentó paro cardiorrespiratorio ameritando manejo ventilatorio con respuesta en 3 minutos. Somatometría al nacer: peso 850grs, talla 35cm

Durante su estancia en el servicio presentó enfermedad de membrana hialina Grado IV, requiriendo manejo ventilatorio los siguientes 33 días y con oxígeno indirecto hasta los 50 días de vida.

Debido a la prematurez y al manejo multi invasivo, presentó infección sistémica neonatal, por lo que se aplicaron dos esquemas antimicrobianos de amplio espectro.

A los 23 días de vida, se diagnóstico por ecocardiograma, comunicación interauricular e interventricular; se realizó manejo medicamentoso sin descompensación. Requirió en tres ocasiones transfusión sanguínea asociada a la prematurez y hemorragia intraventricular.

Se le da seguimiento a la retinopatía con Estadio I, y por los servicios de Neurología y Rehabilitación para estimulación temprana y detección oportuna de secuelas.

Se dio de alta a la paciente en buenas condiciones, posterior a un periodo de adaptación y adiestramiento materno a su egreso, esperando una mejor evolución en el seno familiar; asimismo se le citará continuamente para dar seguimiento con el objetivo de disminuir o detectar y tratar oportunamente alguna secuela.

La madre tiene un pobre futuro obstétrico, por lo que la bebé, como producto valioso motivó el inicio de un proyecto de vida familiar a partir de su egreso del Hospital.



Observación, monitoreo, evaluación = mejora continua

La introducción de métodos de monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades e instalaciones de los servicios de salud se ha caracterizado, de manera bastante generalizada, por dos consecuencias contradictorias: por un lado, permitió lograr una mejoría significativa de los indicadores de calidad y desempeño de los servicios; y, por el otro, despertó susceptibilidades entre una parte importante del personal de salud, que los juzgó inicialmente como una intromisión y una manifestación de desconfianza por parte de las autoridades institucionales.

Ambas consecuencias tienen su lógica.

Entre las diversas actividades humanas hay algunas que adquieren dimensiones estratégicas, casi míticas, por su función clave en el bienestar de la población, y por la confianza que la sociedad deposita en ellas.

Hay muchas actividades de este tipo, pero el cuidado de la salud es particularmente emblemático, por la influencia decisiva (en ocasiones, de vida o muerte) que su presencia o ausencia puede ejercer sobre individuos o colectividades.

Esta naturaleza vital de las actividades relacionadas con el cuidado de la salud hace que los profesionistas del área -médicos, enfermeras, técnicos- sientan un acendrado espíritu de misión con respecto a todos los aspectos de su labor. Esta misión está expresada, de manera explícita en el juramento hipocrático de los médicos, que coloca a la vida y al bienestar del paciente como consideraciones supremas y, en ocasiones excluyentes, que guían todas sus actividades.

Dicho juramento (que ha sido reformado y actualizado de muchas y distintas maneras), sin embargo, es un compromiso personal, aprendido durante los años de estudios y recitado y citado en innumerables ocasiones. Sus principios rectores son tomados en cuenta para la confección de la gran mayoría de las leyes y reglamentaciones que rigen los servicios de salud, pero no están transcritos de manera explícita y textual. Se mantienen en el plano de la ética personal.

Este carácter personal es congruente con el ejercicio individual de la medicina, tal como fue concebido durante el breve período (dos o tres siglos) en el cual dicha disciplina realizó algunos de sus mayores adelantos y alcanzó su más alto prestigio.

Pero tanto el compromiso personal como el ejercicio individual significaron contradicciones y escollos a la hora de integrarse en los modernos sistemas de atención a la salud, caracterizados por el funcionamiento en red de numerosos profesionales y organismos. Estas contradicciones alcanzan algunas de sus expresiones más agudas cuando los objetivos torales del personal de salud (supremacía del bienestar del paciente individual, libertad para apelar a todos los recursos que la ciencia ofrece, lealtad para con los colegas) se enfrentan con los de los administradores de sistemas de salud (eficiencia, optimización de recursos, beneficio para el mayor número de pacientes posible).

Esta puede ser una de las razones (aparte de la complejidad inherente a los sistemas en general) por las cuales los sistemas de salud han mostrado cierta propensión a incurrir en fallas de diferente naturaleza y

gravedad. Sobre esto existe una bibliografía tan abundante que resulta imposible incluir ni siquiera una muestra representativa en el espacio reducido de este documento. Como ejemplos pueden citarse al Institute of Medicine of the National Academies de los Estados Unidos de Norte América, donde se publicó un estudio que reveló que, en la última década, se produjeron en la Unión Americana entre 44 mil y 98 mil muertes, como consecuencia de fallas de atención hospitalaria. En España, a su vez, existe una Asociación de Afectados por Errores Médicos (con sede en Pamplona), además, de otras organizaciones defensoras de los derechos de los enfermos.

En México no se han hecho estudios que cuantifiquen la importancia de las fallas en la atención a la salud, pero existen numerosos trabajos con diversos enfoques que señalan la existencia de problemas. Lavalle-Villalobos y sus colaboradores, en su trabajo titulado *El error médico en la prescripción de medicamentos y el impacto de una intervención educativa*, informaron que 133 de 232 expedientes examinados contenían un total de 397 errores (2.9 por expediente), que fueron reducidos de manera significativa por la intervención educativa señalada en el título.

Hay muchos trabajos más de características similares.

Las intervenciones educativas, con sus consiguientes mejorías, no serían posibles si no existiera, previamente, la detección, identificación y definición del problema. Éstas, a su vez, no serían posibles si no hubiera un sistema de observación, monitoreo y evaluación de las actividades del personal de salud. Y, por último, estos procesos no serían posibles sin un sistema de información y análisis avanzado, capaz de manejar indicadores de resultados claramente definidos, reproducibles y comparables.

En pocas palabras, estamos hablando de algunos de los rasgos de un sistema de salud moderno, capaz de brindar y multiplicar los beneficios de la atención integral en equipo a un grupo numeroso (y, las más de las veces, creciente) de derechohabientes y familiares.

Este sistema funciona de manera diferente —con valores diferentes y responsabilidades diferentes— en la atención individual y parcial, en contraste con la familiar y holística, con su ética personal y en una dimensión más humana. Por tanto sus responsabilidades también son diferentes y, sí, también sus errores.

Los sistemas de monitoría e información no constituyen intromisiones en la labor de los individuos, sino comprobaciones de los resultados de los sistemas y los equipos de salud. Resultados cuya definición y evaluación son vitales si se quiere planear una mejora. Y esa mejora, de acuerdo con el equivalente hipocrático de los sistemas —en contraposición con los individuos— debe ser un proceso permanente.

Modelo de Gestión de Servicios de Salud

Capítulo 5

A dónde queremos llegar



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



issemym

Capítulo V. ***A dónde queremos llegar***

El compromiso con la verdad significa, empeño para extirpar la manera en que nos limitamos o engañamos, impidiéndonos ver lo que existe y para desafiar continuamente nuestras teorías acerca de por qué las cosas son como son.

Peter Senge. La quinta disciplina

En términos sencillos, la imagen del futuro a mediano plazo (2017) y a largo plazo (2030) que inspiró a los autores del *Modelo de Gestión de Servicios de Salud* es la de una comunidad de servidores públicos del Estado de México y sus familias, que gozarán de condiciones de salud significativamente mejoradas en comparación con la actualidad.

¿Cuáles serán los desarrollos que, idealmente, tendrían que darse para hacer realidad esta mejoría?

Todas las áreas que conforman al *Issemym* deben identificar y responsabilizarse con el problema de salud, como parte de la seguridad social, para que, a través del análisis de las necesidades, se apliquen las alternativas planteadas en el *Modelo*, considerando los recursos financieros disponibles, para dar cauce a las acciones estratégicas, y que éstas se desarrollen en forma coordinada y sinérgica, con el apoyo de todos los participantes.

Estas acciones se han diseñado para crear una atención más personalizada e integral —el foco es la prevención de las enfermedades, en consecuencia, la relevancia es la salud del derechohabiente y la de su familia inmediata— así como la curación del enfermo para recuperarse, una respuesta más proactiva por parte de los derechohabientes, una conducta más corresponsable de todos los involucrados en el proceso del cuidado de la salud, un entorno de búsqueda constante de calidad y seguridad del paciente en las unidades médicas, equipos de salud informados y comunicados entre sí y un aprovechamiento óptimo de los recursos existentes en la Institución.

Fundamental para conocer y comprobar estos avances vislumbrados es un sistema de información omnipresente, ágil y funcional, que recoge los datos relevantes de salud de todos los derechohabientes, y ofrece la posibilidad de expresarlos en indicadores claros y fácilmente comparables, que permiten seguir puntual y claramente la evolución de los rasgos clave de un cuadro de salud a escala social. Igualmente, la información es un elemento estratégico en el proceso de identificar, premiar y multiplicar las mejores prácticas de salud en todas las áreas, con lo que se está completando un “círculo virtuoso” de retroalimentación de la calidad.

Un conjunto de programas “amistosos” hacia el usuario permite desarrollar una relación de confianza entre la Institución y cada núcleo familiar. Dicho núcleo familiar experimenta una conciencia más aguda de la salud, que le permite estar alerta, por ejemplo, en la prevención y en el control de la obesidad, con el resultado de que cada

Llevada adelante con determinación, la medicina preventiva podría ser un factor determinante de una nueva etapa de la transición epidemiológica.

miembro se encuentra ante múltiples opciones para adoptar actitudes de cuidado para con sus allegados, que se traducen en un incremento significativo de las medidas de salud preventivas, iniciadas por inspiración de la unidad médica que atiende a la familia, pero sostenidas y multiplicadas por diversos miembros de la misma.

Los enfermos crónicos (con diabetes, cardiopatías, artritis, cáncer etcétera) son observados y cuidados con una nueva consideración y sus familias saben específicamente cómo ayudar a cuidar su salud. Los pacientes antes estigmatizados (adictos, con VIH, casos psiquiátricos) son reconocidos con mayor calidad humana como lo que son —enfermos— y beneficiados con cuidados, en lugar de ser apartados por medidas de segregación en las que estaban incluidos sus familiares. Los adultos mayores se sienten seguros y atendidos con respeto y amabilidad y participan en acciones que les benefician y ayudan a mantener un alto nivel de satisfacción.

Los derechohabientes consultan con asiduidad una nueva fuente de información amplia y confiable, sobre cualquier tema relacionado con la salud. Es fácilmente accesible: apenas unas sencillas operaciones con una computadora o teléfono celular, y el derechohabiente podrá conocer las nociones fundamentales de cualquier cuestión de salud que le preocupe, o las instrucciones precisas sobre cómo reaccionar ante cualquier síntoma.

Una nueva transición epidemiológica

En las unidades médicas reina una intensa expectativa; se tiene la certeza de estar abriendo una brecha científica importante. Ese tema del que se ha hablado durante décadas —la medicina preventiva— está volviéndose realidad cotidiana, se practica sistemáticamente y empiezan a verse resultados. Todavía son parciales: las muertes maternas han bajado durante varios años seguidos como resultado de la mejora de la calidad; la sobrevivencia después del diagnóstico de algunos cánceres empieza a aumentar; la proporción de diabéticos fuera de control ha bajado; y, tal vez lo más importante, el aumento de la demanda de medidas preventivas en las unidades médicas de primer nivel ha obligado al Instituto a asignar un mayor número de personal en ese nivel de atención.

Nadie se atreve a decirlo todavía en una reunión de médicos u otro foro público, pero ya algunos epidemiólogos empiezan a comparar las cifras más recientes y a formular hipótesis preliminares: las realidades recientes han empezado a exhibir cambios que pudieran estar configurando una nueva etapa de la transición epidemiológica.

La transición epidemiológica original, en cuyo nombre se realizaron tantos cambios, había sido desencadenada, entre otros factores, por el “estrechamiento de la base de la pirámide poblacional”. Este fenómeno ha estado motivado por un complejo de causas, entre las que destaca, el incremento en la eficacia e inocuidad del control de la natalidad, por un lado, así como la disminución de la mortalidad, la elevación de la esperanza de vida al nacer y los progresos en el tratamiento y control de algunas enfermedades infecciosas, por el otro.

Pero el fenómeno nuevo, esta segunda etapa de la transición epidemiológica que apenas empieza a manifestarse y que sigue provocando

polémicas, será consecuencia exclusiva de una nueva manera de practicar la medicina.

Las infecciones banales (con sus consecuencias a veces importantes) han seguido disminuyendo, y la preocupación de los médicos se concentra ahora sobre un nuevo tipo de infección, menos frecuente, pero infinitamente más grave: la provocada por agentes resistentes a fármacos múltiples. Dichos agentes —muchas veces mutaciones de bacterias o virus ya conocidos— se han multiplicado, creando inquietud sobre el resurgimiento de algunas enfermedades graves, como la tuberculosis. Los ambientes hospitalarios son sometidos a cuidados especiales, dado que son reconocidas sus zonas de riesgo para la incubación de cepas resistentes que inciden en las infecciones nosocomiales.

La diabetes sigue en aumento, pero las estadísticas empiezan a sugerir motivos de optimismo: la educación de familias ha logrado mejoras significativas en la dieta, en la práctica de hábitos de salud, y en el apego al tratamiento; el control ha mejorado de manera importante, como consecuencia de la identificación oportuna y el inicio terapéutico temprano en las unidades médicas de la red de servicio, con lo que los síntomas asociados disminuyen proporcionalmente evitando complicaciones, sufrimientos, mutilaciones y muertes prematuras innecesarias. Una nueva generación de fármacos ofrece indicios claros de que ese control podría perfeccionarse.

Las nuevas prácticas y descubrimientos llevan a las ciencias de la salud a involucrarse cada vez más con los cambios de conducta y de estilo de vida.

El exceso de peso corporal —ese inseparable compañero de viaje de la diabetes— sigue siendo un desafío. El apoyo social a las campañas emprendidas por las instituciones de salud a favor de la alimentación sana no ha sido el que se esperaba, en gran medida por intereses comerciales. El grupo de población con hábitos alimenticios sanos y que se ejercita apropiadamente, sin embargo, sigue creciendo, y los datos epidemiológicos muestran cada vez con más claridad que la asociación positiva entre las medidas de alimentación sana y la menor incidencia de enfermedades degenerativas ya ha alcanzado dimensiones indiscutibles. Algunas medidas del programa preventivo Línea de vida han mostrado resultados alentadores, y éstos han motivado la puesta en marcha de nuevos programas de refuerzo a la educación nutricional, en la que tanto el personal médico, como las autoridades depositan grandes esperanzas.

La morbilidad por los diferentes tipos de cáncer no muestra cambios significativos, pero la mortalidad está bajando, y los años de sobrevivida después de identificada la condición se están incrementando. Están en curso estudios detallados sobre la calidad de dicha sobrevivida. Esto refleja claramente que el enfoque ampliado del tratamiento, con énfasis sobre aspectos preventivos y la cooperación del paciente, sí puede establecer diferencias importantes.

Las funciones se vuelven más específicas pero integrales

Los derechohabientes informados, reflexivos y exigentes han despertado reacciones divergentes en el personal de salud: algunos, como los urgenciólogos —y, de manera especial, las enfermeras encargadas del triage— se muestran agradablemente sorprendidos de estar recibiendo menos urgencias no calificadas, comúnmente denominadas urgencias sentidas; los médicos familiares de primer nivel

Semejante a lo que ocurría en la antigua China (los pacientes sólo pagaban a sus médicos mientras se mantenían sanos), el incentivo económico en las modernas instituciones compensa el mantenimiento de la salud general.

reportan —a veces con cierta incomodidad— sobre el elevado número de preguntas a las que se ven obligados a responder; el intercambio de saberes clínicos entre profesionales de los distintos niveles se ha vuelto cosa cotidiana; los encargados de consulta externa en los hospitales de segundo nivel comprueban una moderación en el aumento de exigencias de sus servicios; los responsables de algunos proyectos de comunicación (salas de chateo para ciertos pacientes, programas de actividades físicas o hábitos sanos) no pueden ocultar su euforia.

El personal de los tres niveles de atención vive con satisfacción una creciente precisión en el desempeño de sus funciones. Ya son menos las referencias de un derechohabiente a un hospital de tercer nivel, cuando la realidad de su padecimiento no lo amerita. Ya son menos las exigencias de recetas de fármacos que no tienen, en realidad, ninguna función más allá de dar tranquilidad a un enfermo que no conoce, ni quiere entender, el desarrollo de su padecimiento (alguien que clama por un antibiótico para tratar su gripe, por ejemplo). Las personas con síntomas imaginados o exagerados siguen y seguirán existiendo, pero han cambiado de manera radical: ya no son esos individuos a los que el personal de salud trata de quitarse de encima a toda costa, sino ventanas abiertas a grupos familiares con problemas complejos que, a través de uno de sus miembros, están ofreciendo la oportunidad de ser indagados.

La creciente cultura de salud de los derechohabientes hace que sus exigencias a la Institución sean cada vez más informadas y realistas. Una tradición de trato digno y corresponsabilidad han hecho que el personal de salud haya ganado la confianza de cada vez más derechohabientes como fuente fiable de información y orientación sobre todos los temas vinculados con la salud, con lo que la relación adversaria que se exacerbaba en ocasiones entre médicos y pacientes ha ido perdiendo mucha de su virulencia.

La generación de investigación original ha mostrado un incremento radical. El funcionamiento de un sistema de información que cubre todas las actividades de los servicios de salud hace que el Issemym sea reconocido por sus estudios de investigación básica, clínica, epidemiológica y de servicios de salud, además de las propuestas metodológicas en el área de la medicina institucional. Las tesis sobre las mejores maneras de lograr una efectiva atención integral con enfoque familiar empiezan a acumularse y a formar un auténtico corpus de conocimientos.

El propio *Modelo de Gestión* ha generado suficiente información sistemática, comparable y verificable como para transformarse en fuente básica de numerosos proyectos de mejora y de investigación.

Validez de las predicciones

Una de las características del futuro es que sólo se puede predecir de acuerdo con las tendencias que se manifiestan en el presente; otra, inseparable de la primera, es que siempre tiende a contener elementos inesperados, que en algunas ocasiones cambian todas las predicciones.

El *Modelo de Gestión de Servicios de Salud* no puede garantizar que sus proyecciones se cumplirán; pero sí propone una cuidadosa orquestación de medidas concebidas para crear las condiciones más

El naciente programa descrito en el *Modelo de gestión* ya va generando sus primeros resultados que deben, a su vez, dar pie a la confianza y el convencimiento de derechohabientes y personal de salud.

Uno de los subtextos más importantes del *Modelo* reside en que muchas de sus propuestas buscan facilitar la realización de metas personales del equipo de salud.

favorables para que esas proyecciones deseables tengan un entorno que favorezca su cumplimiento.

Las condiciones primordiales para lograr dicho entorno, entrañan una serie de adaptaciones importantes en la conducta y en las actitudes del personal de salud. Tomadas por separado, pueden parecer menores: poner mayor énfasis en la medicina preventiva, adoptar con buen talante y vocación didáctica el papel de informador y orientador del derechohabiente; entrar en la dinámica de la mejora continua propuesta por la cultura de la calidad y seguridad; experimentar el enfoque integral y analizar con espíritu receptivo la oportunidad terapéutica que brinda el mayor caudal de información en salud (comprender, sentir, interiorizar el hecho de que ser profesional de la salud puede ser auténticamente disfrutable).

Otra evolución fundamental es abrazar la iniciativa desplegada en la propuesta institucional de que, para lograr una atención realmente satisfactoria es imprescindible un mayor manejo de información, que requiere verdaderos esfuerzos por diseminar datos, opiniones clínicas, resultados de medicación, intuiciones, que pudieran —dadas las circunstancias de una organización comunicada— ser trascendentes para un diagnóstico y un tratamiento integrales.

Simultáneamente, se logra generar en los hospitales de segundo y tercer nivel el compromiso de su actuación como parte de la red de servicios y sus equipos de trabajo garantizan la continuidad de la atención médica, como resultado de la mejora de la calidad. La investigación, la incorporación de tecnologías médicas y los métodos de desarrollo humano, se han convertido en una prioridad para el Instituto, que facilita al personal un mejor desempeño.

Todo esto, en su conjunto configura un cambio cultural trascendente regido por un nuevo paradigma.

Tal vez este *Modelo* es demasiado ambicioso para ser alcanzado en el horizonte temporal relativamente breve que se propone, pero es suficientemente importante e identificable como para que puedan reconocerse sus primeros signos.

Si estos signos aparecen en los plazos propuestos, el objetivo del *Modelo* podrá considerarse cumplido.

Posiblemente, la prueba de fuego de dicho cambio sea la propagación de la corresponsabilidad, dado que en este punto se estará gestando el desarrollo compartido entre el personal terapéutico y los derechohabientes de toda una concepción nueva del cuidado de la salud.

El proceso requerirá esfuerzos por ambas partes.

El Instrumento

El *Modelo de gestión de servicios de salud* es el instrumento maestro que articula y regula todas las acciones que se han descrito en este documento, y proporciona las herramientas para gestionar y administrar este nuevo paradigma de servicio.

Dichas herramientas han sido enumeradas y van desde lo más general, como el plan estratégico, hasta los detalles operativos, como los

En conclusión, puede decirse que una nueva manera de trabajar es posible y deseable, siempre que se le dedique el mismo esfuerzo, con la misma convicción, que se prodigaba a la anterior.

contenidos en los catálogos de servicios. Se ocupan de hechos concretos, como las reuniones intra e inter institucionales, y de los cambios culturales que se realizan y que conducen a nuevas formas de brindar servicios de salud.

Estas herramientas fueron concebidas con la intención de probar la factibilidad, por un lado, y otorgar seguridad de realización, por el otro, a los grandes proyectos que plantea el *Modelo*, y a brindar los carriles necesarios para efectuar con la mayor certidumbre posible el gran cambio paradigmático que conlleva un proyecto de esta amplitud.

Quizás el apoyo más significativo para el éxito de este cometido reside en que el propio *Modelo de gestión* planteó una definición de la corresponsabilidad que amplía de manera significativa su alcance, involucrando a todo el personal jerárquico de la Institución. Los profesionistas que se hallan en contacto directo con los derechohabientes no estarán solos en su esfuerzo, sino que el *Modelo* especifica acciones y líneas de autoridad que comprometen el respaldo institucional a todas las medidas que tomen.

Una manera de buscar la mayor seguridad posible de que las proyecciones se cumplan.

El porqué de los niveles

El médico general y escritor español Juan Gervás, miembro del Equipo Cesca, reflexiona con cierto humor sobre la tendencia de ciertos pacientes de su país a desarrollar preferencias por la atención de médicos especialistas, aunque no sepan a ciencia cierta bajo qué especialidad caen los síntomas que padecen.

Ha observado que muchas personas (sobre todo las de mayor cultura) hacen una curiosa clasificación mental de sus propias dolencias: si entienden que padecen una enfermedad relativamente leve, no tienen ningún empacho en asistir al consultorio del médico general; pero si intuyen que sus molestias corresponden a un mal grave, o que pueden acarrear consecuencias de riesgo, buscarán inmediatamente la atención de un especialista, supuestamente porque se trata de un profesional con mayor formación y, por lo tanto, con mayor potencial para identificar primero y curar después la condición que tanta preocupación las está provocando.

Se observan ciertas analogías entre la conducta de estos pacientes peninsulares descritos por Gervás y la de muchos derechohabientes del Issemym que, con perseverancia digna de mejor causa, se dedican a buscar mil estratagemas para lograr ser atendidos en hospitales de segundo o tercer nivel antes de haber pasado por la unidad de primer nivel que les corresponde.

Con lo cual generan problemas considerables en los mencionados hospitales, cuyas consultas externas están saturadas por cantidades de demandantes de atención para las cuales no estaban diseñadas y que, con base en una estricta lógica, no les corresponden.

Estos derechohabientes ejercen una facultad que puede resumirse en una aseveración axiomática en tiempos recientes en que cuando se hacen esfuerzos por obtener su involucramiento más proactivo en el proceso de atención a la salud: “El paciente es el mejor experto que existe sobre sí mismo”.

Lo cual puede ser cierto a la hora de brindar información sobre sí mismo bajo la conducción de un interrogador hábil, que sabe integrar dicha información con otros datos que ya conoce —ya que los tiene en el expediente clínico— para conformar un diagnóstico y decidir a partir del mismo cuál es el rumbo que dicho derechohabiente debe seguir.

Esto plantea en términos críticos uno de los papeles más delicados que debe cumplir la atención de primer nivel dentro de un sistema de salud: diagnosticar con efectividad.

Toda la concepción del *Modelo de Gestión de servicios de salud* —el enfoque preventivo, la concentración sobre la dimensión familiar, la búsqueda de la corresponsabilidad, la cultura de la calidad, etcétera— está formulada en términos que ayudan al médico de primer nivel a diagnosticar a partir de más elementos, con mayor profundidad y, por lo tanto, mejores probabilidades de acertar, así como, contar con médicos especialistas y subespecialistas, que en caso necesario los apoyan a través de una red de servicios de salud de calidad.

La búsqueda por parte de demasiados derechohabientes de “brincarse” el primer nivel está atentando, precisamente contra el ejercicio del diagnóstico en dicho nivel. Y está atentando también contra la probabilidad estadística de que dicho diagnóstico sea el más acertado.

De esto surge la necesidad no solamente de generar las competencias de los médicos de primer nivel, sino también de desarrollar en el derechohabiente la conciencia de que este personal también tiene una especialidad de alto contenido estratégico: formular diagnósticos individuales y familiares y decidir derivaciones, cuando hacen falta. Asimismo, es necesario que las competencias abarquen también el segundo y tercer nivel para trabajar dentro de la red en la atención integral y continua de los pacientes.

Recordando la sentencia sobre la esposa del César, el personal de primer nivel no solamente debe ser capaz, sino que también debe parecerlo.

Para lograr esto hace falta un esfuerzo compartido. El *Modelo de Gestión* propone un punto de partida a partir de la esfera institucional, al que habrá de dar seguimiento. Pero el propio personal de primer nivel también debe participar en la educación de sus derechohabientes, poniendo en claro cuáles son sus áreas de dominio y por qué están situados en ese punto estratégico que es el filtro de entrada al sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnaldi et.al. (2011). *Nanomedicina. Entre políticas públicas y necesidades privadas*. UNAM, México.
2. Bertalanfy, L. (1982) *“El concepto de sistema en las ciencias del hombre”*. *Teoría General de los Sistemas*. México, Fondo de Cultura Económica.
3. Cumper, C.E. *The evaluation of national health systems*. Oxford University Press, Oxford,1991.
4. Donabedian, A. (1988). *La calidad de la atención médica*. México,La Prensa Médica Mexicana.
5. Donabedian A. (2001) *“Evaluación de la Calidad de la Atención Médica”*,en *Calidad Asistencial*. Revista del Órgano de la Sociedad Española de Calidad. Vol. 16.
6. Dossey L. (1986) *Tiempo, Espacio y Medicina*. Barcelona, España. Kairos.
7. Gobierno del Estado de México. *Plan de desarrollo del Estado de México (2012-2017)*. Gaceta de Gobierno del Estado de México, 13 de marzo de 2012. Toluca.
8. Gobierno Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012*, México.
9. *Ley de Seguridad Social de los Trabajadores del ISSEMYM*. (2002)
10. Mateos, J. (2006) *La investigación en medicina: un nuevo enfoque basado en Sistemas Complejos*, en. *Las ciencias de la complejidad y la innovación médica, Ensayos y Modelos*. Secretaría de Salud e Instituto de Física del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México, Grama Editora, S.A.
11. Moreno, R. (1980) *Modelo integrado de gestión hospitalaria*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid, Impresos Oliver.
12. Morín, E. (1990). *Introducción al Pensamiento Complejo*. España, Ed. Gedisa.
13. Morín, E. (1993). *For a Crisiology*. Industrial and Environmental Crisis Quarterly. Rev. Lewisberg, Pennsylvania.
14. Organización Mundial de la Salud. *The World Health Report 2 000. “Capítulo 2. How Well do Health Systems Perform?”* World Health Organization. Ginebra.
15. Parent, J. (1991) *“La informática”*, en. *Eros y Ethos Informáticos*. Universidad Autónoma del Estado de México.
16. Pabón L. (1985) *Evaluación de los Servicios de Salud. Conceptos, Indicadores, Ejemplos de Análisis Cuantitativo y Cualitativo*. Colombia: Universidad del Valle, colombia.
17. Reglamento de Servicios de Salud del ISSEMYM (proyecto de actualización en proceso de aprobación). ISSEMYM, Estado de México 2011.
18. Ridley, M. Genoma. (2002). *La autobiografía de una especie en 23 capítulos*. México: Santillana.

19. Ruelas, E. y cols. (1988) *Calidad total para directivos de organizaciones de salud*. Qualimed y Centro latinoamericano de Impulso a la Calidad en Servicios S. C. (CLICS)
20. bid: (2001) *Gestión del conocimiento y calidad asistencial*, en. *Calidad Asistencial*. Revista del Órgano de la Sociedad Española de Calidad. Vol. 16.
21. Ibid: (2005). *La acreditación de unidades médicas para el Sistema de Protección Social en Salud*, en. *Certificación y acreditación en los servicios de salud*. Colección, *Estrategias para Mejorar la Calidad*. México: Secretaría de Salud.
22. bid: (2006). *Las ciencias de la complejidad y la innovación médica*. México: Universidad Autónoma de México y Plaza y Valdés.
23. Ibid: (2007). *Seguridad del paciente hospitalizado*. Instituto Nacional de Salud Pública. México, Panamericana.
24. Ibid: (2008). *El Aval Ciudadano: transparencia y mejoría de la calidad en trato digno*, en. *Participación Ciudadana en la Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud*. México, Panamericana.
25. Santín, O. y Alemán C. (2009). *Seguridad social sustentable. Evaluación de reformas recientes a sistemas de pensiones en México y América Latina*. Biblioteca Mexiquense del Bicentenario. Edo. de México.
26. Saturno, P. (2004). *Gestión de la calidad en los servicios de salud*. Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, España
27. Senge P. (2005). *Construyendo la organización inteligente*, en. *El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje* Argentina, Ed. Granica.
28. Stufflebeam, D. (1993). *La evaluación orientada hacia el perfeccionamiento*, en. *Evaluación Sistemática*. España, Paidós.
29. Vázquez, J.C y Weber E. (1997). *Instrumentos para el control de la gestión*, en. *Evaluación y Control de la Gestión*. Barcelona, Ed. Folio.
30. Vázquez, Ma. Luisa y Vargas, Lorenzo. (2007). *Organizaciones sanitarias integradas; un estudio de casos*. ConsorciHospitalari de Catalunya. España: Projectes editorials i comunicació.
31. Velasco, M y Gutiérrez, G. Crónica. *50 años de la seguridad social en el Estado de México. 1951-2001*. ISSEMyM, 2005. Estado de México.
32. Villalpando, S. (2009) *Síndrome Metabólico en. Una visión económica, socio-cultural y familiar del problema*. 3ª. Reunión Internacional sobre Diabetes. México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Modelo de Gestión de Servicios de Salud, del doctor Javier Lozano Herrera y de la Doctora Dulce María Armendáriz Zamudio se terminó de imprimir en mayo de 2013, en Impresora JANO S. A. de C. V. La edición consta de 1 000 ejemplares. Coordinación: Ingrid Madrigal Martínez Diseño Editorial: Rosario Figueroa Bermúdez, Julio César Villegas Fierro, Edson Bernal Serrato. Fotografía de portada: Reynaldo Cabrera Rebollo. Fotografías interiores: Banco de imágenes del ISSEMyM. La edición estuvo al cuidado del Subcomite Editorial del Sector Finanzas.

El *Modelo de Gestión de Servicios de Salud (MGSS)* del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (Issemym) es el nombre que se ha dado a la vasta orquestación de medidas de muy diferente índole, por medio de las cuales se pretende fortalecer y enriquecer la atención, anticipar emergencias, y cumplir con la misión de fondo encomendada a la Institución, que es mejorar la salud y el bienestar de la población derechohabiente que, en el pasado reciente, rebasó la cantidad de un millón de mexiquenses.