



**Nombre del alumno: RUDY ANGEL
OSVALDO VAZQUEZ ZAMORANO**

**Nombre del profesor: “CECILIO
CULEBRO CASTELLANOS”**

**Nombre del trabajo: “ENSAYO
ANTENCION PRIMARIA DE SALUD
INTEGRAL E INTEGRADA”**

Materia: “SALUD PUBLICA I”

Grado y grupo: “1-ºA”

ENSAYO ATENCION PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL E INTEGRADA: LA PROPUESTA METODOLOGICA Y OPERATIVA

Una de las prioridades del Gobierno de México es hacer cumplir el derecho a la salud. El objetivo es que todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socioeconómica, tengan acceso a los servicios de salud en forma integral. De acuerdo con el programa presentado por el Presidente de México y después por el Secretario de Salud nacional, las principales acciones a realizar incluyen brindar servicios médicos y medicamentos gratuitos a la sociedad, hacer cambios legales y estructurales para atender las necesidades y otorgar servicios con calidad y equidad, hasta lograr la universalización. También como parte de la Cuarta Transformación se pretende que la salud en México tenga una visión como una política de Estado, se reorganice el Sistema de Salud, y que la Atención Primaria a la Salud Integral (APS-I) sea una nueva política de salud para los mexicanos. Pero para lograrlo se requiere de sostenibilidad económica, de una política nacional, de una integración institucional, cultural y social en donde participen todas las instituciones que forman parte del Sector Salud.

En el presente ensayo hablare en primer lugar de un equipo de salud denominado grupo de primer nivel de atención integrado por todas las instituciones de salud sesionaron semanalmente durante ocho meses y establecieron las bases de lo que representa el Modelo de Atención de la Cuarta Transformación: “Atención Primaria de la Salud Integral e Integrada en México.

Durante estas sesiones, la experiencia, el conocimiento y, sobre todo, el compromiso de los funcionarios puso de manifiesto la necesidad de retomar la construcción de la Salud desde abajo, atendiendo a quienes durante sexenios se dejaron desprovistos de las condiciones mínimas de bienestar al descuidar la preservación de la Salud. El mensaje fue claro y contundente, “no se puede continuar con un enfoque en la enfermedad, en donde la atención especializada consume recursos y no brinda soluciones”. El nuevo modelo considera el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención con un enfoque directo en la Atención Primaria a la Salud, donde la estructura de las Redes Integradas de Servicios de Salud encontrará, con la reestructuración de las Jurisdicciones Sanitarias al convertirlas en Distritos de Salud, un coordinador de acciones en su territorio de responsabilidad, que garantizará la atención eficiente y continua de la población a su cargo. Todo lo anterior con la garantía de atención médica y medicamentos gratuitos, de la necesidad de fortalecer las

actividades de acción comunitaria para mejorar las condiciones de salud de las personas, las familias y las comunidades.

Según el texto La Atención Primaria a la Salud en México tiene todas las características para garantizar el derecho a la protección de la salud que ha sido sistemáticamente negado durante las últimas décadas a pesar de ser un derecho inscrito en el artículo cuarto constitucional desde 1983. Garantizar este derecho es el gran compromiso en salud de la Cuarta Transformación plasmado en el programa prioritario de la presidencia Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos. Esto es porque la Atención Primaria a la Salud en México permite transformar los servicios de salud a nivel nacional y transitar hacia el acceso universal y efectivo con equidad, dignidad, calidad y eficiencia a la atención a la salud, teniendo como principios la participación comunitaria, la intersectorialidad, los actores comunitarios en salud y las Redes Integradas de Servicios de Salud.

El artículo dice que el modelo de Atención Primaria a la Salud en México incluye todos los niveles de atención del sistema de salud, y contempla la promoción de la salud, la prevención, la curación, la rehabilitación y la atención paliativa. Esto es, no se restringe a la atención en el primer nivel sino incluye a las RISS que permiten a las personas acceder al nivel de complejidad de servicios, ambulatorios o hospitalarios, que requieren para la atención de su padecimiento.

Las acciones conducentes al establecimiento exitoso de la Atención Primaria a la Salud en México empiezan por el fortalecimiento del Programa Nacional de la Atención para que resuelva efectivamente el 75 a 80% de los problemas de salud de la población; propósito declarado pero lejano de ser alcanzado en la realidad de nuestro país. Desde aquí se pretende fincar las bases para llegar a este carácter resolutivo desde el primer nivel.

Para ello resulta necesaria la reorganización de la gestión desde abajo estableciendo el Distrito de Salud (DS) que sustituye a la jurisdicción sanitaria. El Distrito de Salud es la instancia de rectoría y operación en un territorio definido con tareas específicas que van desde la vigilancia epidemiológica hasta la gestión de las redes de atención en este nivel y la referencia a otros servicios de mayor complejidad y contra-referencia de regreso al Plan Nacional de Atención.

Por otra parte el documento explica que el Distrito de Salud es un espacio de desarrollo de conocimientos y capacidades de la fuerza laboral, de suficiencia, optimización e

integración de todos los recursos para la salud, de la tecnología incluyendo la información e inteligencia de datos y del financiamiento.

En su apartado de Nociones analíticas implícitas nos dice que este documento parte de la noción de que las políticas de un gobierno obedecen a una “visión del mundo”, es decir, se derivan de un conjunto de valores, sean estos explícitos o no. En consecuencia, las políticas particulares de distintos ámbitos del Estado tienen una necesaria relación entre sí y se complementan. La Cuarta Transformación (4T) plantea generar y garantizar el bienestar de la población, empezando por los sectores más abandonados y discriminados. Este núcleo conceptual proyecta una suerte de Estado de Bienestar que se erige sobre dos principios básicos: la redistribución profunda de la riqueza social y la satisfacción de las necesidades sociales como obligación y acción del Estado. Lo anterior implica que la política social ocupa un lugar destacado y que dentro de esta se inserta la política de salud.

Esta concepción difiere de la neoliberal en varios aspectos. El primero es que no considera a la salud y los servicios de salud como una mercancía sino como un derecho de toda población. Esto implica que no sólo es una política asistencial para los pobres, sino que se desarrolla progresivamente hacia la universalidad y equidad en el acceso a los servicios requeridos y en las condiciones de salud. La equidad y universalidad implican, en esta política de salud, eliminar la segmentación y fragmentación del sistema público de salud yendo hacia la constitución de un sistema único, universal, público, solidario y gratuito. Esto contrasta con la idea del aseguramiento como la base desde la cual se lograría la universalidad a través del mercado y la competencia, como se sostiene la concepción neoliberal en el área de la salud. Otra característica distintiva de esta nueva concepción, es que objeta el que las instituciones de salud son similares a cualquier empresa, y que las mismas reglas gerenciales pueden aplicarse en su gestión. La administración de una institución de salud, y más aún de un sistema de salud, va más allá de la simple aplicación de técnicas de gestión ya que se construye para realizar los objetivos y corresponder a su complejidad. El quehacer sustantivo de una institución pública de salud es promover, proteger y mejorar las condiciones de salud de la población bajo su responsabilidad. Esta tarea concierne a seres humanos y por ello debe respetar la complejidad, la dignidad e integridad para revertir la deshumanización creciente de la práctica médica.

Las instituciones de salud en sí mismas son altamente complejas y comprenden distintos procesos. Estos procesos de la medicina han desarrollado una sofisticación científica notable en múltiples campos que abarcan tanto la ciencia básica como la aplicada. De aquí se

desprenden dos vertientes contradictorias que hoy la caracterizan, la primera, donde las prácticas profesionales – la médica, de enfermería, de psicología clínica, entre otras — están profundamente medicalizadas y se desarrollan bajo el paradigma del “Modelo Médico Hegemónico” (Menéndez, 1988).

La segunda vertiente, es que la medicina se ha convertido en un campo amplio y diversificado de generación de ganancias. Ejemplos de ello son la industria farmacéutica, de equipo médico, de aseguramiento, entre otras. Estas a su vez han profundizado la medicalización y causado un nuevo conjunto de patologías, los padecimientos iatrogénicos.

Las instituciones de salud tienen además lo que se ha llamado una materialidad institucional compleja (García Linera, 2013). Esta noción hace referencia a que las instituciones contienen prácticas, reglas, rutinas, burocracias, presupuestos, etcétera; algunas garantizan su funcionamiento y otras lo dificultan. En el caso mexicano, entre estos se erigen como obstáculos serios la corrupción extendida y un largo proceso de abandono; ausencia de planeación estratégica y profesionalismo; así como la falta creciente de financiamiento del sistema público. El reto hoy no es aplicar desde fuera y desde arriba modelos internamente coherentes pero que ignoran la realidad. El desafío es desentrañar las dificultades concretas para avanzar en el cumplimiento del compromiso de proporcionar Atención Médica y Medicamentos Gratuitos a todos los mexicanos. Se empezará por los mexicanos que carecen de seguridad social laboral y que habitan en las zonas más pobres. La propuesta es ir desde abajo hacia arriba y de la periferia hacia el centro. Es indispensable disponer de los instrumentos para poder hacer una planeación estratégica y operativa por lo menos para el período 2020-2024. Sobre ello versa este texto.

Este artículo contiene un apartado llamado las reformas neoliberales de salud donde nos explica que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza el derecho a la protección de la salud en su artículo cuarto. Este derecho, con carácter de derecho social y garantía individual, se aprobó en 1983 con el propósito de que todas las mexicanas y mexicanos tuvieran acceso a los servicios de salud en sus vertientes de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección y tratamiento de enfermedades y rehabilitación. Pero que lo anterior se encuentra fragmentado en dos tipos de atención a la salud, por un lado el sector público formado por la secretaria de salud y por otro lado el sector privado y de seguridad social basados en los artículos 4 y 123 respectivamente.

En el siguiente apartado dice que en concreto, la descentralización en salud consistió en transferir a los “Servicios Coordinados de Salud Pública” a los estados y convertirlos en Organismos Públicos Descentralizados (OPD). Este arreglo institucional trajo una nueva complejidad organizacional ya que los OPD’S coexisten con las Secretarías o SESAS que resultó en una estructura de mando dual o imprecisa.

Para avanzar hacia la cobertura y acceso universal en salud (Laurell, 2015) se hizo una reforma a la Ley General de Salud (LGS) añadiendo el artículo 77 bis. En ésta se introduce el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), conocido como el Seguro Popular (SP), que entró en vigor el 1º de enero de 2004. Este seguro público se completó con la creación del Seguro Médico Siglo XXI en 2007, destinado a la atención de los niños nacidos a partir de este año y hasta cumplir cinco años de vida. Los objetivos explícitos del SPSS fueron: a) atender los desequilibrios financieros y garantizar un financiamiento justo; b) hacer frente a la segmentación del acceso a la atención a la salud; c) disminuir el gasto de bolsillo en salud de los hogares mexicanos y reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud y; d) incrementar la cobertura del aseguramiento en salud.

Hoy se constatan varias limitaciones del modelo del Sistema Nacional Para los Servicios de Salud. No se ha logrado la cobertura universal del aseguramiento dado que unos 20 millones de mexicanos no cuentan con un seguro (CONEVAL, 2019, p. 5). El paquete de servicios del Seguro Popular el llamado CAUSES y los padecimientos de gasto catastrófico reconocidos es restringido y sólo corresponde a un 20% de los servicios de los derechohabientes de los institutos de seguridad social laboral.

Sabemos que la concepción de la Atención primaria a la salud en México tiene sus raíces en el modelo de atención adoptada en la Conferencia de la OMS en Alma Ata en 1978. Su innovación consistió en un nuevo acercamiento a la defensa y mejoramiento de la salud poblacional y de la comunidad, esto significó una concepción no medicalizada más allá de la atención médica a las personas. De esta manera se tenía una fuerte base de educación para la salud, promoción de la salud y prevención con un importante componente de participación social sin descartar la atención médica cuando se requiere. El modelo introdujo la idea de que el proceso salud - enfermedad tiene causas tanto biológicas como sociales, que implica el alejamiento de la explicación unicausal y que retoma la idea de la determinación social como elemento que influye en las condiciones de salud colectivas e individuales. Este enfoque derivó en el objetivo planteado en Alma Ata “Salud para Todos en el Año 2000”; objetivo que desafortunadamente no se cumplió.

Los caminos divergentes de la atención primaria a la salud tienen como ejemplos más conocidos de esta concepción son los modelos implantados en Chile con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y en Colombia con la reforma de la seguridad social que llegó hasta la venta de los hospitales públicos. Cabe recordar que el sistema colombiano literalmente quebró en 2009. Otro ejemplo muy citado en la literatura internacional es el Sistema Nacional de Protección Social de Salud mexicano. La otra vertiente de la APS, desarrollada particularmente en América Latina, es la APS Integral e Integrada (APS-I) o APS-Renovada (APS-R) adoptada por la OPS en 2009 que recupera los planteamientos originales de la declaración de Alma Ata renovándola. Es una política de salud territorializada con una participación social y organizada fuerte; está centrada en la persona, la familia y la comunidad y parte de las necesidades de salud de la población; considera los determinantes sociales; enfatiza la educación, promoción y prevención; cuenta con una red de prestación de servicios con la coordinación asistencial entre el primer nivel de atención y los servicios especializados y complejos extra e intrahospitalarios. Y como los ejemplos anteriores se pueden mencionar otros ejemplos como LA DECLARACIÓN DE ASTANÁ, LA COMISIÓN DE ALTO NIVEL DE LA OPS, entre otros.

Pero ¿Dónde estamos hoy? Es decir cuál es la situación de la salud actual en México. En el perfil de mortalidad nos dice las principales causas de muerte por tipo de padecimiento en los años del año 2000 al 2017, según la secretaria de salud, en todos los grupos de edad.

En el apartado de recursos para la salud del sistema público para la población abierta dice que este texto se ocupa de la metodología para transformar desde abajo los servicios de salud en México y se reconoce una doble determinación socio-económico y política no sólo de las condiciones de salud de la población sino también de los recursos disponibles para su protección.

Por otra parte a fin de elaborar este diagnóstico se construyó una metodología cuantitativa y participativa el Censo Estratégico para obtener datos cuantitativos de las unidades de salud y dos metodologías cualitativas para hacer un levantamiento en campo partiendo de las jurisdicciones sanitarias, y visitando distintos tipos de centros de salud, clínicas y hospitales.

El Censo Estratégico se complementa con dos metodologías cualitativas. La primera es la exploración y levantamiento de información del PNA con un barrido en campo. La finalidad de esta actividad es profundizar en el funcionamiento de las jurisdicciones sanitarias y visitar

diferentes tipos de unidades (centros de salud, UNEME's y CESSA's) y de los Hospitales Comunitarios como base de la construcción de redes del primer nivel de atención y conocer los recursos de IMSS ordinario, IMSS Bienestar, ISSSTE y SEDENA.

El segundo tema concierne a las Redes de Servicios de Salud: los establecimientos de primer y segundo nivel existentes en la Jurisdicción Sanitaria; las redes de referencia y contra-referencia, e ideas para mejorarla; laboratorio(s) básicos y rayos-X en la JS; la existencia de una red de atención médica especializada, ejemplo, para la atención a casos de Infarto Agudo al Miocardio o emergencia obstétrica y su funcionamiento. El tercer tema se refiere a problemas y necesidades de: recursos presupuestales (subsidios, propios y fiscales), recursos humanos (capacitación, plantillas incompletas, etcétera), insumos (medicamentos, material de limpieza, gasolina, refacciones, entre otros), equipamiento (en servicio, sin funcionar, en mantenimiento o faltante) y; existencia o no de la infraestructura informática necesaria (equipos, internet, entre otros). El cuarto tema se refiere a la participación social en la Jurisdicción Sanitaria en sus vertientes de la relación en general con la población atendida y la relación entre la Jurisdicción Sanitaria y las autoridades municipales y los apoyos proporcionados. Al concluir la entrevista se registran la opinión de los entrevistados y sus sugerencias para mejorar el trabajo y los servicios.

Como siguiente paso la auditoría médica es la segunda metodología cualitativa y consiste en la supervisión realizada en los hospitales de 30 camas o más. La auditoría médica requiere de un entrenamiento específico y generalmente se lleva a cabo por personal médico o de enfermería. Esta metodología pone énfasis en el análisis in situ de los procesos y permite proponer opciones de mejora. Detecta además áreas mal planeadas, áreas en construcción, en proceso o abandonadas, así como equipo ocioso, sobredimensionado, descompuesto o sin instalar.

Por ultimo esta la implementación de la propuesta del programa o modelo de atención primaria a la salud que inicia desde el primer contacto con la persona para la prevención y promoción para conservar la salud y una vez que la condición de salud lo requiere, continua con la atención asistencial ambulatoria primaria del Programa Nacional de Atención, para aumentar según la complejidad y especialización de la atención a la condición salud que requiere la persona. Después el tránsito desde la atención de medicina familiar o general hasta la de alta especialidad, no es forzosamente lineal, es decir, obedece a la necesidad de atención de la persona.

Para garantizar el acceso y continuidad de la atención es imperativo el trabajo coordinado e integral de la comunidad y del sector, así como contar con las redes y la participación constante de los agentes de salud.

La Atención Para la Salud en México es una estrategia que engloba y amplifica los trabajos de los actores y acciones que se encuentran destinados para la atención de la salud, mediante el uso de los bienes e insumos necesarios para diagnosticar y tratar los padecimientos de salud.

El propósito principal de la atención para la salud en México es coordinar las acciones de salud en las comunidades y áreas bajo su responsabilidad. Como ente administrativo el trabajo es integrado con los programas, e integral para las actividades de las unidades prestadoras de servicios de salud, además de que se vincula de forma activa con la población promoviendo la participación comunitaria dinámica y continua, para crear en la población un estado de pertenencia y pro actividad entorno a la propia salud comunitaria. De igual manera, el DS promueve y coordina las interacciones de las unidades de salud presentes dentro de su territorio, para otorgar atención a los usuarios que requieran un nivel más especializado de atención. Así tendrá el compromiso de identificar y canalizar de forma oportuna, inmediata y segura a las personas que necesiten atención médica del algún nivel que no esté disponible en las unidades médicas del Distrito de Salud, en apego al objetivo de atender la salud de la población.

La nueva propuesta es consolidar el tránsito de un modelo centrado en la atención intrahospitalaria a un modelo cuya base se conforme en la comunidad con mayor énfasis en las acciones de promoción y prevención, en el mismo sentido de que promueve y potencializa la resolución ambulatoria de los problemas de salud al fortalecer la atención de primer nivel, con mayor capacidad resolutoria, sin descuidar la atención hospitalaria.

Al ubicar a la persona como parte fundamental de la familia, la familia de la comunidad y la comunidad como el soporte de la persona se plantea el paradigma de articular la atención primaria a la salud desde el enfoque familiar y comunitario como base del sistema de salud. En este sentido el modelo se fundamenta en las estrategias que articulen el tránsito de la persona a lo largo del sistema de salud, donde se realice el trabajo personal, familiar y comunitario para el cuidado de la salud y conductas saludables dentro de un marco de autorresponsabilidad. Se soporta con la infraestructura, recursos y servicios brindados mediante una óptima organización del sistema nacional de salud. Este modelo replantea la

conceptualización del Primer Nivel de Atención en México con un fortalecimiento de la acción comunitaria y participación de promotores de salud que sean un eficaz elemento de detección temprana y contención del envío de los pacientes hacia los niveles de atención más complejos.

En la reingeniería de las redes de servicios requiere ser replanteada de fondo en alineación con las políticas públicas actuales y, sobre todo, con la visión hacia el acceso efectivo a los servicios de salud. Se busca, con una nueva visión, el aprovechamiento óptimo de los recursos que integran la atención comunitaria, ambulatoria y hospitalaria –básica y de especialidades-, para configurar la red “de abajo hacia arriba”. Es importante resaltar que la comunidad cuenta con una cultura y hábitos determinada por una serie de redes sociales y grupos de liderazgo específicos, que muchas veces son desconocidos por los servicios de salud. La articulación con ellos puede ser crucial para un desempeño eficiente de los servicios de salud. El primer abordaje está hecho por capas para cada nivel de atención médica desde la capa ambulatoria básica hasta la capa de alta especialidad. Este permite establecer las condiciones iniciales para el proceso de revisión continuo para identificar la evolución organizativa hacia una estructura articulada de la infraestructura física en salud.

Uno de los objetivos de esta reingeniería de redes es brindar la capacidad para establecer delimitaciones funcionales que permitan establecer tramos de control para la generación de indicadores de desempeño tanto en los componentes de los subsistemas más pequeños (metas dentro de los planes anuales de trabajo de los profesional de salud) como en el sistema general (indicadores de la OMS en salud) estableciendo mecanismos básicos de monitoreo de los diferentes factores que afecten de manera adversa el sistema.

A manera de conclusión a mi humilde opinión durante muchos años el gobierno intentó dar una estructura de simple proceso a la atención a la salud, siendo quizá esto su mayor error, dado que se destinaron recursos y talento para acotarla a un marco normativo y reglamentario que dejó por mucho tiempo de lado las necesidades reales de un pueblo fuerte y resistente, que necesita de su gobierno un marco institucional orientado claramente a garantizarle el acceso efectivo a los servicios de salud. La Cuarta Transformación apela a los principios de la Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I Mx), al fortalecer la infraestructura del Primer Nivel de Atención, con un cambio de óptica para verla como un todo integrado por: obra, equipo, mobiliario y recurso humano en la actualidad No es aceptable que la medicina siga siendo reactiva y dirigida a la resolución de problemas que pudieron ser evitados con acciones de prevención y promoción a la salud.

La transformación requiere de la participación ciudadana con la orientación del gobierno para que cada individuo tome conciencia de su propia salud, acercándose a los servicios con la confianza de que recibirá la atención que requiere. Y principalmente, se trabajará para hacer un viraje real de lo curativo a lo preventivo. Los determinantes sociales de la salud, tomarán la relevancia que desde siempre debieron haber tenido ya que sólo mediante la comprensión de cómo impacta en la salud un conjunto de procesos sociales, económicos y políticos se podrá transformar la realidad. Por otro lado, no se puede pensar en un pueblo sano si no se le brindan las mínimas condiciones de higiene y acceso a servicios básicos. Para ello, la regulación sanitaria tendrá un enfoque hacia los entornos saludables, y la coordinación intersecretarial es fundamental para garantizar las condiciones mínimas de saneamiento y acceso a servicios como agua y electricidad. Por tanto, la estructuración de las RISS tiene la misión de optimizar la infraestructura existente y las futuras inversiones, así como redistribuir de mejor forma los recursos, esto es sin duda el rumbo hacia una transformación de la prestación de servicios de salud. Así, los DS se establecen como el brazo operativo más cercano a la población, pues asumirán la coordinación de acciones dentro de su territorio bajo la premisa de que el cuidado de la salud no comienza en las instalaciones de los Servicios de Salud, sino en el núcleo familiar y en la comunidad. Se rompen paradigmas del enfoque a la enfermedad, donde el objetivo del Sistema de Salud es y deberá ser siempre el cuidado de la salud de la población y su mejoramiento continuo. En el futuro no nos queda más que centrar nuestras esperanzas en el nuevo programa de atención a la salud centrado en la atención primaria que a mi manera de pensar es una propuesta con muchas ilusiones de cambiar la pirámide de atención de la salud que se encuentra de manera inversa es decir el 75 por ciento de la población nacional es atendida en el segundo nivel cuando debe ser atendida en el primer nivel de atención.

Bibliografía:

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California Sur (2013). Reglamento Interior del Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California Sur. Gobierno del Estado de Baja California Sur, Periódico Oficial No. 27 Tomo XL. 20 de junio de 2013.