



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN
LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**FACTIBILIDAD TÉCNICA DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A
LA SALUD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, SAN LUIS
POTOSÍ, 2003**

**tesis para obtener el Grado de
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA:
LIC. ENF. BEATRIZ CARRIZALEZ ZAMARRON**

**COMITÉ DE TESIS
RAUL MARTINEZ ZUÑIGA M.S.P.
SOFIA CHEVERRIA RIVERA M.A.A.E.
CECILIA FERRER CRUZ M.S.P.**

Noviembre 2004

Mi agradecimiento y respeto por su ayuda y participación para la realización de ésta investigación, a las autoridades estatales y jurisdiccionales de los servicios de salud, así como a los compañeros trabajadores de la Jurisdicción sanitaria No. 1.

Aprecio y agradezco mucho los valiosos comentarios y sugerencias para la realización de este trabajo de todos mis maestros y compañeros, muy en especial de:

Maestra Ma. Del Pilar Pastor Durango

Maestra Sofía Cheverría Rivera

Dr. Raúl Martínez Zuñiga

***A MIS PADRES, HERMANOS Y A TI MANUEL
A QUIENES AGRADEZCO Y DEDICO CON MUCHO AMOR ESTE TRABAJO.***

***SOFIA NOEMI:
LLEGASTE A MI VIDA EN EL MOMENTO JUSTO, GRACIAS,
TE AMO.***

*...¿Por qué tantos afanes en la jornada
sin buscar recompensa?
-dije, y el loco murmuró con las manos sobre la azada;-
acaso tú imagines que me equivoco;
acaso por ser niño te asombre mucho
el soberano impulso que mi alma enciende
por los que no trabajan, trabajo y lucho,
si el mundo no lo sabe, Dios me comprende...*

*... Dijo el loco, y con noble melancolía
por las breñas del monte siguió trepando,
y al perderse en las sombras aún repetía,
¡HAY QUE SEGUIR SEMBRANDO...
SIEMPRE SEMBRANDO!*

M. R. Blanco Belmonte.

CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1.- JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2.- MARCO CONCEPTUAL.....	5
2.1 La Reforma a los Sistemas de Salud.....	5
2.2 Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS).....	7
2.3 Estudios de factibilidad técnica.....	13
2.4 Recursos para la Salud.....	16
3. OBJETIVOS.....	19
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	19
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	19
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	20
5. RESULTADOS.....	28
5.1 Población.....	28
5.2 Recursos.....	29
5.3 Capacidad de respuesta y metas.....	40
6. DISCUSION.....	53
7. CONCLUSIONES.....	60
8. SUGERENCIAS.....	61
9. LIMITANTES.....	64

BIBLIOGRAFÍA REFERIDA

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ANEXOS

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. POBLACION DE RESPONSABILIDAD POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	28
Cuadro 2. NUCLEOS BASICOS DE SERVICIOS DE SALUD EXISTENTES Y NECESARIOS POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	29
Cuadro 3. DISPONIBILIDAD DEL PROMOTOR EN SALUD POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	31
Cuadro 4. DISPONIBILIDAD DEL RECURSO MÉDICO, ENFERMERA DE CLÍNICA, ENFERMERA DE CAMPO POR NBSS Y NBSS CON RECURSO HUMANO COMPLETO. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	32
Cuadro 5. NIVEL ACADEMICO DEL RECURSO HUMANO. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	33
Cuadro 6. TIPO DE CONTRATACION DEL RECURSO HUMANO. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	33
Cuadro 7. ANTIGÜEDAD DEL RECURSO HUMANO. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	34
Cuadro 8. CAPACITACIONES RECIBIDAS POR RECURSO HUMANO SOBRE EL MASPÁ. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	34
Cuadro 9. CUMPLIMIENTO DE LA COMPETENCIA DEL RECURSO HUMANO POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	35
Cuadro 10. CUMPLIMIENTO DE LA DISPONIBILIDAD DE NÚCLEOS BÁSICOS CON EQUIPAMIENTO COMPLETO Y FUNCIONAL. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	36
Cuadro 11. ABASTO DEL CUADRO BASICO ESENCIAL DE MEDICAMENTOS POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P., 2003.....	37
Cuadro 12. ABASTO DE BIOLÓGICO POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P., 2003.....	39

Cuadro 13. FACTIBILIDAD TECNICA SEGÚN RECURSOS DISPONIBLES POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2004.....	40
Cuadro 14. CUMPLIMIENTO DEL PROMEDIO DE CONSULTAS POR HORA MEDICO CONTRATADA POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	41
Cuadro 15. CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR “CONCENTRACION DE CONSULTAS PRENATALES POR EMBARAZADA” POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	42
Cuadro 16. “ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO DE EDAD” POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P., 2003.....	44
Cuadro 17. CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR “MUJERES DE 25 A 64 AÑOS QUE HACEN USO DEL SERVICIO PARA LA DOC”, POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	45
Cuadro 18. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	46
Cuadro 19. COMITÉ DE SALUD FORMADO Y FUNCIONANDO POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P., 2003.....	47
Cuadro 20. TIEMPO DE TRABAJO EN CAMPO POR NÚCLEO BÁSICO, SEGÚN INDICADOR DE CUMPLIMIENTO. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	48
Cuadro 21. TIEMPO DE ESPERA POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P., 2003.....	49
Cuadro 22. OPINION DEL USUARIO EXTERNO SOBRE EL TRATO RECIBIDO POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	50
Cuadro 23. FACTIBILIDAD TECNICA SEGÚN CAPACIDAD DE RESPUESTA POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2004.....	50
Cuadro 24. FACTIBILIDAD TECNICA PARA LA IMPLEMENTACION DEL MIDAS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2004.....	51

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1. CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR "MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS ACTIVAS DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR" POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.....	43
--	-----------

RESUMEN

Objetivo. Determinar la factibilidad técnica para implementar el MIDAS en Unidades de Salud, Jurisdicción Sanitaria No. 1 San Luis Potosí. **Diseño Metodológico.** Estudio cuantitativo descriptivo, retrospectivo y transversal. Información obtenida de fuentes primarias y secundarias en 2 instrumentos creados para esta investigación. **Resultados.** No es factible la implementación del MIDAS según variable recursos en el 68.8% de los NBSS estudiados, asimismo según capacidad de respuesta en el 55.9%. **Conclusiones.** La transición del actual modelo al MIDAS exige crear las condiciones mínimas en aspectos técnicos para lograr los objetivos propuestos, seguir con la estructura actual dará origen a la continuidad de un modelo verticalizado, curativo y con privilegio en la oferta de servicios. Según los resultados es necesaria una reestructuración de la organización del modelo con enfoque principalmente en la demanda, considerando necesidades y expectativas del usuario. **Palabras Clave.** MIDAS, Factibilidad técnica, Población, Recursos, Capacidad de respuesta y Metas.

SUMMARY

Objective. To determine the technical feasibility to implement the MIDAS in Units of Health, Sanitary Jurisdiction no. 1 San Luis Potosí. **Methodologic design.** Quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional study. Obtained data of primary and secondary sources in 2 instruments created for this investigation. **Results.** The implementation of the MIDAS is not feasible according to variable resources in the 68,8% of the NBSS studied, also according to capacity of answer in the 55.9%. **Conclusions.** The transition of the present model to the MIDAS demands to create the minimum conditions in technical aspects to obtain the proposed objectives, to follow with the present structure will give origin to the continuity of a vertical, curative model and with privilege in the supply of services. According to the results a reconstruction of the organization of the model with approach mainly in the demand is necessary, considering necessities and expectations of the user. **Key words.** MIDAS, technical Feasibility, Population, Resources, Capacity of answer and Goals.

INTRODUCCIÓN

Durante la última década en América Latina y desde hace ya más de 20 años en otros países del mundo se han llevado a cabo reformas a los sistemas de salud, esto ha originado que la salud además de ser un valor social, constituya ahora un factor económico y un elemento político crecientemente estimado en las sociedades modernas. Los gobiernos en una búsqueda por encontrar nuevas y mejores formas de reglamentar, financiar y prestar los servicios han propuesto reformas en sus sistemas nacionales de salud con estrategias que permiten la extensión de cobertura, la equidad en la distribución de los recursos, la eficiencia en el uso de éstos, la garantía de una atención de calidad y la participación comunitaria.

En México, el actual gobierno propone el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) como una de sus estrategias para enfrentar los retos de la calidad, la eficiencia y la equidad, con programas de acción dirigidos a la atención de los problemas emergentes y los problemas del rezago, consecuencia de las transformaciones demográficas y epidemiológicas que vive el país.

El MIDAS constituye una adecuación del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), que actualmente establece los lineamientos para operar los servicios de salud en el estado de San Luis Potosí, sin embargo este modelo presenta serias limitaciones de personal, recursos materiales, normas y procedimientos de trabajo, así como de recursos financieros, lo que determina una capacidad de respuesta poco efectiva.

Para asegurar el cumplimiento de las metas, es prioritario realizar la planificación y programación de servicios de salud, así como una evaluación sistemática de los mismos dentro del contexto de los conocimientos actuales a partir de los recursos existentes y de las limitaciones inherentes a los mismos. El estudio de factibilidad

técnica como parte de la planificación y programación para iniciar la operación de este nuevo modelo de atención permitirá conocer la factibilidad en cuanto a recursos físicos, humanos, materiales y capacidad de respuesta; constituye una oportunidad de prever el éxito, conocer las limitaciones y hacer los ajustes necesarios para lograrlo, mejorando el uso de los recursos disponibles y la capacidad operativa de las unidades de salud en la Jurisdicción Sanitaria No. I de San Luis Potosí, considerando que son las bases para el desarrollo y la consolidación de los programas de salud.

1. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última década, en respuesta a las transiciones demográficas, epidemiológicas, económicas, políticas, culturales y tecnológicas, la reforma a los sistemas de salud en los países de América latina y el resto del mundo ha buscado nuevas y mejores formas de reglamentar, financiar y prestar los servicios de atención a la salud. A pesar de los avances, aun persisten grandes deficiencias que constituyen retos a superar en aspectos de calidad, equidad y financiamiento de los sistemas de salud.

En México, el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, mediante el programa de reforma al sector, con los objetivos primordiales de ampliar la cobertura de servicios y mejorar la calidad de la atención, así como mejorar su eficiencia y lograr mayor equidad en la distribución de los beneficios del desarrollo hacia los grupos más vulnerables, estableció el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA), que se constituyó en el marco rector de la organización y funcionamiento de los servicios y estableció los lineamientos para su integración en una red de servicios de primero y segundo nivel de atención en un ámbito geográfico poblacional bien definido; en él se incorporan las experiencias en el desarrollo de los servicios de salud en los estados y los resultados del análisis de la organización y funcionamiento de las unidades operativas, sin embargo debido a algunos de los obstáculos que enfrenta el sistema de salud, relacionados con el uso racional de los recursos, el impacto no ha sido el esperado, estos han sido: el dispendio y la duplicación que coexisten con la carencia, la aplicación deficiente y, finalmente, la insuficiencia, que impiden atender las múltiples y crecientes necesidades de salud, influyendo en la calidad, equidad y eficiencia del sistema.

Actualmente el MASP opera en el estado de San Luis Potosí, sin embargo existe gran heterogeneidad en su implementación, originada por una diversidad de características físicas en infraestructura, equipo y mobiliario, recursos humanos y población de responsabilidad asignada, lo que ha dificultado su organización y control, proporcionando una pobre capacidad de respuesta sin el impacto esperado. Algunas limitaciones y problemas ocasionados a nivel estatal son: inequidad y falta de calidad en la atención; privilegio a la atención médica individualizada y curativa, esquemas centralizados y verticales; no ha impactado más allá de la atención ambulatoria, dejando fuera de su alcance el nivel hospitalario, así como a otras instituciones de salud; el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención y el sistema de logística de insumos han sido deficitarios.

La adecuación del modelo a las transiciones demográfica, epidemiológica, social y económica de las diferentes regiones del Estado de San Luis Potosí; la realidad financiera y técnica vigente; la tendencia a buscar mayor eficiencia, considerando aspectos de equidad, acceso universal y contención de costos con altos niveles de calidad; son parte de la reforma a los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada propuesta en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 que plantea avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) cuya implementación ofrece tanto oportunidades como limitantes, pretende retomar los éxitos de cobertura alcanzados, restablecer la continuidad de la atención y lograr un uso más eficiente y racional de los recursos para la salud.

Para garantizar tanto el éxito como el logro de los resultados y el impacto esperado de un nuevo programa, es necesario tener en cuenta previo a la programación, el estudio de la factibilidad que permite conocer sus potenciales limitaciones y se constituye en el marco de referencia para el diseño del plan detallado para la ejecución.

El estudio de factibilidad facilita el cumplimiento de las metas y objetivos, proporciona las bases para una organización efectiva y una utilización eficiente de los recursos existentes y permite conocer los recursos adicionales necesarios; la contabilización previa ayuda a calcular de antemano los servicios que podrán prestarse y al conocer las necesidades se podrá estimar el porcentaje de logro según productividad de actividades por recurso. La confrontación entre objetivos y recursos permitirá la asignación racional y el establecimiento inequívoco de las metas a cumplir.

El programa propuesto debe relacionarse con la población blanco (factibilidad de mercado), el tamaño, el proceso de producción de bienes o servicios, la tecnología, la localización y la infraestructura física (factibilidad técnica), la capacidad administrativa de la organización (factibilidad administrativa), la aceptación política de autoridades y grupos de presión (factibilidad política) y de la población beneficiada (factibilidad social), el marco jurídico (factibilidad legal), la disponibilidad y suficiencia de recursos (factibilidad financiera) y el impacto global (factibilidad económica).

El estudio de factibilidad técnica determina la existencia de los elementos técnicos necesarios para lograr los objetivos del programa, tales como recursos humanos, instalaciones físicas, equipo y material y establece la necesidad de optimizar la utilización de los recursos disponibles, contempla la población que será beneficiada con el programa, constituyendo a partir de ella los objetivos y en esa medida la capacidad de respuesta requerida de acuerdo con el recurso. Este estudio que antecede a la Programación se considera necesario para instrumentar la ejecución, realizar, operar y producir, retroalimentar los objetivos, replantear los planes, medir las metas, establecer nuevas estrategias y señalar nuevos programas.

Dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006 al igual que en la versión preliminar del MIDAS se establece un sistema de evaluación para el ajuste permanente de políticas y programas de salud, sin embargo, actualmente existen disponibles en los medios pocos estudios de factibilidad en este ámbito, por lo que con el presente se pretende evaluar la factibilidad en la implementación del Modelo en las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. I de San Luis Potosí, partiendo de la situación actual de los recursos y la posibilidad de lograr los objetivos, determinar las necesidades para lograr al máximo las metas del nuevo modelo, lo cual permitirá favorecer las condiciones óptimas antes de su implementación, es decir realizar los ajustes necesarios para obtener el éxito.

Este estudio permite responder la pregunta de investigación ¿Cuál es la factibilidad técnica de implementar el MIDAS con éxito en la Jurisdicción Sanitaria No. I, en el año 2004?

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 LA REFORMA A LOS SISTEMAS DE SALUD

La gran oleada de reformas a los sistemas de salud en América Latina se ha dado desde la década de los 90's, aún a pesar de que las condiciones económicas, sociales y políticas en que se han tenido que desarrollar no hayan sido las ideales. Las estrategias para lograrlas son variadas; tal vez la más importante de todas en materia de redefinición institucional sea la descentralización. Este proceso ha sido enfocado para que las estructuras de los servicios públicos de salud puedan reorientar sus mecanismos de financiamiento y operación y así lograr ampliar la cobertura de servicios a las poblaciones más marginadas. Otra gran estrategia ha sido la redefinición de los esquemas de financiamiento del sistema en su conjunto que en general ha fomentado la participación del sector privado en la provisión de servicios a algunos sectores de la población; la implementación de estas estrategias ha permitido la expansión de la cobertura, el mejoramiento de la equidad en la distribución de los recursos, el aumento de la eficiencia en el uso de dichos recursos, el garantizar niveles de calidad y una mayor participación de la población en la definición de prioridades.

La reforma de la salud en México

Como una lente de aumento, la salud refleja, y también magnifica, los cambios que México experimenta en todos los órdenes. La salud está ligada al destino general de la nación. A medida que el país se transforma, el sistema de salud debe hacerlo también.

El avance económico, el bienestar social y la estabilidad política dependen de la buena salud. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que atienda a las legítimas aspiraciones de toda la población.

En el año 1995 el Centro de Economía y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud proporcionó 30 recomendaciones para organizar mejor el Sistema Nacional de Salud. Esa aportación fue concurrente con otras propuestas que se hicieron dentro del ámbito gubernamental y que llevaron durante el sexenio de 1994-2000 a procesos de reforma del Sistema Nacional de Salud.¹

La etapa de Reforma que inició en 1995 y comprendió tanto el ámbito de la SSA como del IMSS propuso básicamente reorganizar el sistema por funciones. Desde esta perspectiva, la SSA tendría a su cargo la coordinación, el monitoreo y la regulación del sistema (incluyendo la regulación de la seguridad social y las instituciones privadas). Por su parte, las agencias de seguridad social y los aseguradores privados se encargarían del financiamiento de las actividades de atención a la salud. Finalmente, una multiplicidad de prestadores públicos y privados serían los responsables de la prestación de los servicios personales de salud.²

Dentro de las reformas de la SSA destacan: la culminación del proceso de descentralización a todas las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada, en la cual los servicios de salud de los estados asumen las funciones de la SSA y posteriormente la fusión con otras instituciones descentralizadas que actualmente se encargan de atención a población no asegurada, como el DIF y el IMSS-Solidaridad; la formulación de un paquete básico con 13 intervenciones costo efectivas destinado a la población rural dispersa; la certificación de hospitales y de escuelas de medicina; la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la regulación de las instituciones de seguros especializadas en salud.¹

A pesar de los avances que se han dado en materia de salud en el último medio siglo, persisten tres grandes retos a superar: la equidad, la calidad y la protección financiera. El reto de la equidad obedece al rápido cambio de los perfiles de salud

que se han dado con la prevención epidemiológica y al hecho de que esta transición se ha dado con enorme desigualdad entre las distintas regiones del país y entre los distintos grupos sociales. Se suma ahora un reto fundamental de calidad que tiene que ver con el desempeño heterogéneo y con el trato a la población.³ La protección financiera estriba en la inseguridad y el riesgo de experimentar gastos catastróficos al atender a la salud. Estos tres retos tienen un determinante común que es la inversión insuficiente que, en forma histórica, se ha realizado en materia de salud en nuestro país, lo cual ha conducido una serie de rezagos crónicos.

2.2 MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA SALUD (MIDAS)

2.2.1 Antecedentes

La Secretaría de Salud responsable, entre otros, del cuidado de la salud y atención médica de la población abierta, asume los retos que representarán la ampliación de la cobertura, la prestación de servicios y la distribución equitativa de los beneficios del desarrollo hacia los grupos más vulnerables.

Desde sus orígenes, el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA) pretendía generar una estructura en el sistema de salud que dentro de la diversidad político-geográfica del país, garantizara una cohesión de los servicios dando igualdad a las condiciones de atención de la población sin servicios de seguridad social en las diferentes entidades federativas. Sin embargo, al transcurrir los años, tanto debido a los programas de origen federal, como a las propias circunscripciones estatales y municipales, se fueron generando traslapes e inequidades que han producido, como consecuencia, una situación que hace necesaria una revisión de las características del modelo actual para proponer un modelo innovador que responda a las nuevas exigencias.

En efecto, se requiere una nueva arquitectura de servicios y organizacional cuyo andamiaje responda a la dinámica actual, tanto política como demográfica y epidemiológica en el marco de un federalismo fortalecido, cooperativo, que en materia de salud comparta una visión y una misión común y en donde las estrategias prioritarias de orden nacional sean consensuadas y homogeneizadas para potenciar su efecto y así lograr una mayor equidad y eficiencia.

En 1987 la SSA llevó a cabo una reunión sobre el fortalecimiento de las jurisdicciones, ahí se puso de manifiesto que éstas tenían serias limitaciones de personal, recursos materiales, normas y procedimientos de trabajo, recursos financieros y capacidad resolutoria y, sobre todo, su organización y funciones tenían una heterogeneidad inexplicable y poco conveniente para cumplir con las metas de salud nacionales. Esta situación se hizo más evidente aún con los resultados del diagnóstico situacional realizado en 1988 en las jurisdicciones sanitarias de las 14 entidades descentralizadas.⁴

El sistema de salud deberá estar orientado hacia las necesidades principales de salud de toda la gente, en cuanto lo permiten los recursos disponibles y no sólo de ciertos grupos de población. Este enfoque fue adoptado por numerosos países como parte de la estrategia para lograr "salud para todos en el año 2000", a través de la atención primaria de salud.

En 1985, mediante la reforma del MASPA se incorporan las experiencias en el desarrollo de los servicios de Salud en el Estado y los resultados del análisis de la organización y funcionamiento de las unidades operativas. Se basa en la adopción de la estrategia de Atención Primaria de la Salud e incluye como elementos fundamentales para la organización y prestación de los servicios: la coordinación interinstitucional e intersectorial, la atención a la salud familiar, la participación activa de la comunidad y la interrelación de los recursos institucionales y comunitarios.⁵

Con el firme propósito de fortalecer el modelo de atención actualmente establecido en los Servicios de Salud en San Luis Potosí y reconociendo que el primer paso del proceso de resolución de problemas es aceptar que estos existen y el segundo es tratar de caracterizar la magnitud de los mismos, se analizó a nivel jurisdiccional el diagnóstico de salud de los municipios con el fin de contar con un punto de partida para mejorar el desempeño de la estructura actual de la Jurisdicción Sanitaria, detectándose problemas tales como: Falta de actualización del expediente laboral de los recursos humanos, falta de conocimiento de la cobertura real de servicios, baja capacitación en materia administrativa de los cuerpos de gobierno de las unidades técnico-administrativas, falta de concientización y aceptación del funcionamiento del modelo de atención.

Algunos de los éxitos del actual Modelo a nivel federal han sido:

- Es un primer esfuerzo organizacional de la infraestructura en salud para la población no asegurada.
- Ampliación de cobertura geográfica a prácticamente todo el país.
- Consolidación del sistema de vigilancia epidemiológica y de registros nominales a nivel sectorial.
- Se constituyó como un instrumento fundamental para el proceso de descentralización de los servicios de salud.
- Determinó la competencia en materia de salubridad local a los servicios estatales de salud y a las jurisdicciones sanitarias.
- Inició la adecuación de las instalaciones, insumos y personal a los determinantes demográficos, geográficos y epidemiológicos de la localidad y de la jurisdicción.
- Ha favorecido la conformación de un paquete básico de servicios de salud.
- Las 31 entidades federativas y el Distrito Federal han formulado sus modelos estatales de atención para la población no asegurada.

Algunas limitaciones y problemas a nivel federal son:

- El MASPA pretendía generar una estructura del sistema de salud que garantizara

una cohesión de los servicios, dando igualdad a las condiciones de atención de la población sin seguridad social; al transcurrir los años, se han generado traslapes, inequidades y falta de calidad en la atención.

- El funcionamiento actual es segmentado, privilegia la atención médica individualizada y curativa y se ha desarrollado bajo esquemas centrales y verticales.
- El MASPA no ha impactado más allá de la Atención Primaria, y dejó fuera de su alcance el nivel hospitalario, así como a otras instituciones de salud.
- El sistema de Referencia y Contrarreferencia entre niveles de atención ha tenido un funcionamiento deficiente lo que ha ocasionado que se brinden servicios de salud de primer nivel en el segundo y tercer nivel de atención.
- El sistema de logística de insumos continua siendo deficitario.
- Los procesos formales de seguimiento y evaluación han sido insuficientes.
- Aplicación heterogénea, por insuficiente difusión y capacitación.

En el caso de los Servicios Estatales de San Luis Potosí, el MASPA se implementó, pero no logró consolidarse. En la atención que se brinda actualmente en las unidades médicas, persiste el enfoque tradicional, es decir curativo, individual y episódico lo cual ha impedido que sus acciones logren un mayor impacto para elevar el nivel de salud de la población bajo su responsabilidad.

2.2.2 Generalidades

La presente administración Federal propone la adopción de un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), que retome los éxitos de cobertura alcanzados pero que innovadoramente restablezca la continuidad de la atención, basada en compromisos y tendiente a un uso más eficiente y racional de los recursos para la salud.

Alcanzar una mayor equidad en las condiciones de salud, mejorar la calidad de sus servicios y dotar de protección financiera a la mayoría de la población son los

principales desafíos del sistema de salud mexicano al comenzar el siglo XXI. La dinámica demográfica y los cambios sociales, los retos económicos y los logros políticos, los avances científicos y tecnológicos y la influencia de la comunidad internacional, exigen de los servicios de salud un gran esfuerzo.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006, busca mejorar los niveles de bienestar de los mexicanos, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social, por lo que plantea como objetivos los siguientes:

- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
- Abatir las desigualdades en salud.
- Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

El Programa Nacional de Salud establece cinco estrategias sustantivas que se ligan a los retos de equidad, calidad y protección financiera. El gran objetivo es fortalecer el sistema y mejorar las condiciones de salud, con equidad, calidad y eficiencia. Como parte de la solución, estas estrategias implican además revisar la capacidad del sistema para aplicarlas:

- Construir un federalismo cooperativo en materia de salud.
- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud.
- Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud.
- Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.
- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Cualquier modelo nuevo que se defina tendrá ventajas pero también seguramente arrojará sus inconvenientes; la idea es buscar aquel modelo sustituto que supere en ventajas al anterior (acceso, calidad, equidad, eficiencia), logre que las desventajas sean menores (inaccesibilidad, baja calidad, inequidad, ineficiencia) y dentro de una realidad financiera establezca mecanismos de contención de costos pero también de incrementos presupuestales, sobre todo con el fin de lograr ajustes en los rezagos, pero que a largo plazo deben ser concordantes con el crecimiento económico del país.

2.2.3 Versión Preliminar

La versión preliminar del Modelo en el marco de la visión de la SSA para el año 2025 establece que se trata de un modelo comunitario de atención integral, basado en compromisos, orientado al usuario y articulador del cuidado profesional con el autocuidado. Para su implantación se considera la participación interinstitucional, buscando consensos con los responsables de la operación de los servicios y haciéndolo adaptable a los perfiles demográficos, sociales, económicos y epidemiológicos de las entidades federativas, incluye además una activa participación social que se integre a los esfuerzos gubernamentales.⁵

Las líneas de acción que se presentan se dividen en dos grupos: las dirigidas a reorganizar los espacios y las destinadas a articular la prestación de los servicios.

Dentro de las primeras se encuentran:

- Promover la autonomía de gestión hospitalaria y la gestión por contrato.
- Crear mecanismos de compensación entre el gobierno federal y las entidades federativas.
- Optimizar la capacidad instalada.

Las destinadas a articular la prestación de los servicios, incluyen:

- Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario.
- Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención.
- Crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud.

Para el diseño del MIDAS deberán ser consideradas en el análisis: la población, la integración de recursos, la medición del desempeño, el diseño organizacional, las políticas públicas en salud y la regulación para la rectoría del modelo por parte de la SSA a nivel federal, los aspectos jurídicos, el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 y el MIDAS. Para finales del 2003 algunos estados habrán implementado el Modelo, para el 2004 se estima que podría generalizarse en todo el país para buscar su consolidación durante 2005 y 2006.

Las metas para el 2006 son: implantar un modelo que funcione de manera integrada en al menos 15 entidades, atención familiar basada en estrategias de participación comunitaria, atención médica preventiva fortalecida, Modelo descentralizado en todas las entidades, separación de funciones de Regulación, Financiamiento y Prestación de servicios de salud en al menos 15 Estados de la República.⁵

El MIDAS considera el esquema de evaluación planteado en el Programa Nacional de Salud que enfatizará en los resultados, tendrá carácter comparativo y será utilizado para el ajuste de las políticas y programas.

Este esquema incluye dos tipos de indicadores:

- Indicadores agregados para medir el impacto del sistema en las condiciones de salud de la población, la calidad de los servicios y el grado de protección financiera con la que cuentan los ciudadanos.
- Indicadores de metas intermedias, procesos y recursos para medir el desempeño de los programas y servicios.⁵

2.3 ESTUDIOS DE FACTIBILIDAD TECNICA

Los productos del proceso de programación son los programas. Un programa es una unidad financiera y administrativa en la que se agrupan diversas actividades con un cierto grado de homogeneidad respecto al resultado final y a la cual se le

asignan recursos humanos, financieros y materiales con el propósito de que produzcan y/o presten servicios destinados al cumplimiento total o parcial de los objetivos señalados dentro del marco de la planeación estratégica y de desarrollo.

Así pues, la planeación de programas incluye:

- Diagnóstico de la situación.
- Establecimiento de objetivos y formulación de metas.
- Determinación de límites.
- Identificación de actividades.
- Estimación y asignación de recursos.
- Definición de métodos y procedimientos; funciones y responsabilidades.
- Sistema de control.
- Sistema de evaluación.

Como parte del diagnóstico de la situación se propone dar prioridad a problemas u oportunidades de acuerdo a variables políticas, técnicas y operativas, dentro de estas últimas se contemplan los requerimientos y la disponibilidad de recursos.

Para garantizar tanto el éxito como el logro de los resultados y el impacto esperado de un nuevo programa, es necesario tener en cuenta la factibilidad, ésta permite además conocer sus potenciales limitaciones y se constituye en el marco de referencia para el diseño del plan detallado para la ejecución.

El programa propuesto debe relacionarse con la población blanco (factibilidad de mercado), el tamaño, el proceso de producción de bienes o servicios, la tecnología, la localización y la infraestructura física (factibilidad técnica), la capacidad administrativa de la organización (factibilidad administrativa), la aceptación política de autoridades y grupos de presión (factibilidad política) y de la población beneficiada (factibilidad social), el marco jurídico (factibilidad legal), la disponibilidad y suficiencia de recursos (factibilidad financiera) y el impacto global (factibilidad económica).

2.3.1 Conceptos

EVALUACIÓN DE LA FACTIBILIDAD: Es la indagación y emisión de juicios sobre la posibilidad del Modelo para alcanzar sus objetivos.

EVALUACIÓN DE LA FACTIBILIDAD TÉCNICA: Tiene como propósito central determinar la existencia de los elementos técnicos necesarios para la producción de lo propuesto por el Modelo, tales como: equipo, instalaciones, materias primas y personal.

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD: Se define como el cuidadoso análisis de los detalles científicos y mecánicos de un nuevo producto o servicio propuesto, acompañado de un examen de los ingresos esperados, de la inversión necesaria y de los costos de operación, para ver si el plan tiene posibilidades de éxito. Tiene como finalidad el realizar una investigación formal que permita conocer el potencial real dando como resultado el considerarlo o no viable de realizar. Para instrumentar la ejecución, ejecutar, operar y producir; completar un análisis del proceso para poder retroalimentar a los propios objetivos, replantear los planes, medir las metas, establecer nuevas estrategias y señalar nuevos programas.

2.3.2 Procedimiento de elaboración del análisis técnico

El estudio de factibilidad técnica deberá incluir lo siguiente:

- a) Descripción del Modelo y los Programas.
- b) Estudio de la disponibilidad de instalaciones y materiales.
- c) Necesidades de recursos humanos, físicos y materiales.
- d) Requerimiento de personal de salud.

El primer componente requiere “el desglose pormenorizado de las actividades, acciones y tareas, cuyo desarrollo conducirá al cumplimiento de los objetivos y metas”.

2.4 RECURSOS PARA LA SALUD

Actualmente diversos países del orbe, desarrollados y en desarrollo, están inmersos en una intensa corriente caracterizada por un cuestionamiento de las formas vigentes de los sistemas de salud, con la preocupación de cómo organizar mejor y distribuir los siempre limitados recursos a fin de que se apliquen en forma más equitativa para alcanzar más altos niveles de salud, es evidente que la escasez de recursos humanos, económicos y de infraestructura impiden que los servicios puedan satisfacer todas las necesidades de la población de tal manera que no se brindan de manera equitativa.⁶

En todo país la insuficiencia de recursos para la salud surge del estudio de factores como las necesidades insatisfechas, la riqueza disponible y la importancia que la sociedad le confiere a este rubro del bienestar. El estudio del peso de la enfermedad en México – sobre todo el de las enfermedades prevenibles – manifiesta una insuficiencia de recursos particularmente en las regiones menos desarrolladas. La falta de cobertura, la insatisfacción y la frustración que produce la red de servicios de salud apuntan también en ese sentido. Por otra parte, la ineficiencia habla de un desperdicio de recursos y servicios, en tanto que la inequidad revela que la redistribución podría contribuir a la suficiencia.⁶

Entre los obstáculos que enfrenta actualmente el Sistema Nacional de Salud y que deben superarse para garantizar una atención justa y adecuada que promueva el bienestar social y la productividad de la fuerza laboral, se encuentran la ineficiencia que supone el dispendio de recursos así como la canalización del esfuerzo hacia la solución de problemas de baja prioridad o escaso beneficio. Por su parte, la calidad inadecuada de los servicios es resultado de una aplicación deficiente de la tecnología médica, que produce efectos no deseados e impide la obtención del mayor provecho. Como fenómeno económico, la inflación repercute

incrementando más los costos de los insumos y servicios para la salud que otros satisfactorios. Al incidir sobre los recursos para la atención, encarece especialmente los de mayor necesidad. Finalmente, la insuficiencia de recursos impide atender las múltiples y crecientes necesidades de salud de los mexicanos.

Frenk,⁷ define el desempeño del sistema de salud como el logro de los objetivos propuestos en relación con los recursos. Sabemos que en salud hay muchos otros determinantes de la mejoría de la salud y estos, junto con los recursos disponibles, se deben tomar en cuenta para evaluar el desempeño.

Los cambios que vive el país hablan en favor de un incremento de los recursos disponibles para la salud. Si bien la redistribución y la búsqueda de mayor eficiencia pueden ocupar un lugar relevante para aumentar la cobertura y combatir la insuficiencia, los reclamos de seguridad, satisfacción y equidad, indican la necesidad de movilizar nuevas fuentes financieras.

2.4.1 Recursos humanos

Los Recursos Humanos para la Salud constituyen la piedra angular de todo sistema de salud y se refieren a todos los que contribuyen a alcanzar los objetivos del mismo, tengan o no adiestramiento formal relacionado con la salud y trabajen o no en el sector organizado de la salud. Su desarrollo se efectúa mediante tres procesos interconectados de formulación y planificación de políticas, educación y adiestramiento y gestión.

En la planificación y formulación de políticas, por ejemplo, habrá que tomar decisiones en la composición óptima del personal requerido para los diversos niveles del sistema de atención de salud, o sobre las normas para dotar de personal a los establecimientos sanitarios. Los recursos humanos deben contemplarse como un medio para mejorar la salud y no como algo separado. La estimación de recursos humanos se refiere básicamente a desarrollar y hacer

funcionar el modelo a través de la aplicación del sistema de identificación del tipo de personal idóneo y la definición del número de personas de acuerdo a los perfiles requeridos (competencia técnica).

2.4.2 Recursos físicos

La Infraestructura Física en Salud existente debe garantizar la confiabilidad y continuidad de su operación y servicios. Su planeación y desarrollo debe basarse en criterios, métodos y tecnologías actualizadas, acordes con la evolución de los procesos técnico-médicos, en los ámbitos nacional e internacional, debe considerar integralmente el estado y la capacidad de la infraestructura en operación, las tendencias de las demandas poblacionales, su morbilidad y mortalidad, la optimización de espacios, el adecuado equipamiento y suministro oportuno, así como el que las obras que se ejecuten entren en operación dentro de los plazos y costos programados.

Por otro lado, es necesario revisar, actualizar y, en su caso, desarrollar la normatividad que permita coadyuvar al mejoramiento de la calidad de los servicios y la optimización de las acciones tendientes a la preservación y desarrollo armónico y sustentable de la Infraestructura Física del Sector salud.

Lo anterior, a fin de integrar todos los elementos que con base en la capacidad instalada, la demanda de los servicios y los recursos disponibles, se sumen a los esfuerzos emprendidos en el país para el desarrollo del sistema de salud.

2.4.3 Recursos materiales

Se refiere a los apoyos materiales necesarios que requiere el Modelo para su implementación, entre los que se consideran equipo, mobiliario, instrumental, cuadro básico esencial de medicamentos y biológicos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la factibilidad técnica para la implementación del MIDAS en las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. I de San Luis Potosí, durante el primer semestre del año 2003.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Determinar la disponibilidad de recursos técnicos y de personal en unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. I.

3.2.2 Determinar la capacidad de respuesta de las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. I, en el año 2003.

3.2.3 Dimensionar las metas del nuevo modelo en relación con la población de cada una de las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. I.

3.2.4 Comparar necesidades contra recursos existentes en unidades de la Jurisdicción Sanitaria No. I.

3.2.5 Determinar las necesidades de recursos para la implementación del nuevo modelo, en unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. I, en el año 2003.

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo Cuantitativo Descriptivo, Retrospectivo y Transversal.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se efectuó en las Unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. I dependiente de los Servicios de Salud en el estado de San Luis Potosí, la cual se encuentra localizada en la zona Centro - Oeste del Estado, y cuya área geográfica de responsabilidad se limita a los municipios de San Luis Potosí y Soledad de Graciano Sánchez Romo.

Esta Jurisdicción presta servicios de salud a través de 19 unidades ó Centros de Salud de primer nivel de atención y 1 Brigada Médica Móvil (BMM), las primeras a su vez se componen de Núcleos Básicos de Servicios de Salud (NBSS), para el estudio se contemplaron los 19 Centros de Salud y los 51 núcleos que los conforman. A pesar de ser considerada una Jurisdicción predominantemente urbana el 31.5% de las unidades de salud se encuentran ubicadas en un área en transición rural urbano: Arroyos, La Pila, Santa Rita, Villa de Pozos, Escalerillas y Bocas.

4.3 UNIVERSO

Debido a la gran heterogeneidad entre las Unidades de salud y entre los NBSS, se estudió el total del universo, con el fin de lograr la máxima precisión en los resultados.

4.4. VARIABLES (Anexo 1).

Las variables de estudio fueron:

Población. Conjunto de habitantes o personas residentes en una región, a las cuales se dirigen los servicios de atención de las unidades. Para este estudio se definen tres tipos de población:

- Población de responsabilidad: la establecida en el Esquema de Regionalización operativa (ERO) para cada unidad de salud.
- Población según pirámide: corresponde al total poblacional, clasificado por grupos de edad, establecido según el actual modelo en los servicios de salud en la pirámide de población por NBSS.
- Población grupo blanco: Conjunto de los individuos de una misma categoría o grupo de edad dentro de la pirámide de población, por ejemplo: grupo de menores de 1 año, mujeres en edad fértil (de 12 a 49), mujeres del grupo de 25 a 64 años.

Recursos. Se refiere a los medios a través de los cuales se proporciona atención a los usuarios, para este estudio se contemplan cuatro tipos de recursos: nuclear, humanos, físicos y materiales.

- Recurso nuclear: Se refiere a la existencia y funcionalidad de un núcleo básico por 3000 habitantes.
- Recursos humanos: Se refiere al personal operativo involucrado en atención directa al usuario de los servicios proporcionados por el NBSS dentro de la unidad de salud, para este estudio, se contempla: médico, enfermera de campo, enfermera de clínica y promotor en salud.
- Recursos físicos: El área física o cubículo de una unidad de salud que cuenta con las instalaciones y el equipo necesario para que personal médico y/o de enfermería brinde atención de salud a pacientes ambulatorios.

- Recursos materiales: Se refiere a los apoyos materiales necesarios que requiere el NBSS para su desempeño, entre los que se consideran equipo, mobiliario, instrumental, cuadro básico esencial de medicamentos y biológicos.

Capacidad de respuesta. Es el cumplimiento de las actividades programadas para dar respuesta a las necesidades de la población con los recursos humanos físicos y materiales disponibles en cada uno de los programas existentes. Se medirá con base en indicadores ya establecidos.

Metas. Es la comparación de los logros en cada programa a partir de estándares ya establecidos, las metas se establecen con base en una población bien definida.

4.5 INSTRUMENTOS

Se describen a continuación los dos instrumentos para la recolección de los datos, que fueron diseñados por la investigadora, cuya validez de criterio establece la relación que existe entre los resultados de los indicadores seleccionados creados a partir de los ítems o datos en los instrumentos con el criterio de factibilidad. El instrumento predice los resultados y determina el criterio de factibilidad. Ambos instrumentos se construyeron una vez especificadas y definidas las variables, determinando a partir de la operacionalización, las preguntas o ítems a incluir en éstos.

Ambos instrumentos incluyen datos de identificación: Nombre y Clave de la Unidad, Fecha de llenado, No. de NBSS en el instrumento 1 y Periodo evaluado en el Instrumento 2.

INSTRUMENTO No. 1.- CUESTIONARIO DIRIGIDO A PERSONAL DEL NBSS (Anexo 2) Y ANEXO: LISTA DE VERIFICACIÓN (Anexo 3). Dirigido a prestadores de servicios de salud del NBSS.

Permitió la obtención de información acerca de la variable recursos humanos; se incluyó como anexo una lista de verificación que proporciona datos sobre la existencia y/o funcionalidad de los recursos físicos y materiales, con el fin de guiar la verificación del equipo y mobiliario por parte del recurso humano que respondió el cuestionario. El tiempo promedio para la recolección de este instrumento fue de 45 minutos.

INSTRUMENTO No. 2. FORMULARIO PARA EVALUAR CAPACIDAD DE RESPUESTA. (Anexo 4).

Incluye información obtenida de las siguientes fuentes: Esquema de Regionalización Operativa (ERO), Sistema de Información para Población Abierta (SISPA), Programa de vacunación (PROVAC), Base de datos de la Cruzada Nacional por la Calidad, Diagnóstico de la Unidad de Salud e Informe mensual de NBSS. El tiempo promedio en el cual se recolectó esta información fue de 3 horas por unidad de salud.

4.6 PROCEDIMIENTOS

El primer paso en los procedimientos de esta investigación fue la autorización escrita por la Dirección General de los Servicios de Salud en el estado de San Luis Potosí y la Jefatura de la Jurisdicción Sanitaria No. I.

Los pasos para la recolección se llevaron a cabo de la manera siguiente:

- Presentación con autoridades jurisdiccionales.
- Levantamiento del Instrumento No. 2 en la Jurisdicción.
- Traslado y presentación en cada una de las unidades de salud siguiendo un cronograma de visitas.

- Identificación de los recursos humanos de NBSS, para autoaplicación de Instrumento No. 1 con la presencia de la investigadora para la resolución de dudas.
- Revisión de información recolectada en los instrumentos para verificar llenado en forma completa, no faltantes de hojas, corrección de inconsistencias y letra legible.
- Organización de la información recolectada.
- Captura en base de datos creada en el programa SPSS.

4.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y MEDIDAS ESTADÍSTICAS

Para la captura y el procesamiento de los datos se utilizó el paquete computacional SPSS y el programa Excel, en ambos se crearon 3 bases de datos; en SPSS se capturó la información directamente de los instrumentos, esta captura se realizó en cada una de las bases, la primera por recurso humano, la segunda por núcleo básico y la tercera por unidad de salud, luego se realizó el análisis estadístico de los datos. Las bases de datos creadas en Excel, facilitaron la creación de los indicadores a través de fórmulas.

Para el análisis de los datos se aplicó estadística descriptiva.

Para determinar la factibilidad en la implementación del Modelo se aplicaron 21 indicadores, 11 para evaluar la disponibilidad de recursos y 10 para evaluar la capacidad de respuesta, establecidos en la fase de operacionalización. Cada uno de ellos se ponderó a partir de un estándar con los criterios de: Cumple, cumple parcialmente, no cumple y no aplica en el caso de que así se encontrara en algunas unidades o núcleos básicos. Para cada criterio la puntuación fue de 0,1, 2 y 3 puntos.

A partir de la información recolectada, se obtuvieron resultados de los indicadores por núcleo básico o por unidad de salud, según correspondiera; se comparó con el estándar ya establecido y se asignó el criterio así como el valor correspondiente,

para los indicadores que no aplicaban en ciertas unidades o núcleos, se les asignó el máximo valor. Finalmente se sumaron los puntos según la variable (recursos y capacidad de respuesta), colocándolos en la categoría correspondiente al total de puntos sumados (cuando el resultado del indicador aplicaba sólo por unidad de salud se generalizó el resultado hacia los núcleos básicos, no así cuando el resultado obtenido era exclusivo del núcleo).

Los criterios para determinar la factibilidad se ponderaron de la siguiente manera:

- Factible: Cuando se obtuvo una puntuación de 28 a 33 puntos en disponibilidad de recursos y 25 a 30 en la capacidad de respuesta.
- Medianamente factible: Cuando los puntos obtenidos fueron de 22 a 27 en la disponibilidad de recursos y 19 a 24 puntos en la capacidad de respuesta.
- No factible: Cuando se obtuvieron 21 puntos o menos en la disponibilidad de recursos y 18 o menos en la capacidad de respuesta.

4.8 PRUEBA PILOTO

Con la finalidad de evaluar el diseño metodológico, los instrumentos de recolección, la disponibilidad de los datos, estimar el tiempo necesario para la recolección definitiva de los mismos, ajustar técnicamente el protocolo, encontrar fallas metodológicas, técnicas o instrumentales, se efectuó la prueba piloto durante el mes de junio del año 2003 en 2 unidades de salud: Las Piedras y Villa de Pozos con un total de 5 NBSS (10% del universo), esto permitió avanzar en el proceso definitivo de recolección y no alteró de ninguna manera los resultados de la investigación.

Las principales modificaciones según los resultados de esta prueba piloto se efectuaron a la operacionalización de variables, los instrumentos de recolección de la información, el cronograma y el presupuesto.

En cuanto a la operacionalización de variables, se eliminaron 5 indicadores, debido a que la información requerida no se encontró disponible, lo que implicó un cambio en la ponderación de factibilidad.

Respecto a los instrumentos, se omitieron preguntas abiertas en el instrumento No. 1 "Cuestionario dirigido a personal del NBSS", asimismo se modificó la estructura de la Lista de verificación con el fin de organizar la información para facilitar la captura y el procesamiento de los datos; en el instrumento 2 "Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta" se omitieron ítems por ser información innecesaria y se amplió a 3 hrs. el tiempo programado para la recolección de este instrumento.

Se modificaron los procedimientos establecidos en el proyecto, fue necesario ampliar el tiempo para la recolección de información debido a limitantes encontradas en la obtención de la misma, por lo tanto los tiempos programados para realizar el procesamiento, análisis de datos y presentar el informe final, también se modificaron, ocasionando un incremento en el presupuesto. Por otro lado, se crearon 3 bases de datos en Excel, con el fin de facilitar la aplicación de fórmulas y la realización de cuadros y gráficos; de igual manera se crearon 3 bases de datos en SPSS, una para cada instrumento y para el anexo.

4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente Investigación, según lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, se encuentra entre las que contribuyen al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o emplean para la prestación de servicios de salud (Título 1º. Artículo 3º.)

Para la ejecución de la Investigación en la Jurisdicción Sanitaria No. I, se contó con la autorización de la Dirección General de los Servicios de Salud en el Estado, así como del Jefe de la Jurisdicción.

Al término de la ejecución de la misma, la investigadora presentará a la Comisión de Investigación de la Institución un informe técnico, según lo establece el Reglamento antes mencionado en su Artículo 119 del Título sexto. Los resultados podrán publicarse por otros medios, respetando la confidencialidad de la información y entregando una copia de estas publicaciones a la Dirección de la Institución.

El uso de la información obtenida será meramente académico, con el objeto de dar a conocer a los interesados la situación actual, proponer estrategias para favorecer la equidad y mejorar las condiciones actuales en cuanto a recursos para el éxito en la implementación del Modelo.

5. RESULTADOS

Las variables estudiadas para determinar la factibilidad en la implementación del MIDAS en las 19 Unidades de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 fueron: Población, Recursos, Capacidad de respuesta y Metas.

5.1 Población

Las unidades de salud estudiadas muestran una población de responsabilidad mínima de 2 350 y máxima de 89 715 habitantes, con un promedio de 21 321. El 78.9% de las unidades presentó una población igual o menor a 21 470. (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1. POBLACION DE RESPONSABILIDAD POR UNIDAD DE SALUD. JURSDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.
n=19

Unidad de Salud	Población de Responsabilidad	Porcentaje acumulado
Arroyos	2350	5.3
Bocas	4126	10.5
Villa de Pozos	5204	15.8
Santa Rita	5372	21.1
Escalerillas	6488	26.3
La Pila	7722	31.6
Club de Leones	12264	36.8
San Antonio	13656	42.1
Progreso	13797	47.4
Simón Díaz	13831	52.6
6 de Junio	14071	57.9
Saucito	16943	63.2
1º. de Mayo	18766	68.4
Las Piedras	21462	73.7
Terceras	21470	78.9
U.P.A	31046	84.2
21 de Marzo	31459	89.5
Dr. Juan H. Sánchez	75371	94.7
CIMIPO	89715	100.0
TOTAL	405113	

Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta.

5.2 Recursos

Para determinar la factibilidad según recursos se analizaron: el recurso nuclear, los recursos humanos y técnicos disponibles por unidad de salud.

El indicador disponibilidad de núcleos básicos necesarios establece la existencia de 1 NBSS por cada 3000 habitantes del área de responsabilidad; dentro de los recursos humanos se estudió el tipo de recurso (promotor en salud, médico, enfermera de clínica y enfermera de campo) y competencia técnica, considerando recurso humano completo la existencia de 1 médico, 1 enfermera de clínica y 1 enfermera de campo por NBSS; dentro de los recursos técnicos se contempló el cuadro básico esencial de medicamentos (CBEM), biológico, consultorio y equipamiento.

Respecto a los NBSS existentes por Unidad de Salud el mínimo fue 1, y el máximo 8, en promedio se encuentran 3 núcleos por Unidad.

El 25% de las unidades estudiadas presentó un déficit de más de 4 núcleos básicos. De acuerdo a la población de responsabilidad de las unidades en esta Jurisdicción, los NBSS necesarios corresponden a 135 de los cuales existía el 37.7%, es decir 1 NBSS por cada 7943 habitantes a nivel jurisdiccional (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2. NUCLEOS BASICOS DE SERVICIOS DE SALUD EXISTENTES Y NECESARIOS POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n=19

Unidad de Salud	No. de NBSS existentes	No. de NBSS necesarios	Porcentaje de cumplimiento
CIMIPO	3	30	10.0 *
U.P.A	3	10	29.0 *
Dr. Juan H. Sánchez	8	25	31.8 *
1o. de Mayo	2	6	32.0 *
21 de marzo	4	10	38.1 *
La Pila	1	3	38.9 *
Terceras	3	7	41.9 *
Las Piedras	3	7	41.9 *
6 de Junio	2	5	42.6 *
San Antonio	2	5	43.9 *
Escalerillas	1	2	46.2 *
Santa Rita	1	2	55.8 *
Villa de Pozos	1	2	57.6 *
Saucito	4	6	70.8 *
Bocas	1	1	72.7 *
Club de Leones	3	4	73.4 *
Simón Díaz	4	5	86.8 **
Progreso	4	5	87.0 **
Arroyos	1	1	100.0***
TOTAL	51	135	

Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta y Lista de Verificación.

- * No cumple
- ** Cumple parcialmente
- *** Cumple

El número de NBSS existentes es menor al número de núcleos necesarios, diferencia estadísticamente significativa dado un valor de $t=6.749$ y $p<0.001$

Con respecto al cumplimiento del indicador el porcentaje máximo fue de 100% en Arroyos, en donde se observó la existencia del recurso nuclear en un área con una población menor a la establecida en el estándar, el mínimo de cumplimiento fue 10% en el CIMIPO. Esta diferencia determina que un 84.2% de las unidades no cumple con el estándar.

El estándar del indicador disponibilidad de promotor en salud establecido es un promotor por cada 3 NBSS por unidad de salud, se observó sólo en 10 unidades de salud (52.6% del total jurisdiccional). En la Jurisdicción existe el 54.4% (6) de los promotores necesarios, de los cuales 2 se encontraron ubicados en unidades con menos de 3 NBSS. El 70% de las unidades estudiadas presentó un déficit de 1 promotor en salud; al analizar el cumplimiento del indicador, se obtuvo que el 70% no cuentan con el recurso humano promotor en salud necesario. (Cuadro 3).

Cuadro 3. DISPONIBILIDAD DE PROMOTOR EN SALUD POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCIÓN SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n=10

Unidad de Salud	No. de Promotores en salud existentes	No. de Promotores en salud necesarios	Diferencia entre los Promotores en salud existentes y necesarios
Progreso	0	1	-1 *
Saucito	0	1	-1 *
Club de Leones	0	1	-1 *
CIMIPO	0	1	-1 *
U.P.A	0	1	-1 *
21 de Marzo	0	1	-1 *
Dr. Juan H. Sánchez	1	2	-1 *
Las Piedras	1	1	0***
Terceras	1	1	0***
Simón Díaz	1	1	0***
TOTAL	4	11	-7

Fuente: Lista de verificación.

* No cumple

*** Cumple

La diferencia encontrada entre el número de promotores en salud existentes y el número de promotores en salud necesarios por Unidad es estadísticamente significativa ($t=2.449$, $p=0.037$), es decir es menor significativamente el número de los existentes a los necesarios.

El estándar del indicador disponibilidad de médico, enfermera de clínica y enfermera de campo, es 1 por NBSS y por tipo de recurso. Se encontró que el

98% del los NBSS cuentan con recurso médico. En cuanto al promedio de existencia del recurso enfermera de campo y clínica es de 0.1 por NBSS.

Los resultados muestran que el 98% de los NBSS estudiados cumplen con el estándar de 1 médico por NBSS y un 9.8% de cumplimiento en enfermería (enfermera de campo y enfermera de clínica) (Cuadro 4).

Cuadro 4. DISPONIBILIDAD DEL RECURSO MÉDICO, ENFERMERA DE CLÍNICA, ENFERMERA DE CAMPO POR NBSS Y NBSS CON RECURSO HUMANO COMPLETO. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n=51

Tipo de Recurso	Cumple		No Cumple		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Médico	50	98.0	1	2.0	51	100.0
Enfermera de Campo	5	9.8	46	90.2	51	100.0
Enfermera de Clínica	5	9.8	46	90.2	51	100.0
NBSS con Recurso Humano Completo	5	9.8	46	90.2	51	100.0

Fuente: Lista de Verificación.

El 90.2% de los NBSS estudiados no cumple con el estándar recurso humano completo, se observó que 5 NBSS cumplen con el indicador encontrándose esta situación en los núcleos 5 y 7 del Centro de Salud Juan H. Sánchez, núcleos básicos de La Pila y Villa de Pozos y NBSS 3 de CIMIPO.

Los resultados al estudiar la variable recurso humano muestran lo siguiente:

El 54.2% de los recursos humanos estudiados por NBSS cuenta con nivel licenciatura (de estos 5.6% tiene una especialidad y un 4.6% cuenta con

maestría), el 20.6% es pasante en servicio social u otro (auxiliar de enfermería, enfermera no titulada y nivel bachillerato) (Ver cuadro 5).

**Cuadro 5. NIVEL ACADÉMICO DEL RECURSO HUMANO.
JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.**

n= 107

Nivel Académico	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pasante en servicio social ú otro	22	20.6	20.6
Nivel técnico	27	25.2	45.8
Nivel licenciatura	58	54.2	100.0
Total	107	100.0	

Fuente: Cuestionario dirigido a personal de NBSS.

Respecto a la variable tipo de contratación el 67.3% es personal de base y un 1.9% personal de confianza (Ver cuadro 6).

**Cuadro 6. TIPO DE CONTRATACION DEL RECURSO HUMANO.
JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.**

n= 107

Tipo de contratación	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Becario	15	14.0	14.0
Eventual	18	16.8	30.8
Base	72	67.3	98.1
Confianza	2	1.9	100.0
Total	107	100.0	

Fuente: Cuestionario dirigido a personal de NBSS.

La antigüedad de los recursos humanos estudiados oscila desde 2 meses hasta 30 años, el 68.3% tiene 5 o más años. (Ver cuadro 7).

Cuadro 7. ANTIGÜEDAD DEL RECURSO HUMANO. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n= 107

Antigüedad	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 1 año	18	16.8	16.8
De 1 a 4 años	16	14.9	31.7
5 ó más años	73	68.3	100.0
Total	107	100.0	

Fuente: Cuestionario dirigido a personal de NBSS.

El número de capacitaciones sobre el MASPA recibidas desde el inicio del modelo en la Jurisdicción Sanitaria (1995) referidas por el personal estudiado va de 0 a 10, los resultados muestran que el 15.9% ha recibido 3 o más capacitaciones. (Ver cuadro 8).

Cuadro 8. CAPACITACIONES RECIBIDAS POR RECURSO HUMANO SOBRE EL MASPA. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n= 107

No. de capacitaciones	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	34	31.8	31.8
1 – 2	56	52.3	84.1
3 ó más	17	15.9	100.0
Total	107	100.0	

Fuente: Cuestionario dirigido a personal de NBSS.

El indicador competencia técnica del recurso humano (creado con el promedio de calificación de las variables nivel académico, tiempo de antigüedad, No. de capacitaciones y tipo de contratación), se encontró un valor máximo de 3 puntos y un mínimo por recurso humano de 1; en promedio, la puntuación obtenida es de 2.3, el 50% obtuvo una calificación mayor al 2.5, y el 11.2% cumple con el estándar del indicador.

Los resultados obtenidos por NBSS en la variable competencia técnica muestran que el puntaje mínimo obtenido fue de 1.1, con un máximo de 3 y un promedio de 2.4; se obtuvo que el 52.1% de los NBSS estudiados cumplen con el estándar (3 puntos) (ver cuadro 9).

Cuadro 9. CUMPLIMIENTO DE LA COMPETENCIA DEL RECURSO HUMANO POR NBSS. JURISDICCIÓN SANITARIA NO. I, S.L.P. 2003.

n=48

Criterio de cumplimiento	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No Cumple	8	16.7	16.7
Cumple parcialmente	15	31.2	47.9
Cumple	25	52.1	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Cuestionario dirigido a personal de NBSS.

Respecto al indicador disponibilidad de consultorio médico establecido, se obtuvo que el 100% de los núcleos estudiados cumplen con el estándar de 1 consultorio por NBSS.

Los resultados obtenidos en el indicador disponibilidad de NBSS con equipamiento completo y funcional, para el cual se estableció un estándar del 90% de existencia del equipo por NBSS, el promedio de cumplimiento fue de 85.6%, con un mínimo de cumplimiento de 48.9% y un máximo de 100%.

El mobiliario con menor porcentaje de existencia y funcionalidad en los NBSS estudiados fue la silla para el paciente (68.6%) y el archivero (51%); en mayor porcentaje de existencia fueron estetoscopio de pinard, esfigmomanómetro y bote de pedal o plástico en más del 90% de los núcleos.

Con respecto a los resultados por NBSS obtenidos al determinar el cumplimiento del estándar del indicador disponibilidad de NBSS con equipamiento completo y funcional se obtuvo que 23.5% no cumple. (Ver Cuadro 10).

Cuadro 10. CUMPLIMIENTO DE LA DISPONIBILIDAD DE NÚCLEOS BÁSICOS CON EQUIPAMIENTO COMPLETO Y FUNCIONAL. JURISDICCIÓN SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n=51

Criterio de cumplimiento	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No Cumple	12	23.5	23.5
Cumple parcialmente	16	31.4	54.9
Cumple	23	45.1	100.0
Total	51	100.0	

Fuente: Lista de Verificación.

Existe diferencia estadísticamente significativa entre los NBSS con equipamiento completo y funcional y los NBSS sin el equipamiento establecido dado un valor de $t=29.58$ y $p < 0.001$, es decir el número de núcleos que no cumplen o cumplen parcialmente con el equipamiento establecido es mayor al número de núcleos que cumplen con éste.

Al verificar la existencia de las 33 claves de medicamentos establecidas en el Cuadro Básico Esencial de Medicamentos (CBEM) se encontró en mayor porcentaje de no existencia: difenhidramina clorhidrato jarabe (100%), amoxicilina suspensión oral 500 mg. y amoxicilina cápsulas 500 mg. (89.5%); los medicamentos existentes en cantidad suficiente en un mayor porcentaje en las unidades estudiadas de acuerdo al stock fueron: bencilo emulsión dérmica 30 mg. y metoclopramida tabletas 10 mg. (94.7%), paracetamol solución oral 100 mg. y clioquinol crema 30 mg. (89.5%).

Las unidades con un mayor porcentaje de abastecimiento fueron Arroyos y Villa de Pozos, y el menor porcentaje en las Unidades 6 de Junio, Simón Díaz y 21 de Marzo (ver Cuadro 11).

Cuadro 11. ABASTO DEL CUADRO BASICO ESENCIAL DE MEDICAMENTOS POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCIÓN SANITARIA No. I, S.L.P., 2003.

n=19

Unidad de Salud	No. de Medicamentos existentes	No. de Medicamentos necesarios	1.	% de Cumplimiento del estándar	% acumulado
6 de Junio	482	2313	-1831	19.7 *	5.3
Simón Díaz	551	4553	-4002	25.8 *	10.5
21 de marzo	382	2071	-1689	25.8 *	15.8
Las Piedras	865	3048	-2183	34.8 *	21.1
U.P.A	420	1172	-752	36.4 *	26.3
Santa Rita	344	1393	-1049	39.4 *	31.6
Club de Leones	282	779	-497	40.9 *	36.8
San Antonio	661	1913	-1252	42.4 *	42.1
Terceras	691	1849	-1158	45.5 *	47.4
Dr. Juan H. Sánchez	1249	2753	-1504	47.0 *	52.6
CIMIPO	1601	4921	-3320	48.5 *	57.9
Bocas	1731	3372	-1641	51.5 *	63.2
Progreso	360	616	-256	54.5 *	68.4
1o. de Mayo	1278	3317	-2039	56.1 *	73.7
Escaleri-llas	1489	1971	-482	59.1 *	78.9
Saucito	2353	6093	-3740	63.6 *	84.2
La Pila	1950	3048	-1098	68.2 *	89.5
Villa de Pozos	1350	1597	-247	78.8 **	94.7
Arroyos	1721	896	825	80.3 ***	100.0
TOTAL	19760	47675	-27915		

Fuente: Lista de Verificación.

* No cumple

** Cumple parcialmente

*** Cumple

1. Diferencia entre medicamento existente y necesario.

El cuadro muestra además las diferencias encontradas entre la cantidad de medicamentos existentes y la cantidad de medicamentos necesarios del CBEM por Unidad de Salud. Las diferencias presentan un mínimo de 247 medicamentos faltantes y un máximo de 4 002; a nivel jurisdiccional hay un déficit del 58.5% de

medicamentos. La diferencia entre la existencia y las necesidades por Unidad de Salud se encontró estadísticamente significativa ($t=6.673$, $p<0.001$).

El estándar establecido para el indicador abasto de cuadro básico esencial de medicamentos fue de 80%; el mínimo porcentaje de cumplimiento fue de 19.7% y el máximo de 80.3%, que determina que 1 Unidad (5.3%) cumple y el 89.5% de las unidades estudiadas no cumple con este indicador.

En los resultados obtenidos acerca del indicador abasto de biológico por unidad de salud, se encontró que la vacuna BCG presenta un menor porcentaje de abasto en las unidades estudiadas (78.9%), siendo el mayor porcentaje de abasto la vacuna triple viral (100%); la unidad que presenta menor porcentaje de abasto correspondió al Centro de Salud 6 de Junio. Los resultados según este indicador cuyo estándar establece la existencia del 100% de los 4 tipos de biológico sin importar la cantidad (Sabin, BCG, Pentavalente y Triple viral), muestra que el 31.6% de las unidades carecen de al menos 1 tipo de biológico.

Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la existencia de biológico y el estándar establecido por Unidad ($t=26.5$, $p<0.001$)

El porcentaje mínimo de cumplimiento del estándar fue de 50%, el máximo de 100% y un promedio de cumplimiento de 90.8%; de las unidades estudiadas el 68.4% cumple con el estándar. (Cuadro 12).

**Cuadro 12. ABASTO DE BIOLÓGICO POR UNIDAD DE SALUD.
JURISDICCIÓN SANITARIA No. I, S.L.P., 2003.**

n=19

Unidad de Salud	Tipo de biológico existente	Porcentaje de Cumplimiento	Porcentaje acumulado
6 de Junio	2	50.0 *	5.3
Las Piedras	3	75.0 *	10.5
Terceras	3	75.0 *	15.8
Santa Rita	3	75.0 *	21.1
CIMIPO	3	75.0 *	26.3
San Antonio	3	75.0 *	31.6
Progreso	4	100.0 ***	36.8
Dr. Juan H. Sánchez	4	100.0 ***	42.1
Saucito	4	100.0 ***	47.4
Simón Díaz	4	100.0 ***	52.6
Club de Leones	4	100.0 ***	57.9
Arroyos	4	100.0 ***	63.2
Bocas	4	100.0 ***	68.4
Escalerillas	4	100.0 ***	73.7
La Pila	4	100.0 ***	78.9
Villa de Pozos	4	100.0 ***	84.2
U.P.A	4	100.0 ***	89.5
1o. de Mayo	4	100.0 ***	94.7
21 de marzo	4	100.0 ***	100.0

Fuente: Lista de Verificación.

* No cumple

*** Cumple

Al determinar la factibilidad para la implementación del modelo según la variable recursos a partir de las puntuaciones establecidas (Factible de 28 a 33 puntos), los resultados muestran un promedio de 21 puntos por NBSS a nivel jurisdiccional, la mínima puntuación fue de 17 puntos y la máxima de 29, el 50% de los núcleos estudiados obtuvo una puntuación menor a 20, se observó que en el 29.2% es medianamente factible implementar el Modelo (Ver Cuadro 13), en el 2.1%, es factible, corresponde al NBSS Villa de Pozos.

Cuadro 13. FACTIBILIDAD TECNICA SEGÚN RECURSOS DISPONIBLES POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2004.

n=48

Criterio de cumplimiento	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Factible	1	2.1	2.1
Medianamente factible	14	29.2	31.3
No factible	33	68.8	100.0
Total	48	100.0	

Fuente: Cuestionario dirigido a personal de NBSS, Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta y Lista de Verificación.

5.3 Capacidad de respuesta y Metas

Para determinar la factibilidad en la implementación del modelo según capacidad de respuesta se estudiaron los siguientes indicadores: promedio de consultas por hora médico contratada, concentración de consultas por embarazada, mujeres en edad fértil usuarias activas de métodos de planificación familiar, esquema completo de vacunación en niños de 1 año, mujeres de 25 a 64 años que hacen uso de los servicios para la detección oportuna de cáncer cervicouterino, referencia y contrarreferencia de pacientes, comité de salud formado y funcionando, tiempo de trabajo en campo, tiempo de espera y trato recibido.

Para el indicador promedio de consultas por hora médico contratada se estableció un estándar de 3-4; los resultados muestran que de los NBSS estudiados el mínimo de consultas proporcionadas por hora es 0, el máximo 3 y un promedio de 1.4, el 75% de los NBSS estudiados proporciona menos de 2 consultas por hora.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el promedio de consultas otorgadas y el estándar ($t=12.9$, $p<0.001$). La diferencia mínima encontrada es de 1, y una máxima de 3, un 25% de los NBSS estudiados tiene una diferencia de más de 2, lo que significa que 12 núcleos proporcionan 2 ó menos consultas por hora.

Respecto al cumplimiento del indicador promedio de consultas por hora-médico contratada, el 91.5% de los núcleos no cumple (ver cuadro 14), hay cumplimiento en 4 de los núcleos: La Pila, Escalerillas, núcleo 3 de CIMIPO y núcleo 1 de 1º. de Mayo.

Cuadro 14. CUMPLIMIENTO DEL PROMEDIO DE CONSULTAS POR HORA MEDICO CONTRATADA POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n=47

Criterio de cumplimiento	Número	Porcentaje
Cumple	4	8.5
No cumple	43	91.5
Total	47	100.0

Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta.

Respecto al indicador número de consultas prenatales por embarazada se estableció un estándar de 5 consultas, los resultados muestran que de los NBSS estudiados el mínimo de consultas es 2, el máximo 19, con un promedio de 4; el 50% de los NBSS proporcionan 4 o menos consultas, un 17% (8) proporciona 6 o más consultas.

Las diferencias encontradas entre el promedio de consultas registradas por embarazada y el estándar son estadísticamente significativas dado un valor de $t=10.3$ y $p<0.001$

De los NBSS estudiados, el 68.1% no proporciona el número de consultas de control prenatal por embarazada según el estándar establecido (5). (Ver cuadro 15).

Cuadro 15. CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR “NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES POR EMBARAZADA” POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n=47

Criterio de cumplimiento	Número	Porcentaje
Cumple	17	36.2
No cumple	30	63.8
Total	47	100.0

Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta.

El número de usuarias activas de métodos de planificación familiar por NBSS muestra un mínimo de 26 y un máximo de 386 con un rango de 360, el promedio de usuarias es de 132, el 74% tiene menos 181 usuarias.

Al determinar las metas para cada NBSS según pirámide de población la mínima fue 49, la máxima de 519; el 75% de los núcleos tiene una meta menor a 215. Las diferencias encontradas entre el número de usuarias activas y la meta según pirámide son estadísticamente significativas, dado un valor de $t=6.22$ y $p<0.001$

En relación al indicador mujeres en edad fértil usuarias activas de métodos de planificación familiar, para el cual se estableció un estándar del 70%, los resultados muestran que el mínimo de cumplimiento de este estándar es del 5%, y el máximo de 117%, en promedio los núcleos básicos estudiados cumplen con un 55.7%.

La frecuencia en el cumplimiento del indicador mujeres en edad fértil usuarias activas de métodos de planificación familiar muestra que el 30.8% de los NBSS estudiados cumple con el estándar establecido del 70%. (Ver Grafico 1).

GRAFICO 1

n=39



Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta.

En relación al indicador esquema de vacunación completo en niños menores de 1 año, se estableció como estándar el 98% con el esquema completo; los resultados muestran un mínimo de cumplimiento del estándar de 79.5%, un máximo de 99.8%, con un promedio de 93.2%.

El cuadro 16 muestra que el 58.3% de las unidades no cumple o cumple parcialmente con el estándar para este indicador de vacunación; el 41.7% (5) cumple con el estándar.

Cuadro 16. "ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 1 AÑO DE EDAD" POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCIÓN SANITARIA No. I, S.L.P., 2003.

n=12

Unidad de Salud	Cobertura de Vacunación	Porcentaje acumulado
6 de Junio	79.5 *	8.3
Villa de Pozos	85.4 *	16.6
Escalerillas	86.9 *	24.9
Bocas	87.3 *	33.2
La Pila	92.4 *	41.5
Arroyos	92.7 *	50.0
Santa Rita	97.5 **	58.3
U.P.A	98.9 ***	66.4
Simón Díaz	98.9 ***	74.7
21 de marzo	99.5 ***	83.0
Dr. Juan H. Sánchez	99.6 ***	91.3
Progreso	99.8 ***	100.0

Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta.

* No cumple

** Cumple parcialmente

*** Cumple

En relación al indicador mujeres de 25 a 64 años que hacen uso de los servicios para la detección oportuna de cáncer cervicouterino, el número de detecciones realizadas durante el periodo evaluado muestra un mínimo de 4, un máximo de 199, y un promedio de 60, el 75% de los núcleos básicos estudiados realizó 74 detecciones ó menos.

Según la pirámide de población de los núcleos estudiados la meta mínima es 32 citologías en este grupo de edad, la máxima 375 y un promedio de 140, el 75% de los núcleos estudiados tiene una meta menor a 188 citologías durante el periodo evaluado.

El mínimo porcentaje de cumplimiento de este indicador para el cual se estableció un estándar del 80%, es de 0%, el máximo es del 101%, el promedio fue de 38%.

El cuadro 17 muestra que el 10.5% de los NBSS estudiados cumple con el indicador mujeres de 25 a 64 años que hacen uso de los servicios para la detección oportuna de cáncer cervicouterino, situación que se presenta en núcleo básico 1 de Terceras y Club de Leones, núcleo 2 de Simón Díaz y único de Santa Rita.

Cuadro 17. CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR "MUJERES DE 25 A 64 AÑOS QUE HACEN USO DEL SERVICIO PARA LA DOC", POR NBSS. JURISDICCIÓN SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n= 39

CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
No Cumple	33	86.8	86.8
Cumple parcialmente	1	2.6	89.4
Cumple	4	10.5	100.0
TOTAL	39	100.0	

Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta.

Respecto al indicador Referencia y Contrarreferencia de pacientes se estableció un estándar de 70% de las referencias enviadas por unidad de salud contrarreferidas, el mínimo de referencias realizadas por unidad de salud fue de 0, el máximo de 333, un promedio de 132, el 75% de las unidades estudiadas realizó menos de 190 referencias; en relación a las contrarreferencias recibidas el mínimo fue 0, el máximo de 15, con un promedio de 1.4, el 78.9% de las unidades no obtuvo contrarreferencias.

El mínimo porcentaje de cumplimiento de este indicador es de 0 y un máximo de 11.2%, el 100% de las unidades no cumplen con este indicador. (Ver cuadro 18).

Cuadro 18. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCIÓN SANITARIA No. I, S.L.P., 2003.

n=19

Unidad de Salud	Referencias	Contra-referencias	Meta de referencias	Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje acumulado
6 de Junio	126	0	88	0.0 *	5.3
Progreso	181	0	127	0.0 *	10.5
Las Piedras	163	0	114	0.0 *	15.8
Simón Díaz	176	0	123	0.0 *	21.1
Terceras	190	0	133	0.0 *	26.3
Club de Leones	62	0	43	0.0 *	31.6
Arroyos	0	0	0	0.0 *	36.8
Bocas	63	0	44	0.0 *	42.1
Santa Rita	0	0	0	0.0 *	47.4
La Pila	69	0	48	0.0 *	52.6
CIMIPO	304	0	213	0.0 *	57.9
U.P.A	60	0	42	0.0 *	63.2
1º. de Mayo	97	0	68	0.0 *	68.4
San Antonio	196	0	137	0.0 *	73.7
21 de marzo	215	0	151	0.0 *	78.9
Escalerillas	133	1	93	1.1 *	84.2
Dr. Juan H. Sánchez	333	15	233	6.4 *	89.5
Villa de Pozos	51	3	36	8.4 *	94.7
Saucito	89	7	62	11.2 *	100.0
TOTAL	2508	26	1756		

Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta.

* No cumple

En relación al indicador Comité de salud formado y funcionando cuyo estándar se estableció como uno por Centro de Salud, el mínimo de existencia encontrado es 0, el máximo 3 y en promedio 1.2. El 94.7% de las unidades estudiadas cumple con este indicador. (Ver cuadro 19).

Cuadro 19. COMITÉ DE SALUD FORMADO Y FUNCIONANDO POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCIÓN SANITARIA No. I, S.L.P., 2003.
n=19

Unidad de Salud	Comité de Salud Formado	Comité de Salud formado y funcionando	Porcentaje acumulado
Santa Rita	3	3 ***	5.3
Terceras	2	2 ***	10.5
Escalerillas	2	2 ***	15.8
6 de Junio	1	1 ***	21.1
Progreso	1	1 ***	26.3
Las Piedras	1	1 ***	31.6
Dr. Juan H. Sánchez	1	1 ***	36.8
Saucito	1	1 ***	42.1
Simón Díaz	1	1 ***	47.4
Club de Leones	1	1 ***	52.6
Bocas	1	1 ***	57.9
La Pila	1	1 ***	63.2
Villa de Pozos	1	1 ***	68.4
CIMIPO	1	1 ***	73.7
U.P.A	1	1 ***	78.9
1o. de Mayo	1	1 ***	84.2
San Antonio	1	1 ***	89.5
21 de marzo	1	1 ***	94.7
Arroyos	0	0 *	100.0
TOTAL	22	22	

Fuente: Lista de Verificación.

* No cumple

*** Cumple

En relación al indicador Tiempo de trabajo en campo, evaluado por semestre, se estableció un estándar de 90% del tiempo dedicado a campo por NBSS, se encontró que el mínimo de tiempo asignado a trabajo de campo por núcleo básico es 0, el máximo 375 horas semestrales, en promedio dedican 50.1 horas por semestre por núcleo. El 75% del personal de los núcleos estudiados dedica un tiempo menor a 120 horas.

El mínimo de tiempo dedicado al trabajo de campo es de 336 horas, el máximo de 1008 horas, en promedio 415 horas, el 75% de los núcleos estudiados debería dedicar 384 horas semestrales a este trabajo.

La diferencia entre el tiempo asignado y el normado muestra un mínimo de 9 horas y un máximo de 888, en promedio esta diferencia es de 365 horas, el 75% de las unidades muestra una diferencia menor a 384 horas.

Respecto al grado de cumplimiento, el mínimo porcentaje es de 0%, el máximo de 97.7%, en promedio las unidades estudiadas cumplen con el 12.2%; en el 75% de las unidades estudiadas el cumplimiento es mayor al 20.8%.

Sólo el 2% de los NBSS cumplen con indicador tiempo dedicado a trabajo de campo (núcleo único de Arroyos). (Ver cuadro 20).

Cuadro 20. TIEMPO DE TRABAJO EN CAMPO POR NÚCLEO BÁSICO SEGÚN INDICADOR DE CUMPLIMIENTO. JURISDICCIÓN SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n=51

CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	NUMERO	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
No Cumple	50	98.0	98.0
Cumple parcialmente	0	0.0	98.0
Cumple	1	2.0	100.0
Total	51	100.0	

Fuente: Lista de Verificación.

Respecto al indicador tiempo de espera, cuya información fue obtenida de fuente secundaria constituida por la base de datos de la Cruzada Nacional por la calidad existente en la jurisdicción, creada a partir de información obtenida directamente en las unidades de salud, se estableció un estándar de 80% de usuarios atendidos dentro del tiempo de espera (30 minutos).

Se estudió el 31.6% de las unidades de la Jurisdicción que son aquellas en las cuales se ha aplicado este indicador, el mínimo porcentaje de cumplimiento fue 50.4% y el máximo de 100%, en promedio las unidades estudiadas cumplen con el 77.5%; el 50% de las unidades cumple con menos del 74%.

Los resultados muestran que el 50% de las unidades estudiadas cumple con este indicador. (Ver cuadro 21).

Cuadro 21. "TIEMPO DE ESPERA POR UNIDAD DE SALUD".
JURISDICCIÓN SANITARIA No. 1, S.L.P., 2003.
n=6

Unidad de Salud	Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar	Porcentaje acumulado
Villa de Pozos	50.4 *	16.7
Progreso	71.2 **	33.3
6 de Junio	73.8 **	50.0
San Antonio	83.1 ***	66.7
CIMIPO	87.0 ***	83.3
Dr. Juan H. Sánchez	100.0 ***	100.0

Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta.

* No cumple

** Cumple parcialmente

*** Cumple

El indicador Satisfacción del usuario con el trato recibido para el cual se estableció un estándar del 90%, fue posible estudiarlo sólo en el 36.8% de las unidades de la Jurisdicción (7), debido a que son las unidades en las que hasta el momento se había aplicado el instrumento para evaluar este indicador.

Esta información se obtuvo de la base de datos de la Cruzada Nacional por la calidad existente en la Jurisdicción, creada a partir de información obtenida directamente del usuario de los servicios de salud en las unidades estudiadas, el mínimo porcentaje de cumplimiento muestra un 70.3%, el máximo 93.1%, con un promedio de 82.3%.

El porcentaje de unidades que cumplen con este indicador fue del 14.3%. (Ver cuadro 22).

Cuadro 22. OPINIÓN DEL USUARIO EXTERNO SOBRE EL TRATO RECIBIDO POR UNIDAD DE SALUD. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2003.

n=7

Unidad de Salud	Porcentaje de Cumplimiento	Porcentaje acumulado
Dr. Juan H. Sánchez	70.3 *	14.3
21 de marzo	74.5 *	28.6
Villa de Pozos	81.6 **	42.9
CIMIPO	83.3 **	57.2
Progreso	85.8 **	71.5
6 de Junio	87.5 **	85.8
San Antonio	93.1 ***	100

Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta.

- * No cumple
- ** Cumple parcialmente
- *** Cumple

Los resultados por NBSS, en relación a la variable Capacidad de Respuesta para la cual el criterio de factibilidad requería de una puntuación de 25 a 30, muestran una puntuación mínima de 14, una máxima de 23, con un promedio de 18.9, el 75% de los NBSS estudiados tiene menos de 20 puntos, esto determina que es medianamente factible la implementación del modelo en el 44.1% de los núcleos estudiados. (Ver cuadro 23).

Cuadro 23. FACTIBILIDAD TECNICA SEGÚN CAPACIDAD DE RESPUESTA POR NBSS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2004.

n=34

Criterio de cumplimiento	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Factible	0	0.0	0.0
Medianamente factible	15	44.1	44.1
No factible	19	55.9	100.0
Total	34	100.0	

Fuente: Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta y Lista de Verificación.

Las unidades de Salud en las cuales se encontró que es medianamente factible implementar el modelo de acuerdo a la variable capacidad de respuesta son: Santa Rita y 1º. de Mayo.

**Cuadro 24. FACTIBILIDAD TECNICA PARA LA IMPLEMENTACION DEL
MIDAS. JURISDICCION SANITARIA No. I, S.L.P. 2004.**

VARIABLES	CRITERIOS DE FACTIBILIDAD						Total	
	No Factible		Medianamente Factible		Factible		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Recursos técnicos y de personal	33	68.8	14	29.2	1	2.1	48	100.0
Capacidad de respuesta	19	55.9	15	44.1	0	0.0	34	100.0

Fuente: Cuestionario dirigido a personal de NBSS, Formulario para evaluar Capacidad de Respuesta y Lista de Verificación.

De acuerdo a la variable recursos es factible implementar el modelo en el 2.1% de los núcleos básicos estudiados, en un 68.8% no es factible; respecto a la capacidad de respuesta es no factible en el 55.9% de los núcleos (Ver Cuadro 24).

Los principales problemas identificados en relación a la variable recursos fueron: la disponibilidad de los recursos humanos, tanto promotor en salud como recurso médico y ambos recursos de enfermería, sin embargo el problema más grave se manifiesta en el abasto del CBEM en el cual sólo el 5.3% de las unidades estudiadas cumplen con el estándar de 80% de abasto de medicamentos.

Respecto a los indicadores contemplados para determinar la factibilidad de acuerdo a la capacidad de respuesta por núcleo básico se encontró principalmente que en los indicadores: consulta por hora médico contratada, concentración de consultas prenatales por embarazada, usuarias activas de métodos de planificación familiar, mujeres de 25 a 64 años que hacen uso de los servicios para la detección oportuna de cáncer cervicouterino y tiempo de trabajo en campo, el mayor porcentaje no cumple, mostrando porcentajes de no cumplimiento desde un

63.8% en el indicador concentración de consultas prenatales por embarazada, hasta un 98% en tiempo de trabajo en campo.

Los principales problemas para la variable Capacidad de respuesta por unidad de salud se identificaron en el indicador referencia y contrarreferencia de pacientes donde el 100% de las unidades no cumple, respecto al indicador esquema completo en niños menores de 1 año el 50% no cumple y finalmente sólo un 14.3% de las unidades estudiadas cumple con el indicador satisfacción del usuario con el trato recibido.

6. DISCUSION

Debido a que los resultados de este estudio muestran que no es factible implementar el MIDAS en un gran porcentaje de los núcleos básicos estudiados, para garantizar tanto el éxito como el logro de los resultados y el impacto esperado del nuevo modelo de atención se requiere mejorar las condiciones actuales de los recursos y la capacidad de respuesta del actual modelo, la no factibilidad se encuentra determinada por problemas importantes encontrados en ambas variables. Los problemas identificados se presentan principalmente en la disponibilidad del recurso nuclear, los recursos humanos y el abasto del CBEM. De manera general la capacidad de respuesta es pobre en las unidades y núcleos básicos.

En lo que se refiere al indicador disponibilidad del recurso nuclear, el modelo establece que un NBSS debe tener una cobertura de atención a 500 familias o 3000 habitantes, de los núcleos de la jurisdicción sólo el 11.4%, es decir 6 núcleos cumplen con este estándar, dentro de los cuales se encuentran los Centros de salud rurales, lo que nos habla de que la delimitación geográfica de una población facilita la implementación del modelo; así mismo, en lo que respecta a la accesibilidad a servicios de salud en estas áreas, no existe muchas de las veces más opciones que la unidad de salud a diferencia del área urbana donde las opciones son mayores. La atención se proporciona a 76 313 usuarios reales que corresponden al 18.8% de los usuarios potenciales, cifra muy por debajo de la encontrada para San Luis Potosí en la Evaluación del Programa de Mejoramiento de servicios de salud donde se muestra una cobertura de 44.1%, el resto de la población queda fuera del sistema modular, mencionando como principales limitantes para esta instrumentación la falta de personal para trabajo de campo y el escaso conocimiento en la implementación de este sistema. Por otro lado el número de núcleos básicos por unidad de salud no corresponde de manera proporcional a la población de responsabilidad de la misma, se puede apreciar

claramente que ésta rebasa la capacidad de respuesta de las unidades y núcleos básicos.

Sólo el 9.8% de los NBSS cumplen con el recurso humano completo establecido en el Modelo para el cumplimiento de sus objetivos, es conveniente mencionar que la adecuación del modelo en el Estado ha contemplado sólo un recurso de enfermería por núcleo, los resultados muestran que en todos los núcleos existe al menos 1, el cual realiza actividades principalmente de clínica, descuidando de manera importante el trabajo de campo indispensable para vincular al usuario con la unidad de salud, ofertar servicios, conquistar y reconquistar usuarios y realizar un seguimiento a los mismos; en la Jurisdicción existe sólo el 54.4% de los promotores en salud necesarios, recurso que realiza algunas actividades asignadas a la enfermera de campo, observándose una mala distribución del mismo, ya que existe en unidades que no cumplen con los requisitos establecidos en el modelo (unidad con más de 3 núcleos). La distribución de los recursos humanos jurisdiccionales debe estar acorde a la demanda y a la población de responsabilidad por unidad de salud y por núcleo básico, considerando que el modelo a implementar sea la unidad básica de organización de la prestación de servicios de salud; sin embargo, como ya se mencionó, a la insuficiencia de recursos a nivel nacional se suma la mala distribución y organización de los mismos dentro de la Jurisdicción en donde gran número de recursos de enfermería y promotores en salud se encuentran realizando actividades administrativas que en muchas de las veces conduce a la duplicidad de funciones, además la existencia del recurso, según establece el modelo no es necesario, pero se asigna por solicitud del trabajador; es importante mencionar que en algunos de los núcleos donde existen ambos recursos de enfermería no se relaciona con una mejor capacidad de respuesta.

En relación a la competencia técnica, dentro de algunos aspectos que no favorecen la implementación del modelo, es importante mencionar que el 31.8%

de los recursos estudiados refiere no haber recibido capacitación sobre el actual modelo, es decir, desconoce en gran parte la prestación de servicios bajo este sistema, aún a pesar de que el departamento de enseñanza efectúa capacitaciones de manera periódica para actualizar al personal, ésta se enfoca a programas prioritarios. Al iniciar la implementación del MASPA se proporcionó sólo información teórica sobre el mismo a personal directivo y no a los prestadores de la atención directa al usuario; esta función de asesoría y adiestramiento en servicio correspondería a los directores así como al equipo de supervisión, incrementando el grado de resolución del personal adscrito a las unidades, lo cual coincide con lo mencionado en el Informe de actividades 1994 del proyecto de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias.⁴

Otro aspecto es el resultado que muestra que 1 de cada 7 núcleos es cubierto con pasantes, lo que no garantiza una continuidad en la dirección, evaluación y control de las acciones realizadas, así mismo al prescindir de este recurso aumenta el déficit en recursos humanos, aún a pesar de que la cifra del porcentaje de pasantes es menor al 24.8% encontrada en la Evaluación del Programa de Mejoramiento de servicios de salud.⁸ Sin embargo dentro de la Jurisdicción se considera al pasante en Servicio Social un recurso humano más, con las mismas capacidades y responsabilidades, ocupando en muchos de los casos el puesto de Director o responsable de la Unidad, nuevamente su causa es la insuficiencia de recursos y la mala distribución y organización de los mismos. Por otro lado, el que 3 de cada 10 trabajadores posea una inestabilidad laboral es decir, falta de seguridad en el trabajo por ser de contrato, puede generar indiferencia, falta de compromiso e interés en su desempeño.

Es importante mencionar que la competencia técnica muchas de las veces se da en relación a los incentivos así como a la profesionalización y capacitación, sin embargo se observa en el personal de esta Jurisdicción apatía y falta de interés por estos dos últimos aspectos, así mismo las autoridades muestran poco interés

por incentivar al personal, no sólo en el aspecto económico, sino también el reconocimiento público, lo que determina de alguna manera el desempeño de los recursos humanos y por lo tanto la implementación del Modelo.

En relación a los recursos materiales existentes los resultados muestran, de acuerdo al estándar establecido en el modelo, insuficiencia y desabasto en el cuadro básico esencial de medicamentos por unidad de salud, sólo una unidad cuenta con el 80% de abasto, se encontró existencia en mayor porcentaje de aquellos medicamentos cuya demanda es menor y la carencia o insuficiencia del que por la temporada debería existir en mayor porcentaje. Estos resultados se asocian principalmente a las difíciles condiciones económicas por las que atraviesan los servicios de salud, aunado a una deficiente planeación, control en la compra y distribución, así como a los registros inadecuados, ya que a pesar de que la información se recolectó después de 2 a 3 semanas de realizado el abasto a las unidades (se realiza cada 3 meses), la cantidad encontrada de medicamentos en 11 unidades estaba por debajo del 50%, observando un mayor porcentaje de abasto en las unidades rurales, cifra menor a la encontrada en una investigación realizada por la SSA en 1996 en el área de influencia de un programa de extensión de cobertura en el cual el promedio de disponibilidad de medicamentos fue del 50%.⁹

Respecto a la disponibilidad de biológico, considerando que el programa de Vacunación Universal es prioritario a nivel Nacional, se observó que el 31.6% de las unidades a nivel jurisdiccional no cuentan con el 100% de los biológicos cuando así lo establece el estándar, coincide que todas las unidades rurales cuentan con el 100% de los biológicos, observando una mayor carencia en las urbanas. Es importante observar que las bajas o altas coberturas en vacunación se relacionan con el más alto o más bajo porcentaje en el abasto de biológico, el 50% de las unidades tiene una cobertura de vacunación en menores de 1 año menor al estándar (98%). Este desabasto se debe principalmente a un mal control

de entradas y salidas de biológico al interior de la unidad y por lo tanto, a la solicitud tardía a la Jurisdicción.

Los resultados de las dos variables anteriores son similares a los encontrados en el estudio realizado por Reséndez, Garrido y Gómez-Dantés en la Secretaría de Salud de Tamaulipas en el 2000, en el cual, al igual que en el presente, ninguna de las unidades visitadas contaba con todos los medicamentos incluidos en el cuadro básico, así mismo el porcentaje más alto de existencia fue del 84% muy similar al encontrado en este (80%), se encontró también una disponibilidad de biológico aceptable, no así el porcentaje mínimo de existencia de medicamentos que en el estudio mencionado fue del 32%, y en el presente de 19.7%.⁹

Considerando lo anterior, no es factible implementar el MIDAS con las condiciones actuales de los recursos en la Jurisdicción sanitaria No. I; debido a que existen serias limitaciones de personal, de recursos materiales y organizacionales, mismas causas que aparecen en el documento Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, por esto se requiere en principio una adecuación al modelo y a partir de ésta, una reorganización y redistribución de los recursos.¹⁰

En la variable capacidad de respuesta por NBSS, los estándares establecidos para los indicadores corresponden a la respuesta esperada por el nuevo modelo, los resultados obtenidos muestran que la capacidad de respuesta del modelo actual es pobre, lo que se traduce principalmente en bajas coberturas, mínimo alcance de las metas de acuerdo a la población que cada núcleo contempla dentro de su pirámide de población y menor aún, a la población potencialmente activa, reafirmando el énfasis curativo del modelo, subvalorando notablemente la prevención de la enfermedad y el fomento a la salud como lo mencionan Yepes y Durán en su artículo Bases Conceptuales para una gestión empresarial de los SILOS.¹¹

Para el análisis de la productividad por núcleo no se contempló el tiempo dedicado a actividades administrativas y de campo mencionadas por los encuestados; los resultados muestran que sólo el 8.5% de los núcleos básicos proporcionan 3 consultas por hora, el restante 91.5 tiene una productividad de 2 o menos consultas por hora. El número de recursos humanos existentes no están proporcionando la respuesta esperada, el incrementar el número generaría mayor inequidad entre estos, dispendio de los mismos y duplicación de funciones, quizá sin incrementar la productividad, más bien se requiere de una reorganización al interior de las unidades y núcleos básicos. Esta baja productividad se relaciona principalmente con la falta de interés del personal y la falta de conocimiento del Modelo, así como la apatía para participar en la elaboración de un diagnóstico actual, la programación de actividades y finalmente la evaluación de los objetivos.

Al analizar los indicadores concentración de consultas de control prenatal y de usuarias activas de métodos de planificación familiar, los resultados muestran bajo cumplimiento de los estándares establecidos, alrededor del 64% de los núcleos estudiados no cumplen, esto se relaciona con la baja productividad, la mala distribución y organización de los recursos, y principalmente el poco tiempo dedicado al trabajo de campo. Lo anterior también explica el porcentaje poco mayor al 85% de los núcleos que no cumple con el estándar establecido para el indicador mujeres de 25 a 64 años que hacen uso del servicio para la DOC.

El mayor porcentaje de los núcleos estudiados proporcionan entre 3 y 4 consultas promedio por embarazada y no el estándar de 5, esto debido principalmente a la detección tardía del embarazo por el personal de salud así como a la cultura de la población de acudir al control prenatal en etapas avanzadas del embarazo y finalmente, la información del primer trimestre muchas de las veces se da en otro lugar, es decir en la consulta particular o en una unidad a la cual no corresponde como área de responsabilidad el domicilio de la usuaria; el caso del núcleo que proporciona 19 consultas promedio por embarazada es debido probablemente al

número muy bajo de embarazadas en control a las cuales se les inicia el mismo en el tercer trimestre y por lo tanto la cita es en intervalos más cortos, quizá también se deba al subregistro de embarazadas de primera vez .

Los resultados al analizar tiempo de espera muestran que el 50% de las unidades estudiadas (3) cumplen con el estándar de 30 minutos de espera para recibir la atención; respecto al trato recibido, sólo en una unidad el 90% que corresponde al estándar de los usuarios encuestados estuvo satisfecho, el resto de las unidades estudiadas obtuvo un porcentaje menor. Es importante mencionar que durante la recolección de la información, las unidades no incluidas en el estudio se encontraban apenas iniciando la aplicación de estos indicadores.

Dentro de las líneas de acción en la versión preliminar del MIDAS se establece crear redes virtuales para la prestación de servicios de salud y reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario, sin embargo los resultados del presente estudio muestran poca respuesta en las acciones encaminadas hacia estas líneas; el sistema de referencia y contrarreferencia es deficiente, no resolutivo y falta coordinación entre unidades de referencia, se requiere reorganizarlo involucrando a las instituciones participantes, lo cual mejoraría la capacidad de respuesta.⁵ Los principales problemas operativos para este sistema coinciden con lo mencionado en la Evaluación del Programa de Mejoramiento de servicios de salud y se manifiestan en la atención inadecuada en la unidad a la que se refiere, la carencia de formatos y la falta de aceptación del usuario.⁸ Por otro lado, no se cumple con el tiempo establecido en el modelo para trabajo de campo por núcleo básico, que, aunado a la carencia del recurso enfermera de campo o promotor en salud, conlleva a un trabajo de campo nulo, baja productividad, bajas coberturas y por lo tanto a la no factibilidad para implementar un modelo con un enfoque comunitario.

8. SUGERENCIAS

8.1 Se recomienda al Departamento de Enseñanza e Investigación, así como al Equipo Zonal, continuar con el programa de capacitación en servicio con participación de todo el personal de las unidades de salud que se desempeñan dentro de un núcleo básico, esta capacitación debe incluir el propósito, los objetivos, la misión, aspectos de organización y operación, con la intención de despertar el interés en obtener el éxito bajo esa forma de organización, asimismo deberá estar relacionado con los servicios que se ofertan.

8.2 A los directores de las unidades de salud y coordinadores de los diferentes Departamentos de la Jurisdicción se recomienda incrementar las acciones de dirección, control y evaluación sistemática hacia dentro de la unidad básica de prestación de servicios (NBSS), así como a los proveedores internos de esta unidad para identificar oportunamente las deficiencias, ausencias y fallas y proponer alternativas de solución. Realizar evaluaciones periódicas en cuanto a la estructura (principalmente en la disponibilidad y accesibilidad de los recursos), el proceso (en aspectos de metodología y retroalimentación en el momento que así sea necesario) y finalmente en los resultados (en relación con los objetivos esperados para el prestador del servicio y el impacto en la población).

8.3 A nivel jurisdiccional se sugiere unificar los informes mensuales con el fin de contar con los datos completos para la evaluación de los programas evitando duplicar información elaborada por el personal y establecer una secuencia lógica entre los registros primarios, intermedios y finales.

8.4 Se sugiere crear un sistema de información a nivel jurisdiccional que permita el acceso a través de una red hacia todos los departamentos, con una sola entrada.

8.5 Se sugiere ampliar este estudio en función de la factibilidad de mercado, social, económica, financiera, así como antes de la implementación de cualquier nuevo modelo de atención o programa efectuar este tipo de estudios, con la finalidad de reorientar y mejorar las condiciones actuales en relación a los recursos, líneas de acción y estrategias para obtener mejores resultados.

8.6 Al departamento de Planeación a nivel estatal se propone la adecuación del modelo al Sistema de protección social, con el fin de mejorar el financiamiento e incrementar la equidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

8.7 Al nivel estatal se recomienda considerar la metodología del presente estudio como un método práctico de análisis autoaplicable, para que los responsables de las unidades de salud y núcleos básicos, efectúen, junto con las autoridades correspondientes, la identificación de adecuaciones indispensables retomando los éxitos alcanzados para tramitar su acreditación como competentes y que empleen en forma eficiente y racional los recursos con los que disponen para prestar los servicios que demanda la población, considerando sus necesidades y expectativas.

8.8 Para la Salud Pública se recomienda programar, planificar y formular las políticas en función de las acciones desarrolladas previamente y de los resultados esperados, partiendo del conocimiento de los problemas de salud prevalentes y sus posibles causas, a través de una coordinación interinstitucional con énfasis en el fortalecimiento de la atención primaria para el mayor aprovechamiento de los recursos disponibles y con la participación activa de la comunidad.

8.9 A los investigadores, deberán considerar la posibilidad de encontrar deficiencias en las fuentes secundarias de información, por lo que se sugiere el realizar una prueba piloto efectiva que permita según sus resultados realizar las

modificaciones necesarias al proyecto de investigación para el logro de los objetivos establecidos.

9. LIMITANTES

- La selección no aleatoria, sino por conveniencia de los Núcleos Básicos para la implementación de la Prueba Piloto, no permitió identificar de manera oportuna las posibles situaciones a encontrar en otras unidades o núcleos básicos al ejecutar el proyecto.
- La falta de control en la información, en todos los niveles, es decir desde la información del Núcleo Básico, de la Unidad de Salud y a nivel Jurisdiccional y la falta de corresponsabilidad en la elaboración y el resguardo de esta información, ocasionó retraso en la programación de actividades establecidas en el proyecto y la consecuente exclusión de los núcleos básicos que no contaban con la información.
- La deficiente calidad de los registros y la existencia de información no actualizada no permitió tener la información requerida en los instrumentos para el estudio de algunos núcleos básicos, lo que hizo necesario dejarlos fuera, presentando solo los resultados de los que si contaron con ella.
- Las incidencias que afectan la presencia del personal en su área de trabajo, es decir pases de salida, permisos económicos, vacaciones, reposiciones de tiempo, asuntos particulares, retrasaron en mucho la recolección de la información de fuentes primarias, y por lo tanto incrementaron el tiempo programado para la recolección y los costos previstos para la misma.
- Los objetivos a alcanzar en el presente estudio se establecieron por Unidad de salud, sin embargo no se alcanzaron debido a que la información en su mayoría está accesible por NBSS y no por unidad de salud, así mismo no se contempló que el Modelo de atención establece al NBSS como la unidad

básica de organización del mismo y en consecuencia los resultados deben mostrarse por núcleo.

- La bibliografía disponible sobre estudios de factibilidad es escasa, lo que dificulta la fundamentación más amplia del presente estudio, sin embargo los resultados se presentan haciendo uso de la bibliografía disponible y la experiencia del investigador.

BIBLIOGRAFIA REFERIDA.

1. Soberón G. Introducción. En: Simposio La Reforma de la Salud en México. Gac Méd Méx 2001 p. 419 – 430.
2. Gómez-Dantés O. Reforma de la Atención de la Salud en México. Informando & Reformando 1999; (1): 6-7.
3. Nigenda G, Langer A. Reforma del Sector Salud y Programas de Salud Reproductiva. Un encuentro necesario. Informando & Reformando 2001; (7): 4-5.
4. Santacruz Varela J, Díaz Abaunza R, Gómez Bernal E, Real Mata T, Bañuelos Camacho R, et al. Indicadores y noticias de salud. Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Proyecto de desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias. Salud Pública Mex 1994; 36 (6).
5. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS). Versión preliminar. México Secretaría de Salud; 2001.
6. Fundación Mexicana para la Salud. Necesidades de salud. En: Frenk J, ed. Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1997: 403-426.
7. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2000-2006. México Secretaría de Salud; 2001.
8. Lezana-Fernández MÁ, Álvarez-Lucas CH, Leviz-Cordero A. Evaluación del programa de mejoramiento de servicios de Salud México-BID 1991. Salud Pública Méx 1993; 35 (6): 541-549.
9. Reséndez C, Garrido F, Gómez-Dantés O. Disponibilidad de medicamentos esenciales en unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, México. Salud Pública Mex 2000; 42 (4): 298-308.
10. Moreno Ochoa JA, Chacon Sosa F, Hernández Torres F, Oviedo Arce J. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en México: Condiciones, principios rectores y estrategias. Higiene 1989; 39 (1): 11-16.
11. Yepes FJ, Duran-Arenas L. Bases conceptuales para una gestión empresarial de los Sistemas Locales de Salud. Salud Pública de México 1994; 36 (2): 190-199.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

1. Anaya R, Chacón F, Hernández F. Administración. Planeación de proyectos en unidades hospitalarias: Diseño del Plan Detallado para la Ejecución del Proyecto Parte III. Directivo Médico 1995.
2. Aspe P, Beristain J. Distribución de los servicios educativos y de salud. Salud Pública Mex 1990; (32): 430-439.
3. Aycaguer S. Cultura Estadística e Investigación Científica en el campo de la salud. México: Díaz de Santos; 1997.
4. Barrenechea JJ, Trujillo E, Chorny AM. Implicaciones para la Planificación y administración de los Sistemas de salud. Salud para todos en el año 2000. Universidad de Antioquia; 1990.
5. Camel F. Estadística Médica y planificación de la Salud. Mérida, Venezuela: Consejo de publicaciones; 1991.
6. Cantu D. H. Guía para la elaboración de Estudios de Factibilidad. 3ª. ed. Monterrey N.L. México: ITESM; 1989.
7. Comité de proyecto. Informe de proyecto. Programa de mejoramiento de servicios de salud (me-0159). México, D. F.: Comité de proyecto; 1986.
8. Chacón S. F. Control administrativo de Servicios de Salud. Salud Uninorte (Barranquilla Col.) 1990; 6-7 (2): 93-98.
9. Chacón S. F. Propuesta metodológica para la programación de servicios de salud. Salud Uninorte (Barranquilla Col.) 1990; 6-7 (1): 9-14.
10. Chacón S. F. Talleres de Bases Metodológicas para la formulación de programas y proyectos.
11. Dirección General de calidad y Educación en salud, Dirección de impulso a la gestión de calidad, Subdirección de calidad de la atención médica. Primer Nivel. Acreditación de establecimientos públicos para la prestación de servicios de salud. México Secretaría de Salud.
12. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Sistema Institucional de Evaluación. Sistema Nacional de Salud. México, D. F. SSA; 1991.

13. Fleury S. Reforma de la Atención a la salud en América latina: Retos y alternativas. *Informando & reformando* 2001; (7): 6-9.
14. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006. México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos; 2001.
15. Instituto nacional de Salud Pública. Memorias del IX congreso Nacional de Investigación de Salud Pública. México Instituto nacional de Salud Pública.
16. Kirkwood B. *Medical statistics*. Blackwell Scientific Pub (Reino Unido) 1988.
17. Ley General de Salud. 2000.
18. Martel JP, Diez Vegas FJ. *Probabilidad y Estadística en Medicina*. Díaz de Santos; 1997.
19. Meerhoff R. *Descentralización, Financiamiento, Costeo y Autogestión de establecimientos de salud: Una visión integrada*. OPS; 1997.
20. OMS/OPS. *Planificación de la Salud en América Latina*. Washington, D.C.: OMS/OPS; 1973.
21. Pabon L. *Evaluación de los Servicios de Salud. Modelo Prides*. Cali, Colombia: Facultad de Salud, departamento de Medicina Social, Universidad del valle Colombia; 1985.
22. Pérez-Cuevas R, Libreros V, Reyes S, Santacruz J, Alanís V, Gutiérrez G. Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos. *Salud Pública Mex* 1994; 35 (5): 492-502.
23. Ruelas Barajas E. *Calidad, Productividad y Costos*. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 298-304.
24. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G. El papel de la jurisdicción sanitaria en los sistemas estatales de salud. *Salud Pública Mex* 1988; 30: 197-201.
25. San Martín. *Administración en salud Pública. Teoría. Práctica. Investigación*. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V.
26. Secretaría de Salud. *Modelo de atención en Salud para Población Abierta*. San Luis Potosí: SSA; 1998.

27. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana 003-SSA2-1993. Para la disposición de sangre y componentes con fines transfusionales. México: SSA; 1993.
28. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana SSA 015-2000 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes. México: SSA; 2000.
29. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud. Coordinación de Proyectos Estratégicos. Certificación de los Servicios de Salud para Población Abierta en el Primer Nivel de Atención. Anteproyecto. México: SSA; 2001.
30. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. Certificación de Jurisdicciones Sanitarias. México: SSA; 1998.
31. Servicios de Salud de San Luis Potosí. Dirección de Equidad y Desarrollo en Salud. Subdirección de Atención Médica de Primer Nivel. Análisis del Desempeño de las Unidades de Salud en el Primer Nivel de Atención. Modelo de Evaluación. San Luis Potosí: Servicios de Salud de San Luis Potosí; 2002.
32. SSA. Dirección General de Estadística e Informática. Anuarios Estadísticos 1996-1999. México: SSA; 2000.
33. Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. Acreditación de Jurisdicciones Sanitarias. México: SSA.
34. Vergara C. El contexto de las Reformas del Sector Salud. Rev Panam Public / Pan Am J Public Health 8 (1/2), 2000.
35. Wayne W. D. Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y la educación. México: McGraw Hill; 1990.

Anexo 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	TIPO	FORMULA	ESTANDAR	PONDERACION	ITEM	FUENTE
RECURSOS	RECURSO NUCLEAR	Disponibilidad de NB necesarios	Cuantitativa discreta	NB existentes / NB necesarios	95 %	3	- No. de NB - Población de responsabilidad por unidad de salud	- Cuestionario al Personal de NB - Lista de verificación - ERO
	RECURSO HUMANO: - MEDICO	Disponibilidad de Médico por NB.	Cuantitativa discreta	No. de médicos / total de pob. Según pirámide	1 por NBSS.	3	- No. De médicos de NB - Población total según pirámide de población por NB	- Lista de verificación - Cuestionario al Personal de NB - Diagnóstico de Salud - Informe de NB
	- ENFERMERA DE CLINICA	Disponibilidad de enfermera de clínica por NB	Cuantitativa discreta	No. de enfermeras de clínica / total de pob. según pirámide	1 por NBSS.	3	- No. de enfermeras de clínica por NB "	"
	- ENFERMERA DE CAMPO	Disponibilidad de enfermera de campo por NB	Cuantitativa discreta	No. de enfermeras de campo / total de pob. según pirámide	1 por NBSS.	3	- No. de enfermeras de campo por NB "	"
	- PROMOTOR EN SALUD	Disponibilidad de promotores en salud por NB o Unidad de Salud	Cuantitativa discreta	No. de promotores en salud / total de pob. según pirámide	1 por 3 NB.	3	- No. de promotores de salud por Centro de Salud "	"
		Competencia del Recurso Humano	Cuantitativa discreta	(Nivel Académico + Tipo de Contratación + Antigüedad en C. de S. + No. de capacitaciones sobre el MASPA / 4	Recurso Humano con 3 puntos en competencia técnica	3	- Nivel académico - Antigüedad en atención primaria - Capacitación en MASPA - Tipo de contratación	- Cuestionario al Personal de NB - Tabulador de salarios

		Disponibilidad de NB con recursos humano completo (NB con un médico, una enfermera de campo y una enfermera de clínica).	Cuantitativa discreta	No. de NB con recursos humanos completos / No. de NB existentes	95 %	3	- No. De médicos de NB - No. de enfermeras de clínica por NB - No. de enfermeras de campo por NB	- Cuestionario al Personal de NB - Lista de verificación
	RECURSO FISICO	Disponibilidad de consultorio médico por 3000 hab. o 500 Fam.	Cuantitativa discreta	Total de consultorios / total de población en pirámide de pob.	1 por NBSS.	3	- No. de consultorios	- Lista de verificación - Diagnóstico de Salud - Informe de NB
	RECURSOS MATERIALES	Disponibilidad del NB con equipamiento completo y funcional	Cuantitativa discreta	Mobiliario, equipo e instrumental existente y funcional en el NB/ Mobiliario, equipo e instrumental normado como existente y funcional en el NB	90 %	3	- Mobiliario básico de consultorio - Equipo básico de consultorio - Instrumental básico de consultorio	- Lista de verificación
		Abasto de CBEM	Cuantitativa discreta	Total de medicamentos existentes del CBEM / total de medicamentos del CBEM normados	80 %	3	- CBEM	- Lista de verificación
		Abasto de Biológico	Cuantitativa discreta	Total de Biológico existente / total de biológico normado	100 %	3	- Biológico	- Lista de verificación

VARIABLE	INDICADOR	TIPO	FORMULA	ESTANDAR	PONDERACION	ITEM	FUENTE
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Promedio de Consultas por hora médico contratada	Cuantitativa discreta	Total de consultas otorgadas / total de hrs. Medico contratada	3-4 / hr.	3	- Total de consultas otorgadas - Hrs. contratada por día	- Cuestionario al Personal de NB - SISPA - Informe de NB
	Número de consultas prenatales por embarazada	Cuantitativa discreta	Total de consultas de primera vez por embarazo / Total de consultas a embarazadas	5 consultas	3	- Consultas de 1ª. Vez a embarazadas - Total de consultas a embarazadas	- Informe de NB
	MEF usuarias activas de métodos de PF	Cuantitativa discreta	Total de mujeres usuarias de MPF / total de MEF con VSA de NB	70%	2	- Usuarias activas de métodos de PF - Pobl. De 12 a 49 años con VSA	- Diagnóstico de Salud - Informe de NB
	Esquema Completo de vacunación en niños de 1 año	Cuantitativa discreta	Total de niños de 1 año de edad con Esquema completo de Vacunación. / Total de niños de 1 año	98%	3	- Total de Niños de 1 año - Total de niños de 1 año con esquema completo de vacunación	- PROVAC
	Porcentaje de Mujeres de 25 a 64 años que hacen uso de los servicios de salud para la DOC	Cuantitativa discreta	No. de detecciones realizadas a mujeres de 25 - 64 años / total de mujeres de 25-64 años del NB	80 %	2	- Población de mujeres de 25 - 64 años - Total de detecciones realizadas a mujeres de 25 - 64 años	- Diagnóstico de Salud - Informe de NB
	Referencia y Contrarreferencia de pacientes	Cuantitativa discreta	No. de pacientes contrarreferidos / Total de pacientes referidos	70%	3	- Total de referencias - Total de contrarreferencias	SISPA

	Comité formado y funcionando (según el SISPA).	Cuantitativa discreta	No. de Comité formado/ No. Comité funcionando	1 Centro de Salud	2	- Comité de Salud formado -Comité de salud funcionando	SISPA
	Tiempo de trabajo en campo (hrs. por semestre dedicadas a campo).	Cuantitativa discreta	Tiempo de trabajo realizado en campo / tiempo de trabajo normado en campo	90%	3	- Distribución de tiempo por semana: - Hrs. promedio dedicadas a campo	- Cuestionario al Personal de NB
	Tiempo de espera (usuarios que esperan 30 minutos para recibir consulta).	Cuantitativa discreta	Usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta / usuarios atendidos	80%	3	- No. de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta - Total de usuarios atendidos	- Base de datos CNC
	Trato recibido (porcentaje de usuarios que se encuentran al salir de la consulta satisfechos con el trato recibido).	Cuantitativa discreta	Usuarios satisfechos con el trato recibido / Usuarios Atendidos	90%	3	- No. de usuarios satisfechos con el trato recibido - Total de usuarios atendidos	- Base de datos CNC

VARIABLE	TIPO	ITEM	FUENTE
POBLACIÓN	Cuantitativa discreta	- Población de responsabilidad por unidad de salud. - Población total según pirámide de población por NB.	- ERO - Diagnóstico de Salud - PROVAC

		<ul style="list-style-type: none"> - Población de 12 a 49 años con VSA. - Total de Niños de 1 año. - Población de mujeres de 25 – 64 años 	
METAS	Cuantitativa discreta	Ver todos los de Capacidad de Respuesta y Población.	Ver las de Capacidad de Respuesta y Población.

**FACTIBILIDAD TECNICA DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION A LA
SALUD (MIDAS). JURISDICCION SANITARIA No. 1, S.L.P. 2004.**

CUESTIONARIO DIRIGIDO A PERSONAL DE NBSS.

Nombre de la Unidad.- _____
 Clave de la Unidad.- _____
 Fecha de llenado.- _____
 Núcleo Básico Número.- _____

Agradecemos de antemano su participación en este estudio, que pretendemos sea en beneficio de nuestro trabajo. ¡Gracias!

INDICACIONES:

Seleccione subrayando, o bien en su caso escriba la respuesta.

- 1.- Área en que se desempeña:** 1) Médico 2) Enfermera de Clínica
 3) Enfermera de campo 4) Promotor en salud
 5) Enfermera responsable de Núcleo Básico
- 2.- Nivel Académico:** 1) Pasante de Técnico 2) Pasante de Licenciatura
 3) Nivel Técnico 4) Nivel Licenciatura
 5) Especialidad 6) Maestría
 7) Otro ¿Cuál? _____
- 3.-Tipo de Contratación laboral:** 1) Becario por Servicio Social 2) Eventual
 3) Base 4) Confianza
- 5.- Horas contratadas por día:** _____
- 6.- Distribución de tiempo campo/clinica:**
 Horas promedio semanales dedicadas a campo: _____
 Horas promedio semanales dedicadas a clínica: _____
- 7.- Tiempo de antigüedad en centros de Salud (Sumando el permanecido en este Centro de Salud y en otros anteriores):** _____
- 8.- Número de Capacitaciones recibidas sobre el MASPA (Modelo de Atención a la salud para Población Abierta):** _____

D. Instrumental Básico en la Unidad de Salud.

DESCRIPCION.	CANTIDAD REQUERIDA	EXISTENCIA
Pinza de pozzy recta	1 *	
Tijeras de metzeinbaum o mayo curva o recta	1 *	
Espejo vaginal chico	1 *	
Espejo vaginal mediano	6 *	
Espejo vaginal grande	1 *	
Histerómetro	1 *	

E. Biológico.

FECHA DE ABASTO.- _____

DESCRIPCION.	STOCK	EXISTENCIA
Frasco de vacuna Sabin		
Frasco de vacuna BCG		
Frasco de vacuna Pentavalente		
Frasco de vacuna Triple Viral		

COOIFICACION:

TABLAS I Y II.A

0=NO EXISTE

1=EXISTE

TABLAS II. E y F

0=NO EXISTE

1=EXISTE INSUFICIENTE

2=EXISTE SUFICIENTE

TABLAS II. B, C y D

0=NO EXISTE

1=EXISTE INCOMPLETO

2=EXISTE PERO NO ES FUNCIONAL

3=EXISTE Y ES FUNCIONAL

* Hasta 3 NB
** Por Centro de Salud

FECHA DE ABASTO.- _____

F. Cuadro Básico Esencial de Medicamentos.

DESCRIPCION	CLAVE	STOCK	EXISTENCIA
Paracetamol. Tab. 500 mg.	104		
Paracetamol. Sol. Oral. 100 mg.	106		
Metamizol sódico. Comprimidos 500 mg.	108		
Metamizol sódico. Sol. Iny. 1 gr.	109		
Clorfenamina. Tab. 4 mg.	402		
Difenhidramina clorhidrato. Jbe.	405		
Hidrocortizona. Sol. Iny. 100 mg.	474		
Hidrocortizona. Sol. Iny. 500 mg.	475		
Isosorbida. Tab. Sublinguales 5 mg	592		
Epinefrina. Sol. Iny de 1 mg.	611		
Oxido de zinc. Pasta.	804		
Bencilo. Emulsión dérmica 30 mg.	861		
Clioquinol. Crema 30 mg.	872		
Butilioscina. Grageas 10 mg.	1206		
Butilioscina. So.l iny. 20 mg.	1207		
Aluminio y Magnesio. Susp. Oral	1224		
Ranitida. Tab. O grageas 150 mg.	1233		
Metoclopramida. Tab. 10 mg.	1242		
Bencilpenicilina procainica con bencilpenicilina cristalina de 800,000 U.I. Polvo, susp. Iny.	1924		
Dicloxacilina. Comprimidos o cápsulas 500 mg.	1926		
Ampicilina. Tab. O capsulas 500 mg.	1929		
Amoxicilina. Susp. Oral 500 mg.	2127		
Amoxicilina. Cápsulas 500 mg.	2128		
Dextrometorfano. Jarabe 15 mg.	2431		
Ambroxol. Comprimidos 30 mg.	2462		
Ambroxol. Sol. Oral 300 mg.	2463		
Clorfenamina compuesta. Tab. 4 mg.	2471		
Cloramfenicol. Sol. Oftálmica 5 mg.	2821		
Difenidol. Tab. 25 mg.	3111		
Naproxeno. Tab. 250 mg.	3407		
Diclofenaco. Cápsulas 100 mg.	3417		
Hartmann. Sol iny.	3616		
Hartmann. Sol iny.	3630		

El autor(a) concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“FACTIBILIDAD TÉCNICA DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA SALUD EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. I, SAN LUIS POTOSÍ, 2003”** para propósitos de consulta académica.

Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial o total.


Beatriz Carrizález Zamarrón.

San Luis Potosí, S.L.P., Noviembre del 2004.

