

MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

UNA PROPUESTA PARA LOS INSTITUTOS
ESTATALES DE SEGURIDAD SOCIAL DE MÉXICO

Hilda Santos Padrón

MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

UNA PROPUESTA PARA LOS INSTITUTOS
ESTATALES DE SEGURIDAD SOCIAL DE MÉXICO

Hilda Santos Padrón

2025 por Atena Editora

Copyright© 2025 Atena Editora

Copyright del texto © 2025, el autor Copyright
de la edición© 2025, Atena Editora

Los derechos de esta edición han sido cedidos a Atena Editora por el autor.

Publicación de acceso abierto por Atena Editora

Editora jefe

Prof. Dr. Antonella Carvalho de Oliveira

Editora ejecutiva

Natalia Oliveira Scheffer

Imágenes de la portada

iStock

Edición artística

Yago Raphael Massuqueto Rocha



Todo el contenido de este libro está licenciado bajo la licencia
Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

Atena Editorial mantiene un firme compromiso con la transparencia y la calidad en todo el proceso de publicación. Trabajamos para garantizar que todo se realice de manera ética, evitando problemas como plagio, manipulación de información o cualquier interferencia externa que pueda comprometer la obra.

Si surge alguna sospecha de irregularidad, será analizada con atención y tratada con responsabilidad.

El contenido del libro, textos, datos e informaciones, es de total responsabilidad del autor y no representa necesariamente la opinión de Atena Editorial. La obra puede descargarse, compartirse, adaptarse o reutilizarse libremente, siempre que se mencionen el autor y la editorial, de acuerdo con la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Cada trabajo recibió la atención de especialistas antes de su publicación.

El equipo editorial de Atena evaluó las producciones nacionales, y revisores externos analizaron los materiales de autores internacionales.

Todos los textos fueron aprobados con base en criterios de imparcialidad y responsabilidad.

MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

| Autora:

Hilda Santos Padrón

| Revisión:

La autora

| Diseño:

Nataly Gayde

| Portada:

Yago Raphael Massuqueto Rocha

Datos de catalogación en publicación internacional (CIP)

P124 Padrón, Hilda Santos
Modelo integral de atención en salud / Hilda Santos
Padrón. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2026.

Formato: PDF
Requisitos del sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acceso: World Wide Web
Incluye bibliografía
ISBN 978-65-258-4050-5
DOI <https://doi.org/10.22533/at.ed.505261802>

1. Sistemas de salud. 2. Atención integral de salud.
I. Padrón, Hilda Santos. II. Título.

CDD 362.1

Preparado por Bibliotecario Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

📞 +55 (42) 3323-5493

📞 +55 (42) 99955-2866

🌐 www.atenaeditora.com.br

✉ contato@atenaeditora.com.br

CONSEJO EDITORIAL

CONSEJO EDITORIAL

- Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
- Prof. Dra. Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidad Federal de Lavras
- Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontificia Universidad Católica de Goiás
- Prof. Dra. Ariadna Faria Vieira – Universidad Estatal de Piauí
- Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidad Federal del Sur y Sudeste de Pará
- Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidad Federal de Goiás
- Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidad Federal de Ouro Preto
- Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidad Federal Fluminense
- Prof. Dra. Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidad Federal de Piauí
- Prof. Dra. Dayane de Melo Barros – Universidad Federal de Pernambuco
- Prof. Dr. Elio Rufato Junior – Universidad Tecnológica Federal de Paraná
- Prof. Dra. Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal de Río de Janeiro
- Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal de Pará
- Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – Universidad Federal de Rondônia
- Prof. Dra. Glécilla Colombelli de Souza Nunes – Universidad Estatal de Maringá
- Prof. Dr. Humberto Costa – Universidad Federal de Paraná
- Prof. Dr. Joachin de Melo Azevedo Sobrinho Neto – Universidad de Pernambuco
- Prof. Dr. João Paulo Roberti Junior – Universidad Federal de Santa Catarina
- Prof. Dra. Juliana Abonizio – Universidad Federal de Mato Grosso
- Prof. Dr. Julio Cândido de Meirelles Junior – Universidad Federal Fluminense
- Prof. Dra. Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educación, Ciencia y Tecnología de Paraná
- Prof. Dra. Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educación, Ciencia y Tecnología de Pará
- Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus – Instituto Federal de Educación, Ciencia y Tecnología
- Prof. Dra. Talita de Santos Matos – Universidad Federal Rural de Río de Janeiro
- Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidad Federal Rural del Semiárido
- Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidad Federal de Alfenas

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A todos los derechohabientes de los Institutos de Seguridad Social en
cada una de las entidades federativas de México, quienes también
merecen recibir servicios de salud equitativos, humanos,
eficientes y eficaces.

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los directivos y funcionarios que dedicaron su esfuerzo y se empeñaron en que el ISSET tuviera un Modelo de Atención para beneficio de sus derechohabientes, especialmente a Víctor Castro Georgana y Clara M. Martínez Hernández y sus equipos, Emilio Valerio Gómez†, Marta Carmona Núñez, César A. Estrada López y a los colegas Yolanda Hernández Aguirre en la Unidad de Medicina Familiar, José Luis Lorenzo Domínguez y Marina Toledo Torres en los municipios Cunduacán y Huimanguillo respectivamente.

No por mencionarlos al final, siento menos agradecimiento por los expertos colegas de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, que nos acompañaron desde la etapa de diseño del MIAS hasta su implementación en la fase experimental, labor que realizaron con amabilidad y total entrega.

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

La implementación y desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social resultan relevantes para el proceso de mejora individual y el progreso económico de cualquier sociedad, no solo como factor de bienestar y tranquilidad para los trabajadores y sus familias, sino como un instrumento estratégico para evitar o mitigar la pobreza, combatir las enfermedades, aumentar la productividad y promover la solidaridad humana, en la construcción de un futuro más equitativo y más justo.

No existe un modelo único y estático para la Seguridad Social por eso, sus bases e instrumentos deberán adaptarse y evolucionar con las condiciones cambiantes del colectivo humano al que beneficia. En el estado de Tabasco están representados todos los modelos de Seguridad Social existentes en el país, e implementados según las características particulares de los diferentes segmentos poblacionales. Con el diseño y ejecución de un nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) como instrumento estratégico para la actualización de las prestaciones, se propusieron cambios sustanciales en la atención médica y los servicios de salud para nuestros derechohabientes. El Modelo surgió con la clara intención de impregnar a nuestros servicios con los valores fundamentales que deben caracterizar a la salud: la calidad, la equidad, la integralidad, la transparencia y la continuidad de los cuidados.

El Modelo de Atención que se presenta, constituyó también un llamado a crear un nuevo escenario que permitiera establecer con los derechohabientes, un marco de relaciones más sólido y afianzar el firme propósito de servir con conocimientos y habilidades, a quienes requieren nuestra atención. Además, no olvidamos que, tanto el éxito de este nuevo instrumento como el éxito institucional, dependerían estrechamente de lo que cada uno hiciese, dijese y entregase cada día y frente a cada persona. Con el nuevo Modelo, pretendimos que los servicios de salud fueran eficientes y oportunos, con reconocimiento de la dignidad de las personas y el aprovechamiento pleno de los avances de la medicina.

El reto de los servidores públicos está en su capacidad de adelantarse, de percibir las nuevas necesidades, anticiparse a los reclamos más sentidos de los trabajadores y servir con miras al futuro. Intentamos modestamente la renovación de las prestaciones médicas, a través del diseño e implementación experimental de un Modelo de Atención, que podría ser aplicable en otras instituciones similares y que con sumo gusto aquí presentamos.

Dra. Hilda Santos Padrón

PRÓLOGO

PRÓLOGO

He recibido la encomienda, por cierto, muy placentera, de prologar este valioso libro de la Dra. Hilda Santos Padrón y trataré de ser lo más objetivo posible, basándome en los años de experiencia que llevo en el campo de la Salud de los Trabajadores y de la Seguridad Social. Ciento es, que no debo hacer comparaciones de cómo se desarrolla este campo en mi país con lo que sucede en otros países de Latinoamérica, por cuestiones de diferencias obvias de sistemas políticos. No obstante, conozco con bastante profundidad los sistemas de seguridad social de nuestros países hermanos y por eso admiro aún más el modelo que he leído y releído en este libro, lo que me produce cada día un mayor reconocimiento del talento y la visión de la autora.

Al revisar este modelo o instrumento (MIAS), me sentí que estaba evaluando un proyecto de investigación para optar por el grado de máster o de doctor en ciencias de la salud, pero que el proyecto ya tenía hasta una fase de ensayo, de pilotaje o experimental, lo que me hacía muy comprensible su lectura. Considero que el prólogo lo escribió la propia autora en el espacio de Presentación y lo hizo en forma sencilla, modesta y asequible a los lectores, por lo que me voy a ceñir a destacar

los aspectos para mí más relevantes.

El modelo cumple con todos los parámetros científico-técnicos que le aportan rigor tal como un proyecto de investigación y los capítulos todos describen con claridad los pasos a seguir. Entre los Principios destaca la importancia de la continuidad para alcanzar a corto, mediano y largo plazo los objetivos propuestos. Pero lo que más me impresionó es cuando se destaca en el libro lo relacionado con la Voluntad Política, sin la cual no se llegan a obtener:

1ro. Prioridad en la implantación de cualquier modelo o programa. La prioridad hace posible, aún con crisis económica, llevar a cabo resultados positivos.

2do. Una correcta y profunda intersectorialidad.

3ro. Satisfacción de los trabajadores del ISSET, de los trabajadores y familiares asegurados y no olvidar una mayor productividad.

El lector conocerá cómo la autora trata con un gran realismo y crudeza el estado precario y actual de la salud y seguridad del trabajo en el mundo, de ahí que destaca en su modelo las actividades promocionales y preventivas.

PRÓLOGO

PRÓLOGO

Para terminar, considero que esta obra debe ser ampliamente divulgada entre los profesionales que tienen la responsabilidad de velar por la salud de los trabajadores y sus familiares, pero también por los directivos y funcionarios de la seguridad social y además por los movimientos sindicales de nuestra querida Latinoamérica. Solo me resta darle a la Dra. Santos, las gracias por su contribución con el modelo creado por ella y su colectivo de trabajadores.

DrC. Antonio Granda Ibarra

Fundador y primer director. Instituto de Salud de los Trabajadores de Cuba.

Profesor de Merito de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

Investigador de Merito de la Academia de Ciencias de Cuba.

Consultor en salud ocupacional de la OMS/OPS desde 1980

Profesor consultante de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba

18 de junio de 2016

EXERGO

EXERGO

Los seres humanos no son iguales unos a otros, pero nosotros podemos decidirnos a luchar por la igualdad de derecho.

Karl Popper

CONTENIDO

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I - MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD. ISSET	5
CAPÍTULO II - OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DEL MODELO	13
CAPÍTULO III - ESTRATEGIAS BÁSICAS DEL MODELO.....	16
CAPÍTULO IV - METODOLOGÍA OPERATIVA	27
CAPÍTULO V - EVALUACIÓN DEL MODELO	40
CAPÍTULO VI - ETAPAS EN EL DISEÑO DEL MIAS.....	44
CAPÍTULO VII - IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO.....	47
CONCLUSIONES	61
REFERENCIAS	62
ANEXOS	67
AUTORES.....	84



INTRODUCCIÓN

Se reconoce en todo el mundo que en los ambientes laborales se acumulan riesgos que amenazan o afectan la salud de los trabajadores. En nuestro caso, los servidores públicos deben trabajar en un ambiente laboral no riesgoso que además de proporcionarles una justa retribución económica, les ofrezca niveles adecuados de estabilidad y garantías suficientes de seguridad económica personal y familiar cuando cesen sus actividades laborales, ya sea por su edad o cualquier otra circunstancia.

Ante estos requerimientos los gobiernos tienen el deber de otorgar a sus trabajadores en todos los niveles de servicios, un régimen de seguridad social sostenible en el tiempo, sin riesgo para las finanzas públicas y cuya acción protectora les garantice la conservación o la restauración de su estado de buena salud, les proporcione servicios que faciliten su productividad laboral, propicien la convivencia, apoyen su desarrollo cultural y contribuyan al equilibrio de la economía familiar, así como garantizarles el derecho a percibir una pensión que al momento de su retiro les asegure una vida digna y desahogada, ante sus necesidades económicas.

La seguridad social de los servidores públicos de nuestra entidad se materializa por el conjunto de prestaciones y servicios que ofrece el Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET), organismo descentrado de la Secretaría de Planeación y Finanzas. "El ISSET, tiene por objeto proporcionar seguridad social a los servidores públicos de los poderes del Estado, municipios, organismos descentralizados, empresas de participación estatal y en general con quienes convengan con el Instituto".¹ Por lo dispuesto en el artículo 53 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado de Tabasco, desde el ISSET se asume la responsabilidad de brindar los servicios de atención médica que se proporcionan a los trabajadores gubernamentales y a sus familiares derechohabientes, del cuidado de los hijos de las madres trabajadoras durante los tiempos laborales, del otorgamiento de préstamos a los trabajadores y los pensionados, del sistema de pensiones y de los servicios de apoyo al fallecimiento.

Como en todas estas instituciones, entre las prestaciones que otorga esta Ley, en su Capítulo xi, se encuentran las prestaciones médicas, para beneficio tanto del trabajador como de sus familiares y que se distribuyen en:

- a. De salud.
- b. De maternidad.
- c. Por accidente de trabajo.
- d. Por enfermedad no profesional.

Además, relacionados con la gestión de servicios de salud del órgano se incluyen tres seguros:

- A. Promoción de Salud: artículos 74,75 y 76.
- B. Seguro de enfermedades no profesionales: artículos 77 y 78.
- C. Seguro de Maternidad: artículos 79, 80 y 81.
- D. Seguro por accidente de trabajo y enfermedades profesionales: artículos 83-92.

En las últimas décadas, con la organización y funcionamiento del ISSET se intentó responder a las necesidades de los trabajadores del gobierno del Estado y sus dependientes, cifra que ascendía en el año 2008 a 303 757 afiliados. (Cuadro 1)

Durante este período, los directivos y trabajadores del ISSET trataron de cumplir eficientemente con sus responsabilidades públicas pero las imperfecciones, insuficiencias y límites que imponía su propio marco jurídico, impidió en parte que se reconociera como una institución sólida y capaz de enfrentar los cambios de nuestro entorno social, así como las transformaciones que previsiblemente tendría nuestra sociedad en el futuro más próximo.

En Tabasco, como en el resto de nuestro país y en las demás sociedades en desarrollo, compartimos un paulatino cambio demográfico caracterizado por el rápido crecimiento de los núcleos urbanos y la extensión de la vida, así como una profunda transición epidemiológica. El acelerado envejecimiento de la población, la elevada prevalencia de enfermedades de larga duración y la prioridad tecnológica en la atención médica, generan cambios significativos en el perfil de la demanda de servicios de salud, cada día más complejos y costosos. En este contexto, las aportaciones y cuotas previstas por la Ley vigente entonces resultaban exigüas y constituyan la principal causa de la poca calidad, la inoportunidad y los problemas de equidad que persistían en los servicios ofrecidos a los derechohabientes. Con la finalidad de elevar esas cuotas y aportaciones destinadas a las prestaciones y que no llegaban a cubrir los gastos, en el sexenio 2007-2012 se otorgaron para los servicios médicos del Instituto recursos pertenecientes al Gobierno del Estado.

Cuadro 1. Población derechohabiente del ISSET. 2008

Municipio	Asegurados	Más beneficiarios
Balancán	1 733	6 585
Cárdenas	5 621	21 359
Centla	1 937	7 360
Centro	40 907	155 446
Comalcalco	3 992	15 169
Cunduacán	3 200	12 160
Emiliano Zapata	1 097	4 168
Huimanguillo	3 043	11 563
Jalapa	1 450	5 510
Jalpa de Méndez	3 588	13 634
Jonuta	839	3 188
Macuspana	3 531	13 417
Nacajuca	2 839	10 788
Paraíso	1 575	5 985
Tacotalpa	1 402	5 327
Teapa	1 625	6 175
Tenosique	1 557	5 916
Población total	79 936	303 757

Fuente: Dirección de Prospectiva del ISSET. 2008.

En ese período el equipo de dirección del ISSET, reconoció como una urgencia la transformación de la administración pública estatal y municipal y estableció como uno de sus objetivos fundamentales, lograr que estas respondieran efectivamente a los deseos y esperanzas de todos los tabasqueños. Esta transformación que privilegiaba a las prestaciones médicas, debía iniciarse con la implementación de un Modelo Integral de Atención en Salud, sustentado en diversos estudios especializados y en la revisión acuciosa de varias experiencias similares en el ámbito nacional e internacional. Los pilares del modelo fueron un renovado enfoque acerca de los trabajadores como “sujeto-centro” del trabajo institucional, una permanente observación de sus condiciones laborales y una reorientación en la atención de sus beneficiarios. Esto contribuiría a que los servidores públicos se sintieran satisfechos con las actividades que desempeñaban, de la atención que recibían, del salario que percibían y la seguridad social que se les garantizaba, en aras de elevar su productividad y en

consecuencia, la calidad y nivel de vida. Además del diseño y ejecución del MIAS, se reorientó la misión institucional y se sometió a aprobación del gobierno del Estado una modificación sustancial de la Ley del ISSET, que respaldara los cambios necesarios en todas las prestaciones.

En el período 2009-2010 se ejecutó el Modelo en fase experimental mediante el desarrollo del Programa Salud del Trabajador -uno de sus dos componentes básicos- en 424 centros laborales de tres municipios seleccionados en el propio estado de Tabasco. Los resultados de esa implementación se incluyen en el Capítulo VII del libro.



CAPÍTULO I - MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD. ISSET

Fundamentos

Las prestaciones en el ISSET conforman un microsistema de atención incorporado al Sistema Estatal de Salud, pero carecían de un modelo de atención que lo respaldara y se ajustara a la nueva proyección de trabajo institucional que se estableció en el sexenio 2007-2012 y que se orientaba a lograr mejores resultados en la articulación entre el financiamiento, la prestación garantizada de servicios y la utilización de recursos, para satisfacer las necesidades de salud de los derechohabientes a corto, mediano y largo plazo.

Para atender la situación de salud de este segmento de la población se requería un modelo que contribuyera a modificar los perfiles de morbilidad y mortalidad, por supuesto, similares a los que mostraba la población del Estado y que se derivaban, como sucedía y sucede nacionalmente, de una transición epidemiológica caracterizada por un incremento del envejecimiento, índices elevados de enfermedades no transmisibles (ENT), enfermedades emergentes y reemergentes y por la presencia de los factores de riesgo, que propiciaban la aparición o progresión de esas enfermedades y daños. Entre los factores de riesgo para la población derechohabiente destacaban las dislipidemias, la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo, ciertas enfermedades de transmisión sexual, así como la dieta inapropiada y el sedentarismo. Es conocida la frecuente complicación de las ENT en el envejecimiento y para el período que se describe en nuestros derechohabientes mayores de 50 años, (Cuadro 2) se notificaron como las tres primeras causas de mortalidad: la diabetes ($23,6 \times 10\,000$), la cardiopatía isquémica (6,2) y 5,9 para la hipertensión arterial.² En consecuencia, al aumentar progresivamente este grupo de edad, aumenta la población mayoritariamente afectada por estas enfermedades transformadas en problemas de salud prioritarios.

Cuadro 2. Las 10 principales causas de mortalidad. ISSET. 2007

No.	Causa	Total	Tasa*
1	Diabetes mellitus	99	23,6
2	Cardiopatía isquémica	26	6,21
3	Hipertensión arterial	25	5,90
4	Insuficiencia renal crónica	15	3,50
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	12	2,80
6	Cirrosis hepática	11	2,60
7	Cáncer pulmonar	7	1,67
8	Interrupción de la circulación materno fetal	6	0,90 **
9	Evento vascular cerebral hemorrágico.	6	1,43
10	Fibrosis pulmonar	5	1,19
Total de defunciones		212	19,60

* Tasa específica para mayores de 50 años x 10 000; ** tasa específica para mujeres de 15-49 años.

Fuente: Dpto. Salud Pública. ISSET.

Definición y componentes

Son conocidas las acepciones del término “modelo” y en el campo de la salud pública se le define como: “el tipo de servicios de salud que la sociedad requiere y decide sostener y recibir. Constituye la manera de otorgar los beneficios de las ciencias de la salud a las personas, a las familias, a la población y al ambiente”.³ Esta definición incorpora un accionar de la sociedad que no parece tan real y en ese sentido, pareció más concreta la propuesta OPS/OMS: “La forma de organización que permite desarrollar el proceso de atención a la salud”.⁴ De tantas definiciones y conceptos revisados y consecuentes con los propósitos del Modelo, se consideró útil el concepto siguiente:

Un instrumento prescriptivo que -a partir de un conjunto de principios implícitos o explícitos- define los ámbitos de responsabilidad institucional, de vinculación intersectorial, la orientación e importancia de las funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención médica- sanitaria; así como, las estrategias generales que se proponen para transformar, reorganizar y fortalecer los servicios de salud.⁵

Esta definición, traduce con nitidez hacia donde se orientaba el modelo de atención propuesto para el ISSET, así como el paradigma que lo sustenta pues necesariamente estos modelos se fundamentan en pautas reconocidas como la biopsicosocial, que debidamente renovada ofrece una visión integral que facilita el desarrollo de un modelo de práctica específico. Se requería un Modelo Integral de Atención consecuente con los objetivos del ISSET y que modificara el paradigma de atención existente, con el propósito de mejorar la situación de salud del trabajador y sus beneficiarios. Lo integral en este enfoque representaba entre otros elementos, la aceptación de la influencia inevitable de los determinantes políticos, económicos, sociales, biológicos y psicológicos, es decir, “-las causas de las causas- sin cuya intervención no será posible el mejoramiento de la salud, ni se logrará la reducción de las desigualdades en salud, ni el alcance de las metas sociales globales”.⁶ Para alcanzar ese cambio de paradigma, el modelo se orientó hacia la atención centrada en el trabajador, la promoción de salud, la prevención de enfermedades y la renovación de la gestión clínica. Se sustentó en dos componentes principales: la salud en el trabajo y la salud de la familia.

Salud en el trabajo

La salud de los trabajadores es prerequisito esencial para la productividad y el desarrollo económico. A pesar de la disponibilidad de intervenciones efectivas para la prevención de riesgos ocupacionales y la promoción de la salud en el puesto de trabajo, existen grandes brechas al interior de cada país en relación con el estado de salud de los trabajadores y su exposición a riesgos laborales. Solamente una minoría de la fuerza de trabajo global, tiene acceso a servicios de salud ocupacional. En algunos sectores económicos y en algunos países, los indicadores de salud ocupacional muestran peores tendencias que en el pasado. Las mejores estimaciones consideran que alrededor de 10 000 millones de trabajadores se lesionan, 200 000 mueren cada año en accidentes laborales y entre 68 y 157 millones de nuevos casos de enfermedad ocupacional se atribuyen a exposiciones peligrosas o carga laboral. Las lesiones y enfermedades ocupacionales son mucho más importantes en los países desarrollados, donde vive el 70 % de la población trabajadora. La afectación de la salud de estos trabajadores, los daños y enfermedades ocupacionales tienen profundos efectos en su productividad laboral y en el bienestar económico y social de ellos, sus familias y sus dependientes.

Los problemas de salud y seguridad en el trabajo son en principio, prevenibles y deben de prevenirse utilizando todas las herramientas legislativas, instrumentos técnicos, investigativos, entrenamiento educativo, información e instrumentos económicos disponibles. Algunas industrias y países han demostrado que es técnicamente factible, económicamente productivo prevenir y minimizar los riesgos en el

lugar de trabajo. El servicio de salud ocupacional debía incorporar primero que todo un elemento preventivo multidisciplinario, que incluyera la vigilancia del ambiente laboral y la salud del trabajador y donde fuera apropiado, relevantes elementos de curación y promoción de salud. El punto focal para las actividades prácticas de la salud ocupacional es el lugar de trabajo. Los empleadores son responsables de planificar y diseñar un trabajo, puesto de trabajo, ambiente y organización laboral segura y saludable, así como también un mejoramiento constante de la salud y la seguridad en el puesto de trabajo. Finalmente, los trabajadores deben empoderarse para mejorar las condiciones para su propia acción, debe proporcionárseles información y educación y deben recibir toda la información para producir una respuesta efectiva de salud ocupacional con su propia participación.⁷

Desde la creación del ISSET y en la figura de sus prestaciones médicas, la respuesta a esos requerimientos de la salud laboral se limitó al cumplimiento de leyes mediante la emisión de dictámenes médicos sobre accidentes de trabajo, aptitud laboral y valoraciones diversas, sin considerar el contexto general del ambiente laboral y familiar del trabajador. En el nuevo modelo de atención se concibió la salud en el trabajo como la disciplina cuyo propósito es lograr el bienestar físico y psicosocial de los trabajadores en su puesto de trabajo, de ahí el enfoque integral del modelo, sustentado en dos grupos humanos básicos: el colectivo laboral y la familia. Con esa finalidad se establecieron las estrategias para garantizar una atención continua, resolutiva y oportuna, así como el desarrollo de un nivel de corresponsabilidad que contribuyera a disminuir los riesgos y daños que afectaban al trabajador en su entorno laboral y familiar. Esta nueva visión de la institución centraba su objeto de trabajo esencial en el derechohabiiente y se ajustaba, tanto a los requisitos internacionales y nacionales para este tipo de institución, como a la real necesidad de solucionar los problemas de salud de los trabajadores del estado de Tabasco.

Salud de la familia

Aunque el desarrollo social ha sido promotor de grandes beneficios, que ha incluido entre otros una expectativa de vida más larga, también ha traído aparejado nuevas concepciones de estructura y relaciones familiares al tiempo que se han producido drásticos cambios sociopolíticos y económicos a nivel mundial que han generado afectaciones bastante universales en la estabilidad, dinámica y funcionamiento de la familia.

Problemas como el desempleo, la pobreza, la guerra, el crimen, las variadas formas de violencia, las adicciones, la xenofobia, el abandono familiar y el azote de ciertas enfermedades, conforman una buena parte del dramático panorama de la familia en la actualidad. La familia como unidad básica de la sociedad no ha estado bien

posicionada en el campo de la salud pues su necesidad de atención, en tanto grupo de funcionamiento crucial en el desarrollo del individuo, no ha sido bien visualizada y su carácter de agente mediador no se ha tenido en cuenta suficientemente en las estrategias de promoción de la salud, prevención de los riesgos y en la recuperación de la enfermedad y sus secuelas. En ese sentido, “a pesar de la posición fundamental que ocupa la familia en la sociedad, no suele estudiarse desde el punto de vista de la salud pública; la interrelación compleja entre la familia y la salud está mal documentada y la información disponible revela muy pocos datos del entorno familiar”.⁸

Tal como sucedió con el concepto de “modelo de atención”, se revisaron los conceptos y definiciones sobre la salud de la familia, pues existen diferentes acepciones del término: una política pública, un movimiento de desarrollo de los servicios de salud, un campo conformado por diferentes grupos de edad o como un grupo específico de intervención. Sin dudas, “la salud familiar es un proceso único e irrepetible, que no se caracteriza por la suma de los problemas de salud individual de sus miembros, si no tiene un origen multicausal al intervenir factores socioeconómicos, sociopsicológicos, socioculturales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de los miembros. Por otro lado, la salud familiar se encuentra en continua transformación, debido a la influencia de los recursos protectores de la familia”.⁹

La salud familiar se expresa en la satisfacción y en el bienestar de los miembros con su familia, con una intimidad respetuosa donde prime el respeto al derecho individual, se potencie la autodeterminación, la responsabilidad de sí mismo y para con la familia, lo que propicia el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo. Esta incorporación del ciclo evolutivo individual dentro del grupo familiar, al parecer, constituye un elemento consustancial para entender el concepto y así vemos que la OPS, dentro de sus estrategias programáticas, hace referencia a la salud de la familia como “un campo de prioridad programática integrado por la salud de la adolescencia y la niñez, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva, la maternidad segura y saludable, y la reducción de la mortalidad materna”.¹⁰ Para enfrentar los problemas de salud que afectan a la familia como grupo social primario, se ha desarrollado universalmente la medicina familiar en las últimas décadas, estrechamente relacionada a la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y transformada en la disciplina-base, que contribuye a cumplir plenamente las actividades inherentes a dicha estrategia. Se asume que la medicina familiar garantiza una atención primaria de alta calidad y por tanto, quienes la ejerzan deberán mostrar un adecuado desempeño. Por otro lado, el nuevo concepto de salud requiere de “un médico experto en el manejo de todos aquellos problemas inherentes al paciente y a su familia, un médico que se dé cuenta de que la enfermedad puede ser algo diferente en grupos distintos, en varias edades o en ambientes diversos”.¹¹ Al igual que para la salud familiar, existen diversas definiciones

de la medicina familiar y en una de las más conci- sas se expresa: "esta disciplina se ocupa del ser humano sano y enfermo, en su medio familiar y afectivo, desde su nacimiento hasta su muerte. Además toma porciones de todas las otras disciplinas de las cuales deriva, pero aplicándolas en forma global y única a las familias".¹²

Cualquiera sea la definición de la medicina familiar, su propósito es lograr que la familia como grupo social primario, alcance niveles de salud necesarios para su bienestar, que entre otros factores dependerá de la estructura social y económica que la sustente. En ese sentido resultaba una prioridad en el ISSET, desarrollar un modelo de atención integral que privilegiara al trabajador asegurado, sostén económico familiar y a sus dependientes directos; en el caso de una familia nuclear a la esposa o concubina y los hijos, que se ampliaba a sus padres cuando cohabitaban en el núcleo familiar. Como elemento novedoso y a diferencia de otros modelos de atención familiar, la "puerta de entrada" a la familia estaría representada por el trabajador como derechohabiente, quien recibiría atención integral y al mismo tiempo ampliada a su ámbito familiar, a sus redes socioculturales y a sus condiciones de vida y trabajo. (Esquema 1)

Condiciones o bases para implementar el modelo

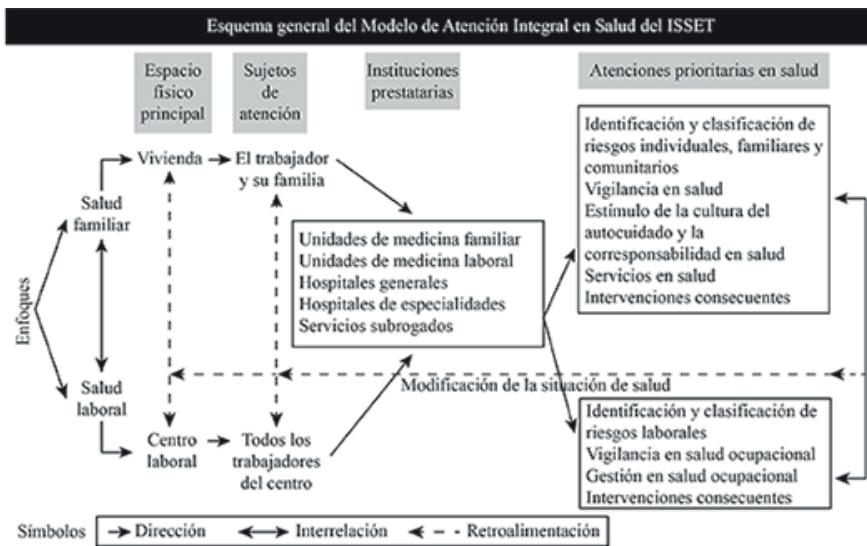
Para su implementación, el modelo requería de algunas condiciones entre ellas, la voluntad política, modificaciones al marco normativo legal y razonabilidad en la gestión de los recursos.

Voluntad política

En un sentido amplio, la voluntad política es el compromiso sostenido de los políticos y funcionarios de invertir los recursos necesarios para lograr objetivos específicos. Es la buena disposición de estos actores para realizar reformas e implementar políticas a pesar de la oposición; por el contrario, la falta de voluntad política es la ausencia de dicho compromiso y buena disposición. Asimismo, la voluntad política puede ser entendida en términos de tres conceptos interrelacionados: compromiso, liderazgo y capacidad de respuesta. El compromiso visible y sostenido de los líderes y funcionarios es crucial para lograr y sostener cambios positivos en actitudes, políticas y programas, sin embargo, la implementación y cumplimiento de los compromisos es con frecuencia débil y como resultado, la política bien intencionada se diluye o incluso desaparece. Asegurar un compromiso sostenido es difícil, especialmente cuando los cambios requeridos son contrarios a las normas y prácticas socioculturales.

En cuanto al Modelo ISSET, la base del cambio para la atención se asentará en los servicios de salud que se ofrecerán en centros laborales y en las unidades de medicina familiar de los municipios, por ello, tanto los directivos como los profesionales y

empleadores, deberán reconocer la relevancia y la necesidad de ese cambio y lograr el apoyo de los equipos que desarrollarán el proceso de transformación en cada uno de esos espacios. Esta aceptación es esencial ya que, probablemente, el proceso de cambio trascenderá a los períodos de gobierno estatal o de gestión en el ISSET y si esos cambios fuesen positivos, podrían mantenerse en las etapas posteriores. Tal como se vaticinó, el proceso de cambio trascendió al período de gobierno estatal y de gestión en el ISSET lo que impidió la generalización del modelo como se pretendió.



Modificaciones al marco normativo legal

En cuanto a las modificaciones al marco normativo legal, hay que tener presente que el marco legal que regulaba el funcionamiento del ISSET, incluía algunas condiciones que podrían limitar la gestión del nuevo modelo de atención, especialmente las referidas a la prevención de los riesgos laborales. Sin embargo, al estar reconocidos en dicha Ley los dos componentes del modelo: salud de la familia y salud en el trabajo, los procesos de atención podrían iniciarse transitoriamente bajo el marco legal vigente, aunque resultaba imprescindible regular su total ejecución mediante disposiciones reglamentarias *ad hoc*, que garantizaran mayor certidumbre legal. En consecuencia y sin que constituyera una condición, se propusieron iniciativas de reformas y adiciones a la ley que estaba vigente en el ISSET, o bien una nueva Ley, que le permitiría atender con oportunidad y calidad sus obligaciones para con los trabajadores del gobierno del Estado y sus beneficiarios. Ahora que se aprobó la tan solicitada y esperada reforma de la Ley ISSET, no se menciona la implementación del modelo de atención.

Racionalidad en la gestión de los recursos

Otra condición para implementar el modelo era la necesidad de disponer de recursos para su desarrollo exitoso, aunque frecuentemente se desestimara el compromiso de gestionar racionalmente esos recursos. Para la ejecución del MIAS se requería una reorganización estructural y funcional de la institución, que incluía desde la creación de una Subdirección para la atención a la salud del trabajador, la reorientación de las Unidades de Medicina Familiar, la selección y contratación de profesionales que recibirían preparación técnica y gerencial para desarrollar sus competencias, hasta la disponibilidad de tecnologías de la información y las comunicaciones que facilitaran la integración del Modelo. Todo esto, necesariamente implicaba una mayor entrega de recursos por parte de los suministradores, pero también y era lo fundamental de esta condición, se obligaría a los prestadores a desarrollar un proceso de atención de calidad, que garantizara su utilización racional. La posibilidad de que, mediante el principio de transparencia, los derechohabientes pudieran exigir información y evaluar la calidad de la prestación de servicios, contribuiría a que se gestionaran racionalmente y se utilizaran correctamente los recursos asignados para la ejecución del MIAS.



CAPÍTULO II - OBJETIVOS Y PRINCIPIOS DEL MODELO

Objetivos

Los objetivos del Modelo son:

- Elevar el nivel de salud de los trabajadores y los beneficiarios con un enfoque integral en la prestación de servicios de salud.
- Ofrecer servicios de salud básicamente centrados en el trabajador y su familia.
- Reducir las desigualdades en el acceso con una cobertura de servicios equitativos, eficaces y eficientes para todos los asegurados.
- Mejorar la calidad de la atención en toda la red prestadora de servicios y
- Garantizar la sostenibilidad de los servicios en todos los centros y unidades de la red prestadora.

Principios

El Modelo se sustentó en principios inherentes a su paradigma: equidad, integralidad, transparencia, continuidad y garantía de calidad. A continuación, se sintetizan cada uno de estos principios.

Equidad

El término *equidad* procede del latín *aequitas*, derivado a su vez de *aequus* que significa igual y consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos y condiciones. En su enfoque humanístico, “la equidad supone no favorecer en el trato a uno perjudicando a otro y desde el enfoque de la salud, la equidad en la atención en salud implica recibir atención según sus necesidades”.¹³ Con este principio articulado a condiciones generales de justicia social, se garantizaría la equitativa distribución de los recursos y se aseguraría la igualdad en la oferta y disponibilidad de los servicios integrales, sin distingos ni privilegios ante las diferencias territoriales o laborales que pudieran existir. Los derechohabientes se reconocerían con pleno

acceso para recibir atención, sea cual fuese su lugar de residencia o centro laboral, dado el carácter universal del Modelo.

Integralidad

Con el principio de integralidad se contribuye a la solución de los problemas de salud, no solo mediante la organización de un sistema médico eficiente sino también con la promoción del mejoramiento de las condiciones de vida de la población. En este Modelo, el centro de atención lo ocuparían tanto el individuo sano o enfermo y su entorno y se proyectaría la atención del proceso salud- enfermedad desde una perspectiva social, multidisciplinaria e intersectorial. Las personas se consideran sujetos de derechos con necesidades priorizadas de atención personalizada en su dimensión biológica, psicológica y social, siempre vinculadas a su contexto laboral, familiar y comunitario. Este principio también incorporaría la intervención en salud mediante acciones integrales de promoción de salud, prevención y control de enfermedades, tratamiento y rehabilitación.

Transparencia

Este principio se fundamenta en el contenido de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Tabasco,¹⁴ en lo referente a la actitud y práctica de la integridad y la honestidad en las relaciones interpersonales, en este caso, entre los directivos y funcionarios del ISSET en su nivel correspondiente, así como del personal que se desempeña directamente en las Unidades de Medicina Familiar, en los servicios de Salud en el Trabajo y en el Centro Médico. También esas actitudes y prácticas deben mantenerse entre el personal que presta servicios y los derechohabientes y se expresa mediante el acceso libre a la información, la evaluación, autoevaluación y la rendición de cuentas sobre el uso y efectos de los recursos, tanto al interior de la organización como a instancias externas, principalmente a la comunidad. Todo ello fortalecería las funciones de participación, observación y vigilancia de la ciudadanía, con el propósito de comprobar el cumplimiento correcto de la misión y funciones de la institución como organismo estatal.

Continuidad

Con este principio se potencia una relación estable y continua del personal de salud y los derechohabientes, pues se concibe el proceso de atención a los trabajadores y los beneficiarios como un continuo en el tiempo y en el espacio, sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante, pues la carencia de continuidad podría comprometer la eficacia, reducir la calidad de la satisfacción del paciente y disminuir la eficiencia de la atención.

En ese sentido, se incorporó el concepto de continuidad personal, que establece la nueva relación entre los equipos de salud y los derechohabientes, o sea, la coordinación eficaz entre diferentes procesos, profesionales, servicios y organizaciones en el tiempo y en relación con el paciente. El principio de continuidad también se aplica en la relación permanente entre el médico familiar y los especialistas mediante procesos establecidos en la red prestadora de servicios, como los sistemas de referencia y contrarreferencia. También se utilizaría la continuidad en los servicios por el personal de los diferentes niveles e instituciones actuantes mediante la conciliación de tecnologías, programas, sistemas de información, historias clínicas, valores diagnósticos, protocolos o guías de actuación y la organización de las intervenciones en el tiempo.¹⁵

Garantía de calidad

Responde por el servicio que se otorga, para proteger al paciente íntegro y humanamente contra riesgos innecesarios y proporcionarle los mayores beneficios posibles, consideración que constituye la base de este principio. Desde una dimensión operacional, esta garantía es el conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen los riesgos a los pacientes a través del monitoreo, evaluación, diseño, desarrollo y cambios organizacionales. La garantía de calidad es un concepto que descansa más en la idea de eficiencia que en la de excelencia y que posteriormente debe materializarse a través de la gestión de la calidad, como una de las estrategias básicas del Modelo.



CAPÍTULO III - ESTRATEGIAS BÁSICAS DEL MODELO

Se elaboraron siete estrategias básicas totalmente vertebradas para desarrollar el Modelo, todas armonizan, se refuerzan y complementan recíprocamente y se ubican en espacios comunes para su ejecución. A continuación, se enlistan y describen cada una de estas estrategias:

1. Reestructuración de los procesos organizativos para la prestación de servicios.
2. Gestión de calidad en los servicios de salud.
3. Consolidación de las actividades de prevención de riesgos, enfermedades y daños.
4. Priorización de las acciones de promoción de la salud.
5. Desarrollo de las competencias laborales del personal de salud.
6. Fortalecimiento de las acciones intersectoriales.
7. Promoción de la corresponsabilidad en la atención a la salud.

Reestructuración de los procesos organizativos para la prestación de servicios

Para cumplir con los objetivos del MIAS y el cambio de enfoque que se promovía, era necesario el rediseño organizativo y la reestructuración de los procesos de prestación de servicios. Los procesos constituyen conjuntos de recursos como: personas, equipos, dinero, espacio, instalaciones, métodos y otros, capaces de convertir magnitudes de entrada en magnitudes de salida. En los servicios de salud los procesos interactúan de manera vertical, horizontal y transversal dentro de la organización, pues una misma persona transita por numerosos servicios, niveles, especialistas e incluso lugares físicos, con el propósito de facilitar su función colectiva.^{16,17}

En toda reestructuración se requiere identificar los procesos clave, o sea, los que inciden significativamente en el alcance de los objetivos, metas o estrategias de la organización, de ahí que este enfoque sistémico, constituyera la herramienta básica para rediseñar integralmente el MIAS. Estos procesos impactan directamente en la

salud, el bienestar y la calidad de vida de los sujetos de atención y les otorgan valor. Con referencia a su clasificación, los procesos que se consideraron en la reestructuración fueron:

- Procesos clave o estratégicos. Constituyen el sostén de las unidades prestadoras de servicios de salud en el ISSET porque originan el mayor impacto en las acciones más significativas relacionadas con la salud en el trabajo y la salud de la familia
- Procesos de soporte. Apoyan a uno o más de los procesos clave mediante el aseguramiento material, financiero, legal, organizativo e informacional de sus operaciones
- Procesos normativos. Establecen estándares, guías u orientaciones, a los cuales deben ajustarse los procesos clave y de soporte.

Los procesos requerían de la elaboración de normas, indicadores y procedimientos que permitieran visualizar su ejecución y rectificación oportuna, si hubiese sido necesario. Se designó un responsable para la supervisión y control de cada proceso clave, que respondería por su correcta ejecución. Para el desarrollo eficiente del MIAS, se requería que la reestructuración de los procesos organizativos incluyera la revisión, ajustes o la implementación de nuevos servicios, la identificación de los sistemas gerenciales y el rediseño de los procesos, procedimientos y actividades de los diferentes programas y unidades técnicas, financieras y administrativas. Además, en esta reorganización de la prestación de servicios debían considerarse aspectos esenciales del Modelo como son los componentes de salud laboral y salud familiar, los espacios físicos para prestar los servicios de salud, la estructura de la población derechohabiente, la organización y gestión de las acciones integrales de salud y la interrelación entre todos los componentes, los servicios y las unidades, tanto internos como externos.

Finalmente, esta reestructuración incorporaba principios y elementos de otras estrategias del MIAS como la interacción entre el prestador del servicio, el trabajador y sus beneficiarios, el grado de pertinencia de la oferta de los servicios con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios, la accesibilidad, aceptabilidad, integralidad y continuidad de los servicios y su orientación al desarrollo del autocuidado de la salud en los trabajadores, sus familias y el conjunto de la población.

Gestión de la calidad en los servicios de salud

La calidad de la atención constituye uno de los principales retos de las organizaciones dedicadas a la prestación de servicios de salud y a su vez, una de las principales reclamaciones de los usuarios de dichos servicios. Lograr la calidad en salud es un objetivo complejo que va más allá de “satisfacer al cliente” pues implica

mejorar o recuperar la calidad de vida de las personas, extenderla o evitar que mueran prematuramente. Su complejidad también radica en que el paciente es objeto y sujeto del servicio y el prestador del servicio puede tener la capacidad de crear demanda innecesaria o desalentar la requerida.^{18,19}

Las actividades desarrolladas en la interrelación entre el personal de salud y el usuario (trabajadores y familiares), incluidos los servicios realizados dentro y fuera de las instalaciones de atención médica del ISSET, tendrían un enfoque de sistema dirigido a la satisfacción de las necesidades y expectativas de salud de la población derechohabiente mediante atención individual, familiar y comunitaria, en la secuencia técnicamente correcta y con el desarrollo e implementación de mejoras en la organización de los procesos y métodos de trabajo.

La gestión de la calidad en el Modelo implica la implementación de un conjunto de principios, técnicas y métodos encaminados a lograr un alto nivel de desempeño organizacional, la creación de valor para los usuarios, la mejora continua de los procesos en términos de racionalidad, efectividad y eficiencia, la toma de decisiones basadas en las mejores prácticas de la atención médica y en general, un impacto positivo en la salud, el bienestar y la calidad de vida de los derechohabientes.

La introducción de la gestión de la calidad en salud en la práctica, como reflejo del principio de garantía de calidad inherente al MIAS, requería la aplicación de todos los procesos, técnicas y métodos de la gerencia en salud: diagnóstico de problemas (análisis de la situación de salud, estructuración, priorización, campo de fuerzas, técnicas de causa-efecto, entre otros), fijación de estándares (políticas, criterios, guías de práctica clínica, protocolos, trayectorias clínicas, programas, manuales y otros), evaluación (acreditaciones, auditorias médicas, inspecciones, sistemas de información, benchmarking, control social, estudios específicos y otros) y acciones de mejora (empoderamiento del personal, los familiares, los pacientes y la comunidad, incentivos, equipos autodirigidos, entrenamiento en técnicas y análisis de solución de problemas, descentralización, técnicas de enfoque participativo, medicina basada en la evidencia, pleno acceso al conocimiento, reingeniería de procesos, alto desempeño gerencial, entre otros).²⁰

Una estrategia adecuada de gestión de calidad en salud, considera su inserción dentro de los propios procesos gerenciales y el empleo de todas las herramientas de que estos disponen, para tener resultados exitosos. Entre sus principales elementos se consideraron:

- a) Empoderamiento de los derechohabientes. Cada derechohabiente conoce y reclama su derecho a la atención médica, toma responsabilidad por su salud y la de su familia, participa en la logística de los servicios de salud y recibe información completa sobre la oferta de servicios. A nivel familiar

y comunitario, la participación ciudadana sería libre, informada y con capacidad de elección, incluida la necesidad de promover la participación de todos en una cultura de salud, sustentada en el autocuidado y los comportamientos saludables y en un contexto de confianza en los servicios brindados a través del MIAS.²¹

- b) Empoderamiento y corresponsabilidad del personal. Es la formación y desarrollo del personal con la finalidad de favorecer su desempeño, su participación real y efectiva en la toma de decisiones y la satisfacción con su trabajo; el desarrollo de competencias definidas bajo conceptos de calidad en el servicio, evaluación del desempeño y aplicación de esquemas de reconocimiento que fomenten su participación, innovación y creatividad en la mejora de procesos y servicios. En este elemento de la estrategia, se debe enfatizar en la aplicación y cumplimiento de medidas de seguridad e higiene en el trabajo encaminadas a reducir los riesgos de salud laborales.²²
- c) Implicación de la gerencia. Los responsables de los diferentes procesos, servicios y niveles de ejecución, deben reconocer la posición clave de la gestión de la calidad para su propio trabajo y para el éxito de la misión institucional. De esta forma, muestran su capacidad de liderazgo basada en un enfoque participativo, donde tanto el personal como los usuarios, se considerarían real y efectivamente involucrados en los procesos que crean valor y por tanto calidad; además, tendrían la autoridad y la capacidad para convertir problemas en oportunidades que propiciaran la mejora continua de la calidad.
- e) Enfoque a procesos. Tal como se establece en las otras estrategias básicas del MIAS, la evaluación y mejora continua de la calidad implicaría la identificación de los procesos estratégicos y los de soporte, su rediseño en función de racionalidad, efectividad y eficiencia, la medición de sus productos y la retroalimentación sistemática,²³ orientada tanto a la salud, el bienestar y calidad de vida de los derechohabientes y sus familias como a la sostenibilidad del modelo.
- f) Infraestructura e insumos. Aseguramiento material, financiero, organizativo, legal e informativo, que permitiría la ejecución en tiempo y forma de los procesos claves, de acuerdo con las estrategias, planes y programas propuestos en el MIAS.
- g) Gestión de la información. Manejo debidamente estructurado, organizado y jerarquizado de las informaciones para conocer, comunicar y retroalimentar de forma oportuna el desarrollo de la atención médica; analizar y mejorar los procesos y sistemas, fijar los criterios y estándares que faciliten la medición del desempeño, tomar decisiones más efectivas y proyectar en la

práctica las estrategias.²⁴ La gestión de la información en el Modelo, debía desarrollarse mediante un sistema debidamente consolidado y automatizado, cuya herramienta básica sería el expediente clínico electrónico único, soportado en un sistema en red.

Consolidación de las actividades de prevención de riesgos, enfermedades y daños

En el concepto de prevención establecido por la OMS en 1998 se expresa: "son medidas de protección, no solamente para la ocurrencia de la enfermedad, tal como la reducción de los factores de riesgo, si no para disminuir su avance y reducir sus consecuencias una vez establecidas". Tal como se transcribe, lo esencial en la prevención ha sido siempre la enfermedad en los individuos, pero un enfoque más actual, reorienta su atención hacia la prevención en las poblaciones más que a la prevención individual; al riesgo atribuible en la población, más que al riesgo individual y más a la carga de morbilidad, que a la carga de enfermedad.²⁵

Sin la participación activa de las personas estas actividades pierden una buena parte de su eficacia, por eso, ya en la mencionada Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, se señalaba la necesidad de facilitar el proceso según el cual se puede "movilizar a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla [...] para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social [...] ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente".²⁶

Se acepta sin cuestionamientos, que mediante las actividades de prevención y control, se pretende reducir o eliminar los principales riesgos, enfermedades y daños más comunes que afectan la salud de la población y en el MIAS, con esta estrategia de consolidación, también debían priorizarse las actividades de prevención en el ambiente laboral, dado que la atención al derechohabiente y su colectivo laboral constituyen el objetivo básico para el ISSET, aunque siempre se incorporaría el componente de Salud de la familia, como indispensable para la prevención individual. Serían acciones básicas referidas a la educación para identificar los riesgos, las enfermedades y los daños.

Además, era imprescindible un enfoque renovado de la salud en el trabajo específicamente, en sus aspectos de prevención de riesgos laborales al igual que un replanteamiento de los principios preventivos para la salud de la familia que colocara como centro al trabajador. Esta estrategia de consolidación para la prevención de los riesgos, tanto en el ambiente familiar como laboral incluiría el análisis, el manejo y la comunicación del riesgo, así como las políticas asociadas al mismo y contribuiría a los cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población derechohabiente.

Priorización de las acciones de promoción de la salud

El concepto de promoción de la salud ha evolucionado desde Sigerist²⁷ hasta la propuesta universalmente aceptada en la carta de Ottawa: “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma”.²⁶ En la esencia de ese concepto, destaca el compromiso de los gobiernos para alcanzar integralmente la responsabilidad compartida entre las organizaciones sociales, los diferentes sectores y la población en su conjunto, para lograr positiva y permanentemente el nivel de salud de individuos y comunidades y contribuir a su bienestar. Los elementos que integran esa definición son reconocidos y adecuados a cada contexto, como también las diversas actividades que, para su cumplimiento, se han efectuado y se efectúan en todo el mundo.

Con estas premisas es que la priorización de la promoción de la salud, se constituyó en una de las estrategias básicas del MIAS, reforzada por la esclarecedora y pertinente propuesta conceptual divulgada en la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990: “la promoción de la salud es concebida cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”.²⁸ Era un reto para el ISSET esa contribución a “mejorar las condiciones de salud individual y colectiva”, pues debía atenderse a los individuos en su ambiente familiar y comunitario y también en su ámbito laboral. No olvidemos que el trabajo del hombre influye para que surjan y se desarrollen riesgos, enfermedades y daños asociados a las condiciones propias o derivadas del propio trabajo, como es la exposición a riesgos ambientales, las enfermedades profesionales y los accidentes laborales.

En consecuencia, la estrategia para priorizar las acciones de promoción no solamente se desarrollarían en el ámbito familiar y comunitario del derechohabiente, además se extendería a su ambiente laboral. Ante este panorama y derivado del principio de integralidad del Modelo, a las acciones de fomento y promoción de la salud, que comúnmente se relacionan con la prevención primaria, se añadirían las actividades orientadas a estimular actitudes y formas de vida saludables.²⁶ Estas acciones debían desarrollarse siempre que los derechohabientes contactaran con los servicios de salud, sin considerar su grupo de edad y entorno, con el fin de incorporar conocimientos y modelos de comportamiento que les permita identificar y controlar los factores que inciden positiva o negativamente en su salud; de esta manera se impulsaba el autocuidado y se estimulaban y fortalecían aptitudes y habilidades para lograr una cultura en salud. Resultaba avanzado el carácter anticipatorio de la estrategia, que se orientaba a la salud y sus determinantes y no exclusivamente a aplicar los niveles de prevención utilizados convencionalmente; en ese sentido, la prevención primordial sería el fundamento de la estrategia y su propósito final sería desarrollar en los derechohabientes un estilo de vida saludable para contribuir a mejorar su calidad de vida.

Desarrollo de las competencias laborales en el personal de salud

Hasta donde conocemos, el término “competencias laborales” fue elaborado por Norman en los Estados Unidos de Norteamérica en 1985 y en el 2002, Epstein y Hundert, emiten su definición como: “El uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión, en la práctica diaria para el beneficio de los individuos y la comunidad a la que se sirve”.²⁹

Las competencias laborales se caracterizan por ser observables, se relacionan con la puesta en práctica integrada de aptitudes, rasgos de personalidad, además de los conocimientos adquiridos para cumplir bien una misión. Estas competencias promueven la formación a lo largo de la vida y su creación y validación constituyen un proceso donde intervienen tanto los propios trabajadores encargados de ejecutarlas, como los jefes inmediatos a cargo de supervisarlas. De esta manera, las tareas se enriquecen y quedan atrás los viejos hábitos de dividir el trabajo. La introducción de una nueva cultura de integración de las operaciones, de las tareas y el trabajo en general, hacen al trabajador más polivalente, capacitado, motivado, productivo; más competente para tomar decisiones en situaciones cambiantes no previstas y con una mayor capacidad para aprender continuamente y adaptarse a los cambios que se producen en la organización. Estas características identifican plenamente las competencias laborales con los conceptos, objetivos, principios y estrategias del MIAS.

En consecuencia, con lo expuesto, es que suscribimos el criterio siguiente:

“Los cambios que hoy se producen en el entorno laboral, debido al enorme caudal de información existente y a la continua introducción de nuevas tecnologías en los procesos de producción y administración en las organizaciones, han provocado el constante desarrollo de los puestos de trabajo. Esta nueva realidad ha modificado el contrato entre las organizaciones y sus miembros, para basarse ahora en el desarrollo profesional de los primeros y en la búsqueda, por parte de los segundos, de nuevas formas para potenciar al máximo, las competencias de su personal”.³⁰

Existe una vinculación estrecha entre las competencias laborales y los procesos de evaluación y de mejora continua de la calidad en salud porque en los sistemas de salud la calidad depende, fundamentalmente, de los profesionales y técnicos que intervienen en la atención cuando prestan sus servicios. Para que esta vinculación se manifieste plenamente, es necesario que las competencias laborales sean debidamente especificadas y documentadas, lo que se conoce como normas técnicas. Según el Consejo de Normalización y Certificación laboral (CONOCER) de México, una norma técnica de competencia laboral, usualmente incluye:

- █ Lo que una persona debe ser capaz de hacer.
- █ La forma en que puede juzgarse si lo que hizo está bien hecho.
- █ Las condiciones en que la persona debe demostrar su competencia.

- Los tipos de evidencias necesarios y suficientes para asegurar que lo que hizo se realizó de manera consistente con base en un conocimiento efectivo.³¹

Es necesario precisar bien la posición que corresponde a las normas técnicas de competencias laborales dentro de las organizaciones de salud. Según apunta Chávez Salcedo, “la norma no es un instrumento de evaluación, no es un plan de evaluación, no es un programa de capacitación, no es una descripción de un puesto de trabajo, no es un procedimiento de trabajo, sin embargo es el referente para poder desarrollar todo lo anterior”.³² Es con este enfoque, que deben considerarse las normas de competencias laborales en el MIAS, desarrollarse en base a una gestión más efectiva de los recursos humanos y convertirse en uno de los requerimientos indispensables para la evaluación y mejora continua de la calidad.

Se establecieron las competencias laborales que requería el Modelo mediante el análisis funcional, pues constituía el enfoque más generalmente aceptado para identificar las competencias inherentes a una función productiva.³³ Varias de las características de ese análisis funcional, eran totalmente coherentes con la concepción del Modelo y debía iniciarse con la explicación sobre el propósito principal de su función de servicio e indagaría, sucesivamente, cuáles funciones debían realizarse para lograr la función precedente. Así, las normas de competencias que se establecieran para el Modelo, estarían totalmente subordinadas a los objetivos estratégicos generales y particulares de cada nivel de ejecución.

Toda norma de competencia está debidamente integrada y documentada en sus diferentes componentes: unidades de competencia, elementos, evidencias de desempeño, evidencias de conocimientos, criterios de desempeño, campo de aplicación y guía para la evaluación. De esta manera, se garantiza su contribución a la organización del trabajo, la evaluación y compensación del desempeño y la formación y desarrollo del personal.

Fortalecimiento de las acciones intersectoriales

Mediante la intersectorialidad, “se convierte la cooperación fortuita o casual, en acciones que lideradas por el sector salud y apoyadas en políticas nacionales o locales debidamente concertadas, se orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes”.³⁴ La intersectorialidad se reconoce como una tecnología gerencial, que representa un eje transversal integrador de diferentes actores de la sociedad civil en función de un objetivo. Se trata de comprometer a todos los sectores que contribuyen a mejorar la salud poblacional: públicos, privados y del tercer sector y los que inciden en su determinación. Dado que estos componentes sectoriales responden a estructuras verticales, la negociación, como habilidad gerencial, se convierte en una condición de éxito.

La intersectorialidad en salud, permite introducir sinergias y complementariedades en los servicios que inteligentemente manejados, logran que se compartan responsabilidades, recursos y acciones que producen al mismo tiempo un efecto superior sobre la salud, bienestar y calidad de vida de los individuos y las poblaciones. Como toda tecnología, la intersectorialidad en salud no se produce espontáneamente, un primer elemento es su desarrollo en el escenario concreto y en sus condiciones temporales, sociales, sanitarias, legales, de liderazgo y de desarrollo. Un segundo elemento es cómo se manifiestan en ese caso concreto, los factores determinantes, condicionantes y desencadenantes de la intersectorialidad. El tercer elemento a considerar son los problemas que requieren para su solución, precisamente, un enfoque intersectorial en esas condiciones y dentro de esos factores.

Como ya se expuso, el MIAS se sustentó en dos componentes: la salud del trabajador y la salud de la familia. Con ajuste a las divisiones sectoriales existentes, se clasifica al ISSET como una institución del sistema de seguro y se ubica en un sector diferente al estatal (salud pública) y al privado. En ese sentido, una gran parte de las acciones relacionadas en la salud de la familia, se priorizan por el sector de salud pública y por tanto, desde ese espacio se establecen las acciones intersectoriales (dimensión de la práctica administrativa). Para ofrecer a los beneficiarios y derechohabientes las ventajas de esas acciones, se necesitan nuevas formas de intersectorialidad algunas de las cuales requieren de acuerdos con el sector privado por la vía que se considerare más idónea.

En el caso específico de la salud del trabajador, se presentan también particularidades con respecto a la intersectorialidad. Debe lograrse coherencia entre el interés del empleador por lograr la más alta productividad de su personal y el del ISSET, por velar que el trabajador no esté expuesto innecesariamente a riesgos para su salud y pudiera acceder a un nivel de atención consecuente con sus requerimientos y expectativas de bienestar y calidad de vida.

El trabajador es el centro de atención del Modelo y no simplemente para recuperar su salud cuando se enferma, sino que lo más importante es considerarlo el centro de las acciones intersectoriales que se realicen entre el ISSET y los centros empleadores con enfoque promocional y preventivo bajo una fórmula de *ganar-ganar*. Este enfoque debe influir positivamente en la salud, calidad de vida y bienestar de los trabajadores, en una mayor productividad para los centros empleadores y en la sostenibilidad del propio MIAS.

Promoción de la corresponsabilidad en la atención a la salud

Los servicios de salud son altamente complejos y comprometen a un gran número de actores, dentro y fuera del sistema. Entre las particularidades de esos servicios destaca que en la relación prestador-prestatario, ambos deben compartir

responsabilidades en los resultados y no solamente los estrictamente sanitarios, sino también los sociales, organizativos y financieros. Se hace necesario entonces, que todos los actores comprendan y ejerzan esta corresponsabilidad como una de las mejores vías para asegurar la efectividad y la eficiencia del sistema.²¹

En ese sentido, la corresponsabilidad significaba conjuntar esfuerzos desde el ámbito que le era propio al Instituto, a los derechohabientes, las organizaciones gremiales que representaban a los trabajadores y las instituciones empleadoras. Sería una colaboración responsable y respetuosa, que creará un sentido de pertenencia para promover el compromiso y la participación de todos los actores, con el propósito de mejorar el nivel de salud de los asegurados y en consecuencia su bienestar. Para lograr los objetivos del MIAS, compartir responsabilidades en la atención de la salud se traduce en la participación activa y consciente del trabajador y su familia, del profesional de salud y de las instituciones empleadoras. Veamos que se esperaba de cada grupo:

- a) El trabajador y su familia. Los asegurados constituyen parte activa en la prestación del servicio, es decir, participan en su ejecución, contribuyen o no a su realización y determinan en alguna medida el resultado final. Diversos factores pueden influir negativamente en este resultado: las fallas en la adherencia terapéutica, los estilos de vida perjudiciales a la salud, el desconocimiento, la pobre participación de las familias y la comunidad en los procesos de prevención y promoción y la no intervención de los trabajadores en su seguridad dentro de su centro laboral. Este escenario requería que en el ISSET se diseñara una política dirigida al empoderamiento de los trabajadores, los pacientes y familiares que les propiciara el conocimiento, la autoridad y la capacidad de análisis, para que asumieran la cuota de responsabilidad en los procesos de mejora de su salud, sustentada en el autocuidado y el desarrollo de comportamientos saludables. Al respecto, era necesario proporcionarles elementos que los motivaran, que encauzaran esos intereses y se complementaran con los intereses de las instituciones públicas.
- b) Los profesionales de la salud. Son aquellos que conforman los equipos de salud y los ubicados en los consultorios de los Centros de Desarrollo Infantil (CENDIS) y en los Centros de Cuidado al Adulto Mayor (CECUIDAM), ocupan una posición privilegiada con respecto a las decisiones sobre la atención de la salud dada su posibilidad de prevenir y resolver los problemas que afectan a la población derechohabiente. Esta posición implica una alta responsabilidad en la prestación del servicio y en la educación de los trabajadores y sus familias, pues de estos profesionales depende la atención directa a los afiliados del ISSET en los espacios laborales, las viviendas, los

centros de internación diurna y los entornos comunitarios que los rodean, además de motivarlos para que desarrollen el autocuidado y la autorresponsabilidad en salud.

Por otro lado, los médicos y demás integrantes de los equipos de salud en los consultorios, son responsables de la utilización racional de los recursos necesarios para promover salud, prevenir riesgos, enfermedades y daños, así como ofrecer atención médica a los trabajadores y sus familias. En la administración de recursos tanto el sobreempleo como el subempleo generan efectos negativos en la calidad del servicio, en la salud del paciente y en los costos sanitarios. La complacencia, el desconocimiento, la falta de acceso a las mejores opciones o las fallas en la ética, agravan sensiblemente los costos y complican los problemas de salud. En ese sentido, en el ISSET debían crearse las condiciones formativas, técnicas y organizativas que permitieran a los profesionales de la salud optimizar sus propias decisiones para integrar positivamente la atención en salud con el desarrollo de mejores prácticas y el empleo racional de recursos, lo cual aseguraría una mayor relación costo-beneficio en las intervenciones clínicas y un impacto positivo en la sostenibilidad del Modelo.

c) Instituciones empleadoras. Con la implementación del MIAS, se promueve entre los empleadores el compromiso de cumplir con sus responsabilidades en materia de seguridad social, especialmente en lo referente a las medidas de seguridad e higiene en el trabajo. Se estimula el compromiso de establecer una relación más clara e informada con los empleadores y los trabajadores para favorecer la responsabilidad social de las dependencias, así como los derechos y deberes de los patrones y los asegurados.

Las instituciones involucradas en materia de salud en el trabajo, deben coordinar recursos y esfuerzos para crear programas de trabajo contextualizados y participativos, que hagan de la colaboración y el aprovechamiento de recursos materiales y humanos un objetivo común a lograr, tanto por los empleadores, como por los servicios de atención a la salud del trabajador. Finalmente, con la estrategia de corresponsabilidad en los procesos de atención en salud, se conjugan tanto los aspectos clínicos como los promocionales, preventivos y gerenciales, se generan valores compartidos, se orientan mejor los procesos hacia las grandes políticas del Modelo, se propicia la racionalidad en el empleo de los recursos y se contribuye a la sostenibilidad de los servicios de salud que provee el ISSET.



CAPÍTULO IV - METODOLOGÍA OPERATIVA

Para ejecutar el Modelo, se estableció su operatividad basada en la nueva funcionalidad de los servicios existentes en el ISSET que se describen a continuación:

Prestación de servicios

Para la prestación de los servicios de cualquier sistema de salud, se ejecutan acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. Entre las funciones de estos servicios destaca el cumplimiento de políticas, normas, programas y directivas que emanan de los niveles superiores, en este caso del ISSET y del sector estatal de salud. En consecuencia, se estableció una red de unidades, procesos y actividades que permitían materializar estos servicios en las mejores condiciones de efectividad, eficiencia, flexibilidad y sostenibilidad y que se sustentaba en los principios y estrategias establecidas para el MIAS.

Red de prestación de servicios extrahospitalarios

En la red de prestación de servicios de salud, se otorgaba atención integral al trabajador y su familia en diferentes espacios y niveles: viviendas, centros de trabajo, unidades médicas de primer y segundo nivel, Centro de Desarrollo Infantil (CENDI) y Centro de Cuidado al Adulto Mayor (CECUIDAM). (Fig. 1) Con el desarrollo de la red prestadora, se fortalecía la accesibilidad de los derechohabientes, se incrementaría la cobertura a todos los municipios del estado, al sustentarse la atención en los dos componentes del MIAS: la salud del trabajador y la salud de la familia, mediante las actividades correspondientes a cada uno de esos programas. Sin dudas, aumentaría la accesibilidad a las prestaciones sociales en el nivel local, con la posibilidad de afiliar al trabajador y sus derechohabientes, aumentar los CECUIDAM y CENDIS. Además de esos centros, la atención extrahospitalaria se ofrecería en la Unidad de Medicina Familiar, los consultorios periféricos y los consultorios ubicados en los propios centros, por personal debidamente adiestrado:

Unidad de Medicina Familiar (UMF). Centro clínico para la atención de núcleos básicos de población derechohabiente donde se desarrollarían prio- ritariamente, las actividades del programa de Salud de la Familia. Estarían adscriptos a esta UMF, los consultorios periféricos y las brigadas de atención integral familiar.

Los consultorios periféricos (CP). Consultorios ubicados en áreas con altas concentraciones de población derechohabiente para incrementar la cobertura. Los servicios deben prestarse por un equipo de salud.

CENDI. Unidades educativas cuyo personal se encarga de estimular el desarrollo físico, mental y emocional de niños, hijos de madres trabajadoras, cuyas edades oscilan entre los 45 días de nacidos y los seis años.

CECUIDAM. Unidades de atención ambulatoria para el adulto mayor, prioritariamente jubilado y donde se otorgan servicios sociales, ocupacionales, escolares, culturales, nutricionales y de salud, para mejorar su calidad de vida. Consultorios en centros de trabajo (SST). Consultorios donde debían ofrecerse las actividades básicas del programa de Salud en el Trabajo y que representaban uno de los espacios aportados en el diseño del Modelo.

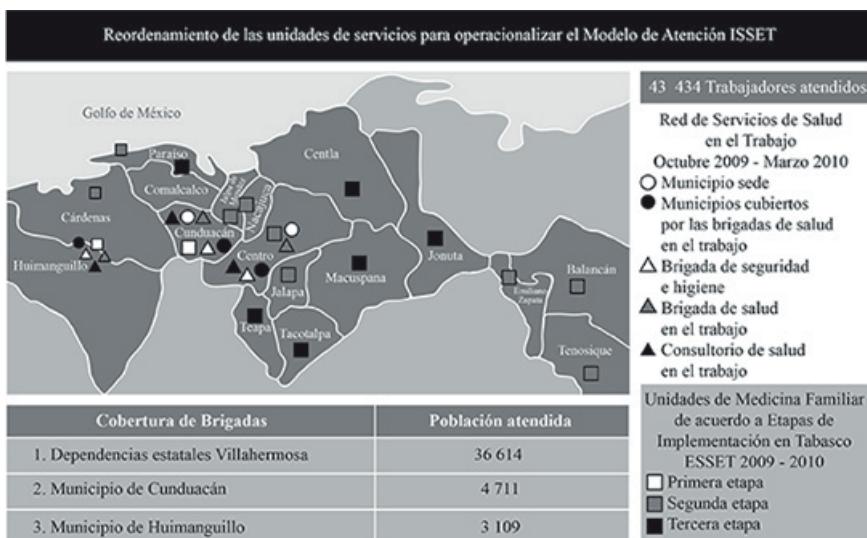
En cuanto al personal que debía prestar servicios al implementarse el MIAS, se distribuía en dos nuevas brigadas:

1. Brigadas itinerantes de salud en el trabajo (BT). Conformada por un médico, un promotor y un psicólogo, su función básica era desarrollar las nuevas actividades del programa de Salud en el Trabajo.
2. Brigadas de atención integral a la familia (BF). Debían conformarse por un equipo multidisciplinario integrado por una enfermera, un nutricionista, un psicólogo y un promotor, por cada 3 000 derechohabientes. Una de sus principales funciones es contribuir con el equipo de salud del consultorio en el análisis de la situación de salud del trabajador y su familia en el lugar donde residen, además de apoyar a situaciones de emergencia en el Estado.

Servicios hospitalarios

Para el buen desempeño del Modelo, se necesitaba un Centro Médico (CM) y Brigadas de Atención (extensión) Hospitalarias. Se requería la remodelación o construcción de un nuevo hospital, con el objetivo básico de que en esta unidad hospitalaria se brindaran servicios de salud de segundo nivel con calidad, mediante atención médica clínica, quirúrgica, de urgencia y de rehabilitación, que permitieran recuperar el nivel de salud de los trabajadores al servicio del Estado de Tabasco y a sus beneficiarios. La posibilidad competitiva del Hospital depende de una correcta planeación estratégica, organización, satisfacción del derechohabiente, recursos suficientes, adecuado clima organizacional y laboral, gestión de la calidad, evaluación del desempeño y ética.

Figura 1



Entre las principales actividades del personal estaban:

- Desarrollar la interrelación entre las unidades de servicios extrahospitarios y el Hospital mediante la interconsulta, el sistema de referencia y contrarreferencia y los procedimientos de cirugía ambulatoria asociados a la efectividad, eficiencia, calidad, costo de los servicios y punto de enlace con el primer nivel de atención.
- Utilizar las guías de práctica clínica sobre los cuidados de salud apropiados en circunstancias clínicas específicas, como apoyo en la toma de decisiones de los médicos y pacientes.
- Establecer las trayectorias clínicas, para mejorar el uso de las instalaciones hospitalarias y la atención médica. Esto permitiría una percepción positiva de los pacientes acerca del servicio y se obtendrían criterios explícitos de calidad y buena práctica clínica, que se evaluarían periódicamente.
- Implementar el Expediente Único Digital (EUD), para disponer de la correcta información médica de cada trabajador y sus familias. Esta información se acercaría al tiempo real, con probada interrelación entre las áreas de la Unidad Hospitalaria y las unidades de servicios extrahospitalarios. Además, el uso de la receta electrónica, los resultados de laboratorio y gabinetes electrónicos, la agenda de citas y la información de cada trabajador y su familia, permitiría optimizar el tiempo y los recursos destinados para su atención.

- Elaborar programas de desarrollo del personal, en función de las competencias profesionales y técnicas que demanda el MIAS para la institución.
- Implementar el subsistema de pagos por resultados, como parte del sistema de gestión financiera que se estableciera.
- Iniciar y ejecutar procesos investigativos relacionados con los sistemas y servicios de salud.

Para realizar sus actividades la nueva unidad hospitalaria dispondría de 270 camas censables, 68 locales de consulta para 36 especialidades y subespecialidades, 8 quirófanos, sala de urgencias, 8 camas de terapia intensiva y 7 centros de especialidades: centro oncológico, medicina de rehabilitación neurológica y física, oftalmológico, obstétrico, enfermedades del riñón, auxiliares diagnósticos y cirugía ambulatoria.

Brigadas de Atención Hospitalaria. La función principal del personal integrante de la Brigada de Extensión Hospitalaria creada con el Modelo era visitar a los pacientes que por su padecimiento estuvieran imposibilitados para desplazarse con facilidad a la Unidad Hospitalaria. Las visitas domiciliarias se realizarían por indicación de los servicios médicos especializados del Hospital y además, debían realizarse visitas conjuntas con los integrantes de los equipos básicos de salud familiar.

Recursos

Se consideraron como tales: el personal, la planta física, el apoyo financiero, el equipamiento tecnológico y los informativos.

Personal

La plantilla del ISSET en el sexenio que se describe, la conformaban 87 médicos generales y 121 especialistas y subespecialistas; 304 enfermeras especialistas, generales y auxiliares; personal técnico y administrativo, que brindan servicios a la población derechohabiente en una infraestructura integrada por 17 unidades de medicina familiar, 1 Centro Hospitalario, 4 CENDIS y 1 CE-CUIDAM. El mayor volumen de personal se concentra en la capital del Estado y la reestructuración de los procesos de prestación de los servicios de salud descansaría entre otros elementos, en la responsabilidad de estos profesionales, tanto como protagonistas de los procesos de atención y relación con las personas, como en su función de administradores de recursos públicos.

Aunque la oferta de servicios era suficiente, se requería la promoción de fórmulas organizativas que armonizaran con los recursos disponibles y con las necesidades de los derechohabientes. Era fundamental la incorporación de profesionales orientados y motivados por el cambio y dispuestos a permanecer en los servicios, pues estas condiciones propiciarían el gran impulso, o el obstáculo para implementar el Modelo.

En todos los procesos de reclutamiento, selección, empleo y evaluación del desempeño, se considerarían estas características del personal que permitirían al equipo de salud de la familia, a los médicos en los consultorios y a los prestadores de los servicios de atención al trabajador, impulsar el cambio. Transformar los servicios de salud es una tarea de colectivos y no solamente de individuos y en ese sentido, se promovía la elevación de competencias en los directivos de los centros prestadores, para desarrollar las estrategias básicas del MIAS. El personal ubicado en el Centro Médico, debía participar en el proceso de reestructuración con el mismo nivel de compromiso que los profesionales que prestarían servicios en las unidades de medicina familiar, los servicios de atención de los centros laborales, los CENDIS y los CECUIDAM.

El trabajo del equipo de salud, imprescindible en los niveles locales, sería un elemento esencial para la prestación de servicios, dado el principio de integralidad del Modelo. Para desarrollar las actividades dirigidas a la salud del trabajador y la salud de la familia, los integrantes de los dos equipos se relacionarían directamente con los trabajadores, su familia y el resto de la comunidad y definirían mejor las intervenciones, en respuesta a los problemas de salud que detectasen tanto en el ámbito laboral como familiar. Los equipos que realizarían su trabajo coordinadamente serían dos:

1. Equipo para el servicio de atención al trabajador. Formaría el equipo más novedoso para la ejecución del MIAS en cuanto a la prestación de servicios a los derechohabientes al ofrecerlos en su propio centro laboral. Este equipo debía conformarse según los lineamientos establecidos en el Plan Global de Acción para la Salud Ocupacional de la OMS, debidamente adecuados a las particularidades de los centros laborales que se atendían por el ISSET. Su principal actividad estaría relacionada con la detección de riesgos laborales y su control, así como, con el cuidado de la salud del trabajador.
2. Equipo para atender la salud de la familia. Cada equipo estaría conformado por un médico y una enfermera ubicados en una Unidad de Medicina Familiar, distribuidos según la regionalización de los servicios que se ofertan a los derechohabientes. Sería el equipo responsable de prestar servicios al trabajador y su familia desde el espacio comunitario. Lo integrarían un médico, preferiblemente especialista en medicina familiar y una enfermera general, cuya misión sería otorgar servicios a la población derechohabiente del territorio asignado.

Como integrantes del núcleo familiar del trabajador, en el Modelo se priorizaría la atención integral de los niños y los ancianos, edades extremas que merecen especial cuidado y cuyo sostén económico depende casi en su totalidad, de los derechohabientes. Mediante actividades debidamente programadas, profesionales especializados prestarían servicios a estos dos importantes grupos específicos de

población en las unidades correspondientes, o sea, CENDIS y CECUIDAM. El número de estos centros aumentaría paulatinamente en los dos años subsiguientes y se integrarían al nuevo Modelo como parte de la estrategia de reestructuración y reorganización de los servicios que brindaba el Instituto.

Planta física

En el período que se describe, para la prestación de servicios en el ISSET se disponía de los consultorios de medicina familiar en los municipios, una gran unidad de medicina familiar y un CM ubicado en la capital del Estado. Para responder a las características del Modelo que se propone, debía mejorarse la estructura de los consultorios y rediseñarse la unidad de servicios hospitalarios. Todo esto era necesario, porque la planta física debería impactar directamente en la satisfacción de los usuarios, para contribuir a desarrollar la gestión de calidad inherente a la prestación de servicios y una de las estrategias básicas del MIAS.

Insumos y tecnología

Mediante los recursos disponibles y un elevado nivel de eficiencia, podrían proyectarse beneficios adicionales a los que recibían entonces el trabajador y su familia, aunque resultaba imprescindible adquirir nuevos insumos y tecnología, específicamente para las actividades de vigilancia y control de la salud de los trabajadores. La disponibilidad del equipamiento médico, administrativo y tecnológico idóneo para el buen desempeño de las labores preventivas y médico-asistenciales, serían elementos necesarios para una eficiente prestación de servicios. La tecnología que requería la detección de riesgos laborales, la dotación suficiente y oportuna de medicamentos a los derechohabientes, implicaba un mayor compromiso institucional; en cuanto a medicamentos, debía garantizarse al derechohabiente un aceptable nivel de abasto y una efectiva racionalización de su prescripción, con medicamentos que garantizaran la seguridad y eficiencia a un costo-beneficio razonable para la institución, pues no es posible ni costo-efectivo prescribir medicamentos de última generación, cuando existen otros menos caros con igual o mejor eficacia.

Sobre los equipos, se completarían en unos casos y en otros se reemplazarían los equipos obsoletos y además, se adquiriría la nueva tecnología para las actividades correspondientes. La implementación del mencionado Expediente Clínico Electrónico, se incluiría dentro del sistema de gestión de calidad inherente al MIAS y para ello, también era necesario aumentar el equipamiento.

Recursos de información

En el mundo contemporáneo, la información está considerada como uno de los recursos fundamentales para el trabajo gerencial, con el propósito de lograr un alto desempeño y competitividad por parte de las organizaciones. Al definirse como recurso requiere -al igual que los otros- ser administrado racionalmente, por tanto, es objeto de planificación, organización y control. Una de sus particularidades es que casi en su totalidad, se produce en la misma organización como resultado de los propios procesos internos donde los datos se agregan, desagregan, se interrelacionan y se adaptan a los diferentes usuarios. Tal producción tiene un costo y una calidad determinados.

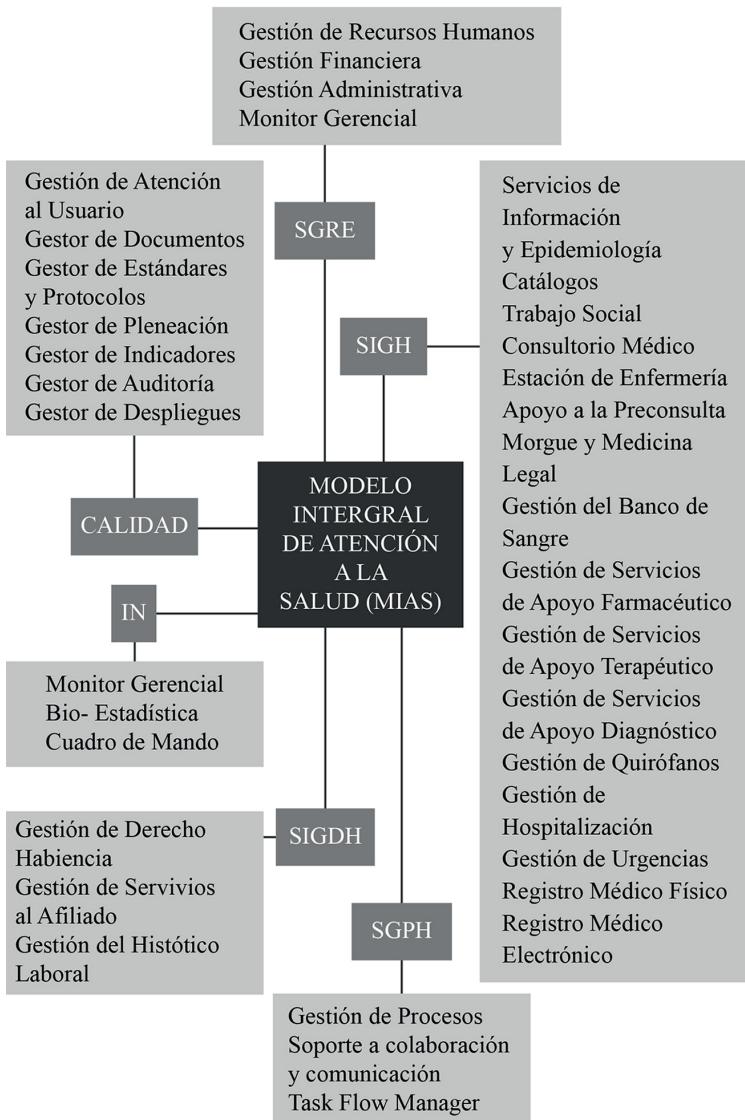
En el modelo se consideró este recurso más allá de su valor estadístico y se le incorporó una concepción gerencial, para reconocer la prioridad informativa como garantía de la eficacia, efectividad y eficiencia de la organización, enfoque muy necesario para resolver sobre todo la oportunidad, la fiabilidad y la adecuación que requería la función de cada persona. (Esquema 2)

Recursos financieros

En el sexenio 2007-2012, en el ISSET se enfrentaba el desafío de resolver la demanda creciente de todos sus servicios y prestaciones en un entorno de restricciones financieras, surgidas principalmente del arreglo vigente de cuotas y aportaciones. (Fig. 2) Tanto la base de cotización como los porcentajes que establecía la Ley, eran insuficientes para responder adecuadamente a las necesidades previsionales de la población cubierta y mucho menos para crear las reservas monetarias que garantizaran la viabilidad del sistema de seguridad social a lo largo del tiempo.

Esta situación originó un costo fiscal adicional para el gobierno del Estado y se canalizaron recursos extraordinarios al ISSET para equilibrar aquellos seguros y prestaciones con déficit financiero. De los seguros que se otorgaban por el ISSET, la prestación de servicios médicos era el seguro que durante más tiempo se afectó por problemas financieros.

DISEÑO FUNCIONAL



Esquema 2

SGRE: Sistema de Gestión de Recursos Empresariales; SIGH: Sistema de Información de Gestión Hospitalaria; SGPH: Sistema de Gestión de Procesos Hospitalarios; SIGDH: Sistema de Información de Gestión de Derecho y Haciencia; IN: Inteligencia de Negocios; SICS: Sistema de Información de Calidad en Salud.

Modelo Financiero del ISSET. Origen y destino de los recursos. 2007 - 2012



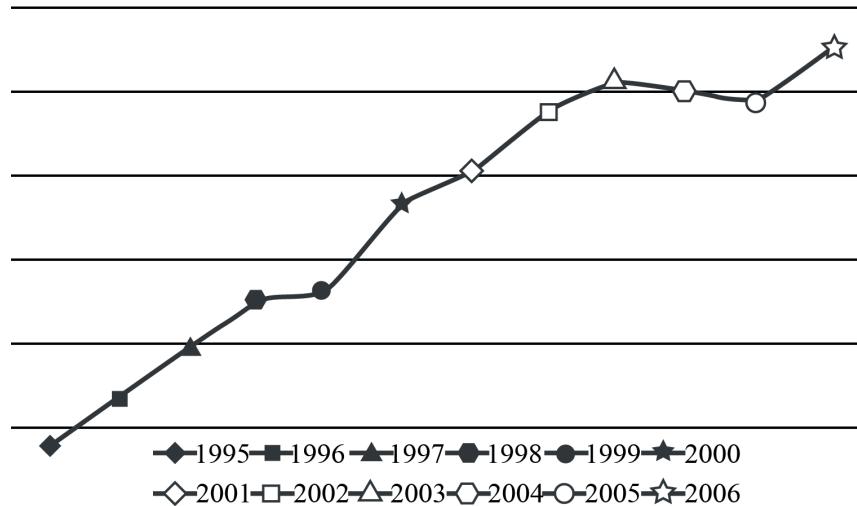
Figura 2

En los 10 años precedentes al sexenio que se describe, el gasto total en salud se incrementó 55,89 % en términos reales y el déficit financiero que se observaba en este seguro, se incrementó de 1 505 pesos por asegurado en 1997 a 2 081 pesos en 2007; en este mismo lapso, el déficit total acumulado sumó poco más de 1 895,6 millones de pesos, a precios de 2007.(Gráfico) Para el futuro mediato, se preveía que el gasto en salud continuaría con tendencia al aumento y sin dudas lo haría aceleradamente, tanto por los cambios demográficos y epi- demiológicos que afectaban a la población tabasqueña en esa etapa, como por el nivel de costos cada vez más elevados en relación con la atención de la salud.

Ante este escenario, en el ISSET debían mejorarse los procesos de gestión y operación en materia de salud, asegurándose que sus servicios se ofrecieran al mismo tiempo con una alta calidad y un aprovechamiento óptimo de los recursos financieros que se administraban. El logro de la eficiencia económica del gasto sanitario, representa un propósito independiente de las condiciones mismas del

financiamiento de los servicios y no está libre de cualquier connotación ética, social o política que, sin embargo, no se observó apropiadamente hasta la década de 1970, cuando surgieron las primeras preocupaciones por las disparidades evidentes entre el aumento del gasto en salud y las mejoras del nivel de salud de la población.

Evolución del gasto sanitario. ISSET 2006



Fuente: ISSET.

Gráfico

Ahora, en la mayor parte de los modelos de atención en salud, se reconoce que los recursos económicos disponibles deben servir para producir el máximo resultado posible en términos de la salud de la población en la que operan. En el diseño del nuevo MIAS, se incorporó el logro de la eficiencia productiva como uno de sus objetivos centrales, sin dejar de observar que esto no suponía gastar menos, ni racionar la provisión de servicios sino fundamentalmente, que el gasto se realizara de una manera más óptima. Existe un amplio consenso entre los expertos de economía de la salud, sobre la forma de incrementar la eficiencia en la prestación de servicios médicos y consecuentemente, producir efectos beneficiosos en la accesibilidad, la calidad y el control de costos, que se localiza en la estructura de incentivos adoptada dentro de los propios modelos de atención, lo cual puede observarse claramente en la relación entre financiadores y proveedores de los servicios.^{35,36}

Sistema de Gestión Financiera

La propuesta para el sistema de gestión financiera del MIAS, estuvo enfocada a rediseñar las interacciones económicas del Instituto con sus unidades proveedoras y con los prestadores públicos y privados de servicios, con los cuales se habían suscrito contratos de subrogación de servicios. Este sistema de financiamiento propiciaba la incorporación de nuevas herramientas de gestión, con el propósito de promover un cambio en el comportamiento de los proveedores de servicios de salud, mediante estímulos dirigidos a alcanzar ganancias sustantivas en productividad, calidad y efectividad y procurar un uso adecuado de los recursos que se les transfiriesen.

La nueva metodología se inspiraba en las ideas del “pluralismo estructurando” planteadas por Londoño y Frenk en el 2001, quienes definían este concepto como la “búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado a los sistemas de salud”,³⁷ es decir, el nuevo sistema de financiamiento no representaba -aunque los incluía- el simple salto hacia los contratos públicos del tipo que opera en los países europeos, ni una propuesta de adoptar a la ligera los principios de la competencia gerenciada que se estimula en Norteamérica, sino una combinación de estos elementos con un enfoque hacia las condiciones de responsabilidades, infraestructura y disponibilidades propias del Instituto y de la población derechohabiente.

Además, en la metodología para desarrollarlo, se proponía la creación de una nueva instancia institucional encargada de importantes funciones de modulación, evaluación y sanción del sistema, para disponer de un nivel independiente que también debía contribuir a resolver las cuestiones operativas y sirviera para monitorear tanto el flujo suficiente de recursos, como las ganancias en salud que de estos se obtuviesen. En esencia, el sistema de gestión financiera del MIAS descansaba en un modelo que consideraba tres elementos:

1. El Convenio de Gestión.
2. El Sistema de Pago por Resultados (PPR).
3. El Comité de Gestión.

Para desarrollar el sistema financiero, debía precisarse muy bien la organización y articulación de estos tres elementos, que se sustentarían en los principios generales que seguidamente se describen.

1. El Convenio de Gestión. Las relaciones entre el Instituto -en su carácter de financiador de la prestación de servicios médicos- con los entes proveedores de los mismos, estarían reguladas mediante un Convenio de Gestión de vigencia anual, como instrumento de naturaleza jurídica vinculante y cuyo objetivo sería armonizar los objetivos generales de salud con resultados precisos y medibles, así como, con los mecanismos de medición, financiamiento y control.

La confección del modelo de Convenio, así como la definición de sus procedimientos e indicadores estaría a cargo del Comité de Gestión, aunque se sugiere incluir como mínimo, los aspectos siguientes:

- a) La vigencia.
- b) Los programas que deberían cumplirse por el proveedor, así como sus metas anuales y trimestrales, incluidas las correspondientes a los programas de salud laboral y salud de la familia y las metas en materia de prestación de servicios médicos personales.
- c) Los estándares e indicadores de calidad que debían observarse.
- d) Los mecanismos y procedimientos de información y transparencia.
- e) Las disposiciones relativas a control, vigilancia y sanción.
- f) Los mecanismos de protección de derechos de los afiliados.
- g) La modalidad del sistema de pago que correspondía.

Los convenios de gestión debían suscribirse entre el titular de la Dirección de Prestaciones Médicas y el responsable del ente proveedor, estarían atestiguados por el Director General del Instituto y se publicarían por los medios de comunicación interna institucional.

2. El sistema de pago por resultados (SPR). Está conformado por las tres modalidades siguientes:

- a) Presupuesto prospectivo por la actividad (PPA).
- b) Presupuesto por capitación (PC).
- c) Pago por prestaciones específicas.

El presupuesto prospectivo. Consiste en determinar un monto máximo a ejercer, se aplicaría exclusivamente, en el Centro Médico del ISSET con base en la actividad asistencial generada por esa unidad proveedora de servicios en el año inmediato anterior, medida por el sistema de clasificación de pacientes en grupos clínicamente homogéneos (GRDs) y sus valores relativos, que se determinan por estudios de costo practicados al efecto. Forman parte también de este presupuesto, la estimación anual del crecimiento en los precios de las medicinas, los ajustes por indicadores de calidad y por servicios complementarios.

El presupuesto por capitación. Como el presupuesto por actividad, se determina un monto máximo de recursos transferibles, que en este caso sería aplicable a las Unidades de Atención Integral a los Derechohabientes y se calcula en base a la población derechohabiente cubierta en materia de salud, ajustes por riesgo y calidad sanitaria, así como por el costo de operación de los demás servicios y prestaciones que se operasen en sus instalaciones.

Los montos comprometidos bajo cualquiera de las modalidades antes descritas, se canalizarían a las unidades proveedoras mediante los mecanismos que el Comité de Gestión estableciese procurando un equilibrio apropiado entre la necesaria autonomía en la gestión y las economías de escala, sin descuidar la normatividad vigente en materia de gasto público. Las transferencias monetarias a las unidades proveedoras, se realizarían con la periodicidad que el propio Comité determine y en base en los resultados observados en el nivel de actividad y de calidad asistencial.

El procedimiento de pago mediante presupuesto por capitación, podría ajustarse con proveedores de otras instituciones y establecimientos del sistema de salud, siempre y cuando se vincularan a las actividades de los programas de Salud del Trabajador y Salud de la Familia y se considerasen medidas específicas de supervisión y auditoría.

El sistema de pagos por prestaciones específicas. Se refiere, exclusivamente, a los convenios del ISSET con otras instituciones y establecimientos del sistema de salud para la provisión indirecta de servicios médicos en los cuales se establecería como tope máximo de pago por cada servicio, el monto equivalente que resultase si este fuese proporcionado por el Instituto y pagado mediante el PPA, más el 35 % como beneficio por inversiones.

Finalmente, la implementación del SPR requería de un período previo de estudio, así como de actividades de difusión y capacitación. En este sentido y como parte muy importante del MIAS, se desarrollarían las actividades previas del SPR para el 2009 de tal forma que este sistema entraría en vigor a partir del 1 de enero de 2010.

3. El Comité de Gestión. Es la estructura institucional, que debía encargarse de controlar y sancionar los Convenios de Gestión y la operación del SPR. Estaría presidido por el Director General del Instituto e integrado por seis vocales nombrados por este, tres de los cuales debían ser los titulares de las áreas de prestaciones médicas, finanzas y administración. El Comité de Gestión sesionaría ordinariamente cuando menos una vez por mes y de manera extraordinaria, cuantas veces fuese necesario. Entre sus funciones están, el establecer los modelos de Convenios de Gestión, ordenar estudios de costos específicos y determinación de valores relativos de los GRDs, evaluar los resultados de estos estudios; aprobar los montos y mecanismos de pago a proveedores y emitir las sanciones a que hubiese lugar.



CAPÍTULO V - EVALUACIÓN DEL MODELO

La evaluación es una actividad inherente a todo trabajo gerencial que se utiliza para comprobar en qué medida los procesos y los resultados son consecuentes con los valores deseados, lo que permite decidir cuáles acciones deben implementarse en función de los resultados de esa comprobación. El proceso de evaluación constituye un ciclo caracterizado por tres grandes etapas:

1. Antes de la evaluación. Se requiere la existencia de estrategias, políticas, metas, planes, estándares o guías de acción, que servirán como referencia para medir los procesos, desempeños, productos, servicios o avances. Toda referencia, para ser válida, tiene que ser medible.
2. Durante la evaluación. Se miden los procesos, desempeños, productos, servicios o avances, con los mismos indicadores utilizados para su creación. Se aplican criterios de filtraje que permiten a los gerentes concentrarse en los puntos críticos o priorizados.
3. Después de la evaluación. Se desencadenan acciones o se toman decisiones en respuesta a lo detectado en la evaluación, lo que permite mantener la organización o el sistema dentro de los parámetros expresados en el primer paso de la secuencia. Estas acciones o decisiones, también son objeto de evaluación y el proceso sigue de forma permanente, lo que explica por qué se le define como un ciclo.

Lo anterior demuestra que la evaluación no es un hecho aislado, sino solo un punto dentro de un proceso mayor y como tal deberá planearse y ejecutarse. La finalidad de una secuencia como la descrita anteriormente es que en la organización donde se aplique, se mantengan las concepciones y valores básicos que la rigen y que, al mismo tiempo, se creen las condiciones para su mejora y desarrollo continuos. Toda evaluación que no disponga de términos de referencia o que no desencadene acciones consecuentes derivadas de lo hallado, representa empleo de recursos que no se convierten en resultados positivos para la organización y por tanto, son derrochados. La evaluación del MIAS se ejecutaría según esta secuencia y comprendería las dimensiones siguientes:

- a) La implementación del Modelo, que es la evaluación sistemática del cumplimiento del plan de introducción del MIAS en la práctica.
- b) Los resultados del Modelo, para comprobar si las mejoras sensibles en la organización, calidad, eficiencia y efectividad de los servicios previstos en el modelo se alcanzaron.
- c) El modelo por sí mismo, o sea, los principios, valores y estrategias del Modelo constituyan su parte más estable, pero estarían sujetas también a ajustes en función de los resultados que se obtuviesen en la evaluación de las dos dimensiones anteriores o en evaluaciones que se realizasen con ese propósito específico.

En consecuencia, con lo expuesto, en el sistema de evaluación del MIAS, se establecía que:

- La evaluación no es la razón de ser del Modelo, ni siquiera su actividad principal. Es un instrumento valioso para la gerencia en la misma medida en que se sustente en normas o estándares que le sirvieran de referencia comparativa y que generaran acciones consecuentes con los resultados que produzca.
- La capacidad de la evaluación para detectar problemas debía considerarse como una oportunidad para asegurar la mejora continua de la efectividad, eficiencia y calidad de la atención a la salud de los derechohabientes.
- El ejercicio de la evaluación no es privilegio exclusivo de la administración, comprende también a sus trabajadores, a los derechohabientes y a la comunidad, como expresión de los principios, valores y estrategias del modelo.

El proceso de evaluación se implementaría según los requerimientos siguientes:

- Definir los procedimientos para medir los objetivos y estrategias del modelo y los valores que serían aceptados como norma o estándar.
- Priorizar la creación de estándares o normas de actuación para los prestadores tales como guías de práctica clínica, manejo de medicamentos, normas técnicas de competencias profesionales, procedimientos de trabajo y los demás que contribuyeran tanto a mejorar la organización de los servicios y su calidad como a lograr que las evaluaciones se hicieran según términos de referencia adecuadamente diseñados.
- Propiciar las condiciones para que las evaluaciones no dependieran solamente de información estadística diferida, por tanto, debía introducirse el aseguramiento informático progresivamente para incorporar el tiempo real en todos los procesos en que, al hacerlo, se elevaran la resolutividad y la capacidad de respuesta de los prestadores, directivos y profesionales que operarían el Modelo.

- Aplicar un número variado y combinado de técnicas en función del objetivo propuesto lo que incluye entre otros, el empleo de procedimientos de acreditación, auditorías médicas, inspecciones, autoevaluación, control orientado a la gerencia, benchmarking, control social y estudios e investigaciones de propósitos específicos.

Sistema de indicadores para evaluar el Modelo

La evaluación del MIAS debería realizarse como un proceso permanente y continuo, que permitiera cualificar y cuantificar las actividades realizadas según los resultados evaluativos. Los indicadores debían reflejar el alcance de los objetivos del Modelo en correspondencia con sus principios y estrategias; estarían agrupados según las Dos Dimensiones: salud de la familia y salud en el trabajo, y las Tres Gestiones: de calidad, de financiamiento, y de información. Los criterios de evaluación estarían dirigidos a comprobar la organización, calidad, eficiencia y efectividad del Modelo.

Esta evaluación del Modelo en su conjunto se realizaría escalonadamente, con periodicidad ajustada según nivel jerárquico institucional: anual, por la directora general del ISSET y semestral, por el director y los subdirectores de la Dirección de Prestaciones Médicas. Los indicadores operacionales correspondientes a los dos programas básicos, se analizarían trimestralmente por los coordinadores de las unidades en cada municipio.

Impacto esperado del Modelo

Se relacionan los impactos que se esperan se produzcan al ejecutarse el Modelo:

1. Cambios en la situación de salud de la población derechohabiente.
2. Modificación de comportamientos no saludables y de la percepción de riesgos en los trabajadores y sus familias.
3. Mejora de la calidad y la calidez en la atención a los pacientes.
4. Cambios positivos en la opinión de los derechohabientes sobre el servicio recibido.
5. Aumento de la productividad de los servicios.
6. Desarrollo y perfeccionamiento de la gestión clínica y sus nuevos procedimientos.

Evaluación del impacto del Modelo

Se realizaría al evaluarse las Dos Dimensiones y las Tres Gestiones que constituyen la base del Modelo. Se obtendrían las diferencias absolutas y relativas de los indicadores iniciales y finales y la razón estandarizada de morbilidad y mortalidad, derivados de los aspectos siguientes:

- | Control de riesgos laborales y familiares.
- | Control de accidentes laborales
- | Incidencia y prevalencia de las enfermedades profesionales.
- | Incidencia y prevalencia de las principales enfermedades crónicas y transmisibles.
- | Incidencia y prevalencia de las discapacidades.
- | Mortalidad general y específica según grupos de edades.
- | Mortalidad evitable y prematura.
- | Mejora continua de la calidad.
- | Grado de utilización de los servicios.
- | Satisfacción de los derechohabientes y los prestadores.
- | Eficiencia económica y gestión de la información.



CAPÍTULO VI - ETAPAS EN EL DISEÑO DEL MIAS

Etapa previa al diseño (2008)

En esta etapa se conformó el equipo encargado de diseñar y ejecutar el Modelo con 17 profesionales: 12 funcionarios del ISSET y cinco consultores externos. De los 12 funcionarios, se seleccionaron 5 como coordinadores expertos en tareas específicas.

Los integrantes del equipo participaron en el Taller Metodológico “Gerencia en Salud Pública y Epidemiología”, desarrollado en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, durante el primer trimestre de 2008 (1 semana). Finalmente, se consideraron técnicas investigativas como la revisión documental y bibliográfica relacionada con investigaciones de sistemas y servicios de salud (ISSS), salud familiar, salud en el trabajo, gerencia en salud, reglamentos y regulaciones laborales (internacionales, federales y estatales), sistemas automatizados de información y expediente clínico electrónico; también se realizaron entrevistas a directivos, profesionales y técnicos, que ofrecían servicios de atención en el ISSET; funcionarios de las direcciones y departamentos de la sede central y de las dependencias estatales vinculadas al Instituto.

Etapa de diseño (2008-2009)

Se desarrollaron tareas individuales y colectivas, tanto en la sede central de la institución como en unidades de servicio en el período de junio a octubre 2008. Se elaboró la versión preliminar del Modelo de Atención, incluidos los programas de Salud del Trabajador y Salud de la Familia.

Durante 6 meses -agosto a diciembre de 2008- se realizó un estudio piloto del programa Salud del Trabajador en 220 centros, seleccionados entre los que se atendían por el ISSET. El estudio incluyó la elaboración de la documentación para desarrollar el programa Salud del Trabajador, que posteriormente se ejecutaría en la fase experimental de implementación del Modelo. Los documentos elaborados fueron: programa de trabajo de los Departamentos y la Subdirección de Salud en el Trabajo, historia clínica laboral en papel y en formato electrónico, cédula de identificación y control de factores de riesgo, modelo para el censo de centros de trabajo, formatos

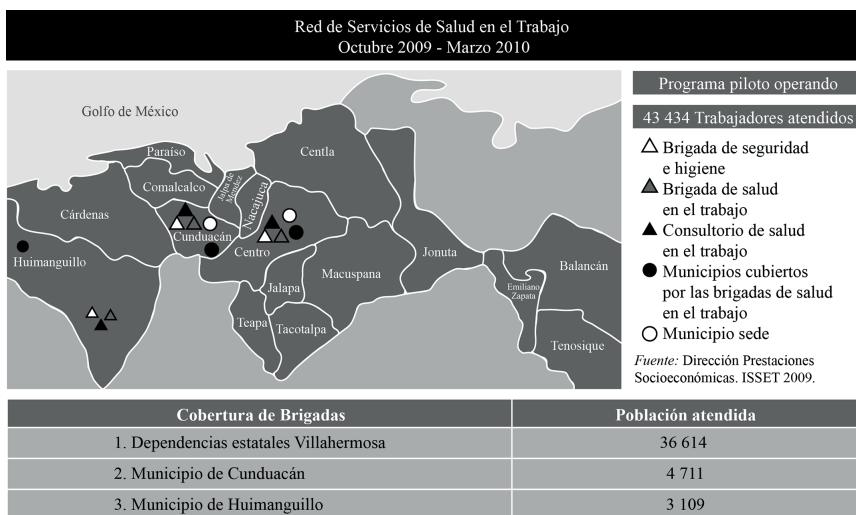
para captar datos primarios, modelo-solicitud de valoración médica para aptitud laboral, modelos médico-legales y cuestionario para el diagnóstico de necesidades de capacitación sobre seguridad e higiene.

Para ejecutar algunas de las actividades del programa y también como innovación en las prestaciones médicas que se ofrecían en el ISSET, se diseñó la “Red de prestación de servicios en Salud del Trabajo” (Fig. 3).

Etapa previa a la implementación (2009-2011)

Durante 6 semanas -marzo a junio de 2009-, se realizaron diversas tareas para garantizar *a posteriori* la implementación del Modelo: la presentación del Modelo al equipo de dirección del ISSET y de la versión definitiva de los programas de Salud Familiar y Salud del Trabajador, la revisión exhaustiva de los documentos requeridos para ejecutar ambos programas, el diseño del sistema de evaluación del Modelo con la conducción metodológica de dos consultoras extranjeras, discusiones grupales con los directivos de los municipios y centros seleccionados para la fase experimental, análisis sobre la propuesta para la creación de las Unidades de Atención Integral al Derechohabiente (UAID), que se ubicarían en cada cabecera municipal del estado de Tabasco y estarían integradas por una Unidad de Medicina Familiar, un CENDI y un CECUIDAM. En esta misma etapa, los integrantes del equipo, participaron en dos talleres metodológicos: “Implementación del Modelo de Atención en Salud del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco” en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, durante el primer trimestre de 2009 y “Sistema de evaluación del Modelo Integral Atención en Salud ISSET” en la sede del Instituto en Tabasco, durante el primer semestre de 2011 (1 semana).

Figura 3





CAPÍTULO VII - IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

Al concluir la versión final del MIAS se decidió que, aunque se iniciaran algunas actividades priorizadas del Programa Salud de la Familia, la fase experimental para implementar el Mode- lo se realizaría con el Programa Salud del Trabajador, que en definitiva representaba el centro del trabajo institucional. Para ejecutar este programa se diseñaron tres etapas, cada una con tiempo definido y en las cuales paulatinamente se incorporaban los municipios, según se generalizaba el Modelo. (Anexos)

Resultados de la implementación

En la fase experimental para la implementación del MIAS se alcanzaron dos importantes resultados.

Estos resultados, obtenidos entre 2009-2011, servirían para identificar las insuficiencias del diseño en su componente de Salud en el Trabajo y garantizarían su posterior generalización. El primer resultado se relaciona con la fase experimental del Modelo (2009-2010). El segundo es una investigación realizada en 2012, con el objetivo de perfeccionar el diseño original del sistema de evaluación del MIAS.

Primer resultado. Fase experimental del Modelo

En el sexenio que se describe, el universo que debía atender el ISSET abarcaba un total de 4 059 centros laborales y se atendían 82 458 trabajadores y sus familias para quienes, ante su cambiante situación de salud, se había diseñado el MIAS, con el propósito de aplicar una nueva proyección de trabajo. Al ejecutarse el Programa de Salud del Trabajador, se contribuía a la reducción de la morbilidad y mortalidad laboral en el grupo de población conformado por los trabajadores estatales y municipales de Tabasco.

Es cierto que con anterioridad, en el ISSET se realizaban actividades en la esfera de la salud laboral como es el dictamen médico legal, el programa de detección y prevención en centros de trabajo (PAPE) y el examen médico a trabajadores a solicitud de los sindicatos, pero la debilidad técnica en la práctica de esas actividades,

la endeblez de la sustentación teórica para desarrollarlas y su nivel de actualización, no respondían a los cambios que en los niveles de salud ocupacional se reclamaban, tanto por los organismos nacionales como internacionales. Para una institución de seguridad social de este tipo en México, la trasformación de las prestaciones médicas en la esfera laboral sería imprescindible y particularmente novedosa pues se desarrollaría mediante un programa de control que garantizaría su ejecución.

Como se mencionó, al desarrollarse la fase experimental del MIAS, se iniciaron las actividades correspondientes a la primera etapa del programa Salud del Trabajador y esa decisión, además de propiciar la ejercitación del personal a cargo, permitiría detectar limitaciones e insuficiencias que evitaran la repetición de errores y garantizaran la correcta implementación del Modelo para su posterior generalización.

Con la intención de que se comprenda mejor el resultado de esta fase experimental, se resumen dos importantes aspectos del Programa Salud del Trabajador que sustentaban esa fase. (Anexos) Estos dos importantes aspectos son sus objetivos y su estructura organizativa y funcional:

A. Objetivos

- Identificar, evaluar y realizar la gestión de los riesgos ambientales y personales en los centros laborales.
- Disminuir o eliminar los riesgos ambientales que afectan a los trabajadores.
- Evaluar el cumplimiento de las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo estatales y municipales, según lo establecido en las regulaciones.
- Fomentar la cultura del autocuidado de la salud.

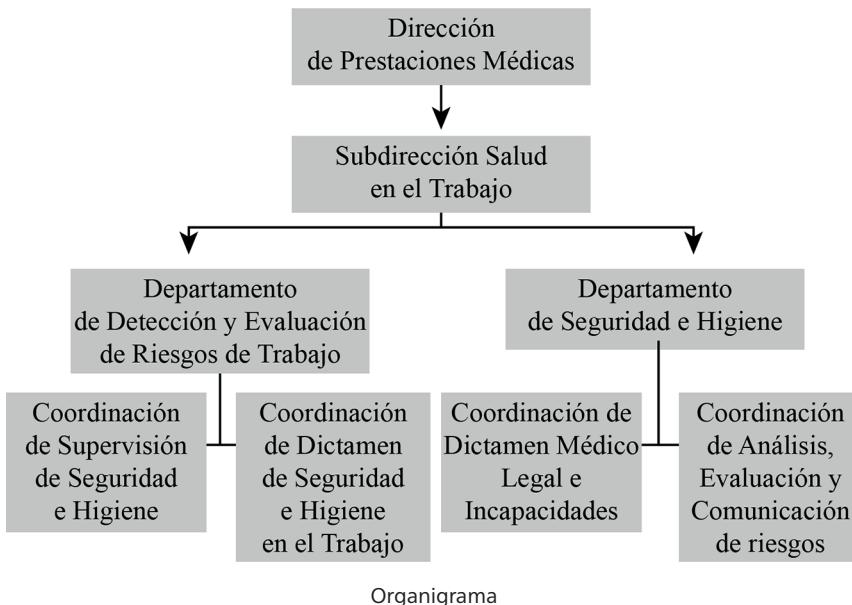
B. Estructura organizativa, servicios y personal disponible para ejecutar el programa. Se muestra en el organigrama.

Las características del personal y los servicios que se ofrecieron desde las Unidades de Salud en el Trabajo ubicadas en los centros laborales aparecen a continuación:

1. Servicios de salud en el trabajo (SST). Con estos servicios ofrecidos por un médico capacitado en salud ocupacional, se brindaba atención médica y promoción de salud a los trabajadores, se realizaban exámenes preempleo, dictamen médico por afiliación, se emitían certificados de incapacidad y se evaluaban los riesgos de trabajo.
2. Equipo para el servicio de atención al trabajador. Estaría conformado por profesionales de diversas disciplinas: medicina ocupacional, epidemiología, psicología ocupacional e ingeniería industrial, para brindar servicios en el propio centro laboral. Su principal actividad se enfocaría a la detección de

riesgos laborales y su control, así como el cuidado de la salud del trabajador. A este equipo, se incorporaría el médico del trabajo asignado al consultorio correspondiente en la Unidad de Medicina Familiar.

Nuevo organigrama para la Dirección de Prestaciones Médicas.
ISSET. 2009



3. Brigadas itinerantes de salud en el trabajo (BST) y seguridad e higiene (BSH). Estarían integradas por un médico, un ingeniero industrial y un promotor de salud, con la función básica de desarrollar actividades de promoción de salud y detección de factores de riesgo personales y no personales, en los centros de trabajo de todo el estado.
4. Grupos de autoayuda en los centros laborales (GAM). Durante sus visitas, los integrantes de la Brigada médica proponían a los trabajadores y autoridades la creación de estos grupos, que, bajo la supervisión médica mensual, servirían para capacitarlos. Este novedoso grupo, surgió con el propósito de estimular en el trabajador enfermo un mejor control de su enfermedad mediante la adhesión al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud. Las actividades del grupo estaban contenidas en el "Programa de los 5 pasos" que orientaba la Secretaría de Salud a nivel federal.

Una vez establecida la estructura organizativa y los servicios para ejecutar el Programa Salud del Trabajador, se iniciaron las actividades correspondientes a la fase experimental en octubre 2009. Esta fase se inició con una gran limitación, originada por la situación económica estatal y su correspondiente influencia en el ISSET, que impedía la contratación a tiempo completo de los profesionales competentes en el área de salud laboral y que debían integrar las BST y de los técnicos en el área de seguridad e higiene. Se decidió enfrentar esta situación con una solución transitoria consistente en ofrecer cursos y talleres de capacitación al personal profesional y técnico no especializado. De esta forma, comenzó la fase experimental o primera etapa del programa Salud del Trabajador en tres municipios:

- Cunduacán, con 4 902 trabajadores y 106 centros de trabajo,
- Huimanguillo con 2 892 y 124 centros de trabajo y
- Centro con 38 372 trabajadores y 194 centros de trabajo.

Los tres técnicos en seguridad e higiene asignados a cada uno de los municipios, evaluaron el ambiente laboral en 368 centros de trabajo y aplicaron un cuestionario cerrado sobre aspectos de seguridad e higiene. Las recomendaciones se hacían verbalmente y después se entregaba un documento escrito.

Los médicos de las brigadas en sus visitas a los centros de trabajo, realizaron 11 083 exámenes médicos preventivos y detectaron 7 850 trabajadores con sobrepeso y obesidad (70,7 %), cifra 1,4 % superior a la media nacional que era de 69,3 %. Se notificaron 102 probables accidentes de trabajo, de los cuales se descartaron 17 por no cumplir con los requisitos de notificación establecidos en la Ley del ISSET. Entre los 85 accidentes confirmados (2,3 %), dos fueron mortales.

Los promotores en salud incorporados en las Brigadas, tomaron directamente 11 083 muestras sanguíneas para medir glicemia -tres en días diferentes según la norma y el mismo número y periodicidad de mediciones de tensión arterial. En el municipio de Huimanguillo se constituyeron dos Grupos de Autoayuda integrados por 19 y 11 trabajadores respectivamente y diagnosticados con sobrepeso y obesidad. El grupo realizaba sus sesiones una vez a la semana, en horario laboral, como se orientó.

Los evaluadores externos, pertenecientes a otra área del ISSET, aplicaron una encuesta a 350 trabajadores en los centros laborales de los tres municipios, lo que reforzaba el valor de las respuestas, con el propósito de conocer su opinión sobre las actividades del programa.

Con la ejecución de esta primera etapa del Programa de Salud del Trabajador (fase experimental), se desarrollaron actividades renovadas como el seguimiento y la evaluación de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, la evaluación de los factores de riesgo de trabajo y la evaluación médica a los trabajadores en dependencia del puesto laboral.

Fueron ejemplo de actividades destacadas:

- █ La reestructuración y perfeccionamiento de las prestaciones de servicios en los centros y unidades del ISSET, incluidas las Unidades de Atención Integral al Derechohabiente (UAID), elemento totalmente original dentro de la organización de servicios en una institución de Seguridad Social.
- █ La aceptación del programa por parte de trabajadores y autoridades de centros de trabajo y dependencias donde se desarrollaba. En ocasiones eran las propias autoridades de los centros de trabajo quienes solicitaban la presencia de las BST, pues reconocieron como útiles y valiosas las actividades realizadas para contribuir a mejorar el nivel de salud de los trabajadores. También, solicitaron orientación para la conformación e integración de sus Comisiones auxiliares mixtas de Seguridad e Higiene.
- █ La elevación de las competencias y el desempeño de profesionales y técnicos, mediante la capacitación y el adiestramiento, tanto para la atención al trabajador como en la realización de acciones complementarias con su familia.
- █ El trabajo renovador de los integrantes de las BST, como uno de los elementos clave en los resultados.
- █ La originalidad y efectividad preventiva de los Grupos de Autoayuda, reconocidos por los propios trabajadores sometidos a riesgos laborales o afectados por enfermedades crónicas, como muy importantes para el control de sus procesos.
- █ La ejecución de actividades promocionales y preventivas, con total aceptación de los trabajadores y autoridades, que propició la detección de riesgos laborales. El 100 % las calificó como buenas, incluso, consideraron que esas visitas debían ser más frecuentes.
- █ Las relaciones inter-unidades e inter-disciplinas, que se establecieron con el propósito de realizar actividades complementarias.
- █ El diagnóstico y notificación de enfermedades y accidentes laborales en el propio centro laboral: se detectaron 469 trabajadores con glicemia elevada y 159 con tensión arterial alta. Para confirmar el diagnóstico, a todos se les orientó acudir a la UAID de su municipio, debidamente remitidos y acudieron 38 % de los hiperglicémicos (179 trabajadores) y 54 % de los detectados como hipertensos (86 trabajadores). Se confirmaron como diabéticos 72,1 % (127 trabajadores) de los que acudieron a consulta médica como sospechosos y 37,1 % (59 trabajadores) de los 159 hipertensos, quienes se incorporaron al registro-control, para su seguimiento por el médico de la Brigada en sus propios centros laborales.

- I Cumplimiento del 100 % de las recomendaciones en 13 de los centros visitados, aunque ese cumplimiento no era obligatorio.

Segundo resultado. Evaluación del Programa Salud del Trabajador

Es necesario reiterar que el sistema de evaluación del MIAS abarcaba al Modelo en su conjunto y sus dos principales componentes: la salud del trabajador y la salud de la familia. Al desarrollarse la primera etapa del Programa Salud del Trabajador (fase experimental) se evaluaron los indicadores propios y en consecuencia con los resultados, se consideró oportuno realizar una investigación cuyo objetivo era perfeccionar el diseño original del sistema de evaluación del programa en cuanto a procedimientos y técnicas, para combinar aspectos sociales, metodológicos y estratégicos. El elemento novedoso fue la aplicación del Análisis Multicriterio³⁶ con el propósito de elevar la calidad del proceso evaluativo global del Modelo, como tercer resultado de su implementación.

Metodología. La investigación evaluativa se ejecutó en dos momentos: uno descriptivo y otro propiamente evaluativo. El *universo* de estudio fueron 424 centros de trabajo atendidos por el ISSET, ubicados en los tres municipios seleccionados durante la fase experimental: Huimanguillo (124 centros de trabajo), Cunduacán (106 centros) y Centro (194). La *población* estuvo compuesta por los 43 434 trabajadores de esos centros, atendidos por las BSH y las BST que como se expuso, fueron creadas *ad hoc* para desarrollar el Programa Salud del Trabajador. De esa población, se obtuvo una *muestra* de 259 trabajadores distribuidos en 22 centros laborales, mediante muestreo estratificado bietápico: centro laboral-colectivo de trabajadores-áreas o departamentos.

Procedimientos y técnicas. Se describe para el proceso evaluativo y la obtención de información.

- a) Sobre el proceso evaluativo. Se clasificó la evaluación según el evaluador como interna y externa; según la función como formativa; según el contenido, se utilizó el proceso de aplicación y gestión (puesta en práctica) y según la perspectiva temporal, se consideró *ex ante* o *intermedia*, aunque con referencias a las etapas *ex ante* y *ex post*, pertinentes a cualquier programa de servicios. Con la consideración de la variante de evaluación *ex ante* o *intermedia*, se utilizó el modelo descriptivo recomendado durante la implementación de un programa, con el propósito de observar su funcionamiento mediante criterios, indicadores y metas de productos y actividades. Se formularon como propósitos de la evaluación, la descripción del cumplimiento de sus objetivos, determinar las razones del cumplimiento

- o incumplimiento, descubrir los principios que subyacen en un programa que ha tenido éxito, sentar las bases para una futura investigación sobre la utilidad de las técnicas alternativas y redefinir los medios para alcanzar los objetivos, incluidas las submetas, según los resultados de la investigación.
- b) Sobre la obtención de información. Para obtener la información necesaria, además de considerar los indicadores convencionales relacionados con riesgos, enfermedades, daños, recursos y servicios, se aplicaron dos técnicas cualitativas convencionales como las encuestas y las entrevistas.

Las encuestas se aplicaron a 259 trabajadores, pertenecientes a los 22 centros incluidos en la muestra; 3 Jefes de Brigadas Itinerantes de Salud en el Trabajo y de Seguridad e Higiene y 21 directivos de los centros laborales. (Anexo)

Las entrevistas se realizaron a 3 coordinadores de la UMF, a 11 médicos de consultorios y a 3 responsables de los Servicios de Salud en el Trabajo. (Anexo)

- c) Sobre la utilización del Análisis Multicriterio. Constituyó la técnica utilizada en la investigación y puede considerarse como un método subjetivo.³⁷ Se desarrolló en dos tiempos. En el primer tiempo, referido básicamente a la evaluación del programa, se integraron los 33 indicadores originales del Programa Salud del Trabajador con los 18 indicadores derivados de tres de las cuatro variables escogidas para el Análisis (Cuadro 3) y se conformó el nuevo sistema de evaluación del Modelo para el Programa. En el segundo tiempo, se obtuvo el Índice Multicriterio mediante un ejercicio de ponderación con las siete estrategias del Modelo (evaluación intermedia), ajustadas al Programa Salud del Trabajador y un ejercicio de jerarquización.

Cuadro 3. Indicadores integrados del programa y del Análisis Multicriterio.
Evaluación del Programa Salud del Trabajador. 2009-2010

Criterio	Indicador*
Social	<p>No. objetivos del programa relacionados con la salud del trabajador / total objetivo del programa</p> <p>No. objetivos formulados con calidad / total objetivos del programa</p> <p>No. objetivos relacionados con necesidades y prioridades de los trabajadores/total de objetivos del programa</p> <p>No. de trabajadores detectados con HTA, diabetes, obesidad / total de trabajadores en los centros</p> <p>No. de trabajadores con diagnóstico confirmado de HTA, diabetes y obesidad / total de trabajadores remitidos a las Unidades Médicas</p> <p>No. de accidentes laborales / total de trabajadores en los centros</p> <p>No. de accidentes laborales fatales / total de trabajadores en los centros</p> <p>No. de trabajadores discapacitados por accidentes / total de trabajadores de los centros</p> <p>No. de trabajadores expuestos a riesgo laboral / total de trabajadores de los centros</p> <p>No. de redes sociales conformadas / total de redes sociales planificadas en centros laborales</p> <p>No de integrantes de redes de apoyo capacitados / total de integrantes</p> <p>No. de trabajadores satisfechos por la atención recibida / total de trabajadores encuestados</p> <p>No. de quejas resueltas / total de quejas recibidas</p>
Técnico	<p>No. de objetivos similares o adaptados a otros programas de la institución / total de objetivos del programa</p> <p>No. de objetivos similares o adaptados a otros programas de la Secretaría de salud / total de objetivos del programa</p> <p>No. de objetivos similares o adaptados a otros programas de la Secretaría de salud / total de objetivos del programa</p> <p>No. de objetivos similares o adaptados a otros programas de la Secretaría de salud / total de objetivos del programa</p> <p>No. de metas del programa ajustadas según objetivos / total de metas del programa</p> <p>No. de objetivos, metas y resultados relacionados con las estrategias / total de estrategias</p> <p>No. de trabajadores / total de brigadas de salud en el trabajo y seguridad e higiene</p> <p>No. de unidades médicas certificadas / total de unidades médicas seleccionadas</p> <p>Tiempo total de espera real para recibir atención por trabajador según tipo de servicio / total de trabajadores atendidos en el servicio</p> <p>No. de notas médicas con concordancia clínico-diagnóstico-terapéutica / total de notas médicas revisadas</p> <p>No. de notas médicas con concordancia diagnóstico-estudios complementarios / total de notas médicas revisadas</p> <p>No. de pacientes recibidos por el especialista con diagnóstico correcto / total de pacientes referidos por la UMF con diagnóstico</p> <p>No. de referencias oportunas / total de trabajadores referidos</p> <p>No. de auditorías realizadas / total de auditorías programadas</p> <p>No. de observaciones corregidas / total de observaciones en la auditoría</p> <p>No. de proyectos de mejora terminados/total de proyectos iniciados</p> <p>No. de proyectos que cumplen con los estándares / total de proyectos realizados</p>

Institucional	No. de dictámenes emitidos / total de solicitudes de dictámenes No. de dictámenes emitidos con oportunidad / total de dictámenes realizados No. de trabajadores atendidos en consulta / total de trabajadores solicitantes No. de accidentes investigados / total de accidentes notificados No. de exámenes realizados / total de solicitudes de exámenes No. de historias realizadas / total de trabajadores atendidos No. de trabajadores referidos / total de trabajadores que requieren referencia No. de comisiones en activo / total de integrantes de comisiones informados sobre promoción No. de trabajadores que realizan acciones de promoción / total de trabajadores informados sobre promoción No. De colectivos laborales con brigadas voluntarias activas / total de colectivos laborales seleccionados No. de visitas de seguridad e higiene realizadas/ total de visitas programadas No. de riesgos laborales disminuidos o eliminados / total de riesgos identificados No. informes notificados al centro de trabajo/ total de visitas de seguridad e higiene realizadas No. de medidas de seguridad e higiene en el trabajo aplicadas / total de medidas de seguridad e higiene recomendadas No. de casos sospechosos de enfermedades susceptibles de incluir en programas preventivos / No. total, de pesquisas realizadas No. de casos notificados / total de casos de notificación obligatoria No. de accidentes investigados / total de accidentes notificados
---------------	--

Cálculo del indicador x 100.

d) Sobre la obtención del índice Multicriterio. En función del Análisis Multicriterio para evaluar las siete estrategias, se precisaron las 25 metas del programa y se utilizaron cuatro criterios, pues se agregó un Criterio Económico a los tres originales; de estos criterios derivaron 14 variables y 29 indicadores utilizados para evaluar los resultados obtenidos por las BST en la fase experimental para la implementación del Modelo. En este ejercicio participaron como expertos, los jefes de departamento de la subdirección de Salud en el Trabajo y se midieron las variables directamente por categorización ordinal del 0 al 100 para obtener el puntaje del Índice Multicriterio según el cumplimiento de las metas para cada estrategia. Con esas cifras, se identificaron las estrategias a priorizar entre las que más se aproximan al 100 y se enlistaron por orden descendente. Una de las reglas del Análisis Multicriterio, es ponderar los criterios según puntuaciones y preferencias de las personas que conforman el grupo de juicio y en este ejercicio de ponderación, se cumplieron las orientaciones establecidas al respecto, pues se convocaron a los mismos jefes de departamento como expertos del programa y según sus opiniones se definieron los criterios previos al análisis por cada estrategia. Los indicadores para los criterios se jerarquizaron al priorizarlos y compararlos entre sí. Para ponderar las variables en cada estrategia, se anotaba el número de opiniones ponderadas -resultado de la

comparación entre variables- y después se sumaban para conocer su peso; se categorizaron y evaluaron los valores del peso específico de los criterios y de las variables en cada estrategia (valor numérico del 0 al 4) según su importancia. De cada estrategia se obtuvo una proporción al dividir cada criterio o variable entre el total del conjunto y se elaboraron las matrices de Jerarquización de criterios y de Jerarquización de variables. Finalmente, se jerarquizaron las siete estrategias del programa ajustadas del MIAS.

Resultados en la aplicación del Análisis Multicriterio. Como se transcribió en la Metodología, el proceso evaluativo se aplicó a los resultados obtenidos por las BST en el estudio piloto realizado en la etapa de diseño y en la fase experimental de la implementación del Modelo a partir de los ajustes para aplicar el Análisis Multicriterio en esta investigación. En consecuencia, se redujeron a cuatro los siete criterios del sistema evaluativo original del Programa Salud del Trabajador. A continuación, se muestran los resultados según los ejercicios realizados.

Ejercicio de Ponderación de estrategias. Para el ejercicio de ponderación se añadió un Criterio Económico con tres variables. La puntuación más elevada fue para la estrategia 1 y la más baja a la estrategia 6. (Cuadro 4) En el *Criterio Social* la variable "carenzialidad", que antes de ejecutarse el programa estaba vinculada al nivel de pobreza y acceso a servicios sociales de los trabajadores, muestra baja puntuación en las siete estrategias.

Observamos que de los cuatro criterios propuestos en la evaluación, las variables del Criterio Técnico alcanzaron la mayor puntuación. Se obtuvo 100 en dos variables: la "pertenencia" (estrategia 1) y la "eficacia" (estrategia 4), y fue muy baja la puntuación (60) para la estrategia 2. En el Criterio Económico la variable "eficiencia" mostró los mejores resultados, con cifras altas en cuatro de las siete estrategias. En este Criterio Económico, la puntuación más baja (60) correspondió a la estrategia 5 (*Competencia laboral en la ejecución de las intervenciones*).

En este ejercicio, nuevamente destaca con el puntaje más alto la estrategia 1 (*Fortalecimiento de la estructura organizativa y funcional de la salud en el trabajo*), con la máxima puntuación en la variable "beneficios" (100). En cuanto al Criterio Institucional, la puntuación es baja para la estrategia 6 (*Coordinación intersectorial e intrainstitucional*); muy baja en la variable "participación" en la estrategia 3 (*Priorización de las actividades de promoción*) y en la variable "capacidad", para la estrategia 5. Debe destacarse la puntuación elevada para la estrategia 1 en casi todas las variables y esto no sorprende, pues hubiese sido mucho más alta, si se hubiera otorgado la totalidad del presupuesto asignado para ejecutar el programa correctamente. El rezago de la estrategia 6 (*Coordinación intersectorial e intrainstitucional*) (índice Multicriterio: 69,4), demostró la complejidad y las limitantes para establecer el vínculo "intersectorial e intrainstitucional".

Ejercicio de Jerarquización de Criterios y de Variables. Para la jerarquización, se otorgó un valor numérico del 0 al 4 y en orden descendente la puntuación más elevada correspondió a la estrategia 1 (*Fortalecimiento de la estructura organizativa y funcional de la salud en el trabajo*). (Cuadro 5) En último lugar la estrategia 6 (*Coordinación intersectorial e intrainstitucional*). Este resultado fue coincidente en el ejercicio de ponderación.

Cuadro 4. Resultado del ejercicio de jerarquización de las siete estrategias.
Evaluación del programa Salud del Trabajador. 2009-2010

Criterio	Variable	E-1	E-2	E-3	E-4	E-5	E-6	E-7
Social	Impacto	98,5	85	85	100	85	80	80
	Relevancia	90	60	60	90	70	70	80
	Carencialidad	55	50	50	70	75	60	70
	Cobertura antes del proyecto	55	70	70	90	65	60	70
Técnico	Coherencia interna	95	85	95	90	85	70	80
	Pertinencia	100	70	100	90	70	70	80
	Coherencia externa	95	80	95	90	70	70	80
	Eficacia	85	60	85	100	65	80	70
Económico	Eficiencia	95	95	95	90	60	80	80
	Costos totales	90	70	70	90	80	80	70
	Beneficios	100	80	80	90	80	75	80
Institucional	Trayectoria	95	75	80	80	80	70	80
	Capacidad	97,5	70	80	80	60	70	70
	Participación	100	80	60	90	80	70	70

E: Estrategia.

Cuadro 5. Resultado del ejercicio de jerarquización de las siete estrategias.
Evaluación del programa Salud del Trabajador. 2009-2010

Criterio	Variable	E-1	E-2	E-3	E-4	E-5	E-6	E-7
Social	Impacto	14,1	5,8	7,1	12,8	6,1	6,6	6,7
	Relevancia	11,3	2,4	5,0	11,5	5,1	5,8	6,7
	Carencialidad	2,9	2,0	1,9	6,4	5,4	5,0	2,6
	Cobertura antes del proyecto	1,9	3,6	5,9	4,6	4,7	3,0	5,9

Técnico	Coherencia interna	7,9	5,1	3,4	3,6	7,6	3,5	1,6
	Pertinencia	7,2	2,1	8,0	8,1	8,4	7,8	3,1
	Coherencia externa	3,4	4,8	5,6	6,7	6,2	5,7	2,6
	Eficacia	4,1	6,5	3,0	9,0	5,8	3,9	2,7
Económico	Eficiencia	4,7	12,0	4,7	5,9	5,2	5,7	7,6
	Costos totales	5,9	6,9	2,2	3,6	4,2	4,5	4,1
	Beneficios	8,4	6,0	4,0	8,4	1,5	3,2	10,9
Institucional	Trayectoria	5,8	3,0	11,8	3,6	4,4	6,6	7,2
	Capacidad	7,4	8,4	11,8	2,8	2,8	5,3	7,7
	Participación	6,2	3,2	4,4	1,7	4,5	2,8	6,3

E: Estrategia.

En la estrategia 1 destacó la puntuación del Criterio Social, a expensas de las variables “impacto y relevancia” (14,1 y 11,3). En el Criterio Técnico, de todas las variables jerarquizadas la puntuación más elevada correspondió a la “pertinencia del programa” y para el Criterio Económico -incorporado dentro del Análisis Multicriterio en esta investigación- los resultados en ambas estrategias fueron bien disímiles en cuanto a puntaje de las variables.

Cuando se analizan los resultados de ambos ejercicios (ponderación y jerarquización) se puede comprender mejor la utilidad y validez del Análisis Multicriterio. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Resultados de los ejercicios de ponderación y de jerarquización de estrategias. Programa Salud del Trabajador. Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco. 2009-2010

No.	Estrategia	IM	JE
1	Fortalecimiento de la estructura organizativa y funcional de la salud en el trabajo	91,2	1
2	Desarrollo de intervenciones de mejora continua de la calidad	71,8	6
3	Priorización de las actividades de promoción:	75,8	3
4	Consolidación de las actividades de prevención de riesgos	88,7	2
5	Competencia laboral en la ejecución de las intervenciones.	71,9	5
6	Coordinación intersectorial e intra institucional	69,4	7
7	Promover la corresponsabilidad	75,7	4

IM: Índice Multicriterio; JE: Jerarquización de Estrategias.

Finalmente, al realizar la evaluación global, (Cuadro 7) se detectó que, de los 18 indicadores aportados al programa por el Análisis Multicriterio, se cumplieron totalmente los nueve indicadores del Criterio Social en los tres municipios seleccionados y fue el de mejor cumplimiento con 12 de los 13 indicadores cumplidos totalmente. (93,3 %).

En el municipio Centro se cumplieron los seis indicadores del Criterio Técnico y parcialmente en los dos restantes. De los tres indicadores del Criterio Institucional se cumplieron dos (66,6 %), pues no se realizó totalmente la evaluación del desempeño en ninguno de los tres municipios estudiados. Fue pertinente y valioso incluir el Criterio Económico, que suplió la ausencia de algunos indicadores económico-financieros del Programa Salud del Trabajador y cuya variable “eficiencia” tuvo los mejores resultados en cuatro de sus siete estrategias.

Cuadro 7. Cumplimiento de indicadores incorporados con el análisis multicriterio en los municipios seleccionados. Programa Salud del Trabajador. 2009-2010

Criterio	Total de indicadores	Municipio Centro			Municipio Cunduacán			Municipio Huimanguillo			Total de los tres municipios		
		C	PC	I	C	PC	I	C	PC	I	C	PC	I
Social	9	9	-	-	9	-	-	9	-	-	9	-	-
Técnico	6	6	-	-	5	-	1	5	-	1	6	-	1
Institucional	3	2	1	-	2	1	-	2	1	-	2	1	-
Total	18	17	1	-	17	1	-	16	1	-	17	1	1

C: cumplido; PC: parcialmente cumplido; I: incumplido.

Breve comentario sobre la investigación. La utilización del Análisis Multicriterio³⁸ se escogió como una técnica novedosa para la evaluación,^{39,40} al menos en el campo de la salud, por sus posibilidades de “contribuir a la evaluación de un programa o de una política valorando los efectos de las acciones realizadas con respecto a varios criterios”. (Análisis Multicriterio, s/f). Además, se aceptó como un método subjetivo propicio a los ajustes y modificaciones del evaluador y su utilidad se demostró al incorporar el Criterio Económico, no establecido con precisión en el Programa Salud del Trabajador y de hecho en el Modelo.

Se reconoció como el ajuste más destacado en el Análisis Multicriterio, los ejercicios de ponderación y de jerarquización, orientados a las siete estrategias del Modelo y adaptado al Programa Salud del Trabajador. En la investigación se utilizaron indicadores conocidos y vigentes, pero la innovación correspondió casi

totalmente, a las adaptaciones de este Análisis y a la construcción en incorporación de 19 nuevos indicadores, imprescindibles para aplicar el instrumento y medir el cumplimiento de los objetivos del programa y del Modelo. Los resultados de la investigación, confirmaron la pertinencia de la aplicación de una técnica o instrumento no convencional como el Análisis Multicriterio en el sistema evaluativo del MIAS durante su etapa de implementación y los ajustes en cuanto a los criterios, variables e indicadores permitieron mejorar el sistema evaluativo para la posterior generalización del MIAS- ISSET.

Limitantes y obstáculos para generalizar el MIAS. Al ejecutarse la fase experimental se hicieron evidentes las limitaciones y obstáculos para generalizar los resultados beneficiosos que se describieron. En primer lugar, era imprescindible la modificación de la reglamentación jurídica vigente en ese período, mediante la aprobación de una reforma de Ley del ISSET que propusimos y estuvo durante meses en discusión en el Congreso del Estado. En segundo lugar, se requería un ajuste de la estructura y funcionamiento de todas las unidades prestadoras, desde la ampliación física y la contratación de especialistas hasta la modernización tecnológica, algo ineludible cuando la propuesta era renovar o reorientar los servicios de salud.

Entre los obstáculos para la total implementación del MIAS destacaron las restricciones económicas que impidieron la adquisición de algunos recursos tecnológicos a utilizar en la medición de riesgos laborales y la carencia de personal especializado en salud ocupacional. No obstante, las actividades realizadas demostraron su pertinencia, eficacia y viabilidad para su posterior generalización al aportarse elementos necesarios para los cambios urgentes en las prestaciones médicas que convencionalmente brindan los Institutos de Seguridad Social en México, y refrendar la visión del equipo de dirección del ISSET cuando consideró la salud del trabajador como su centro de atención, no solamente en el nivel individual, si no vinculada a su ambiente laboral y familiar.



CONCLUSIONES

En cada una de las 31 entidades federativas en México existe un Instituto de Seguridad Social para atender a los trabajadores estatales, aunque se considera incompleta y en ocasiones deformada la infraestructura para la atención de salud en esas instituciones, sin menoscabar sus buenas prácticas y avances en aras de lograr la universalidad y cobertura, que reduzcan o eliminen la segmentación y fragmentación del sistema de salud mexicano desde sus inicios.

Al igual que en el resto de los Institutos de Seguridad Social en el país y por la Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado, en estas instituciones se otorgan prestaciones médicas (Seguros) para beneficio de los derechohabientes, sin embargo, no se ha desarrollado un Modelo de Atención de Salud único y permanente que garantice la calidad para brindar esas prestaciones y permita comparar el desempeño institucional. Como un intento de renovación en ese sentido, en el Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET) se diseñó y ejecutó en fase experimental el Modelo de Atención que aquí se describe.

En la actualidad el modelo no está vigente en el ISSET, pero en el contenido del libro que presentamos se transcribe toda la información necesaria, para que en cualquier Instituto de Seguridad Social de las entidades federativas mexicanas, pueda reproducirse el Modelo -con los ajustes pertinentes- según las condiciones políticas, económicas, sociales y sanitarias existentes. Confiamos en que el MIAS será de utilidad para esos propósitos.

REFERENCIAS

1. Ley del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco. Tribunal Superior de Justicia. Disponible en: www.ordenjuridico.gob.mx/.../TABASCO/Leyes/TAB-Ley36.pdf
2. Informe Mensual. Dpto. Salud Pública. Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET). 2007.
3. Organización Mundial de la Salud. The world health report 2000. Informe sobre la Salud en el Mundo. Ginebra, Suiza.
4. Organización Panamericana de la Salud. Relatoría del Encuentro sobre Gestión de Calidad. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. No.10. OPS/OMS, octubre 1998, pag.46.
5. López, O., Blanco, J. Modelo de atención a la salud para una ciudad polarizada. Ponencia 2008. Disponible en: www.geocities.com//congresoprograma/res008.
6. World Health Organization. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health Commission on Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2005. Disponible en: www.who.int/social_determinants/.../SDH-DP2.pdf
7. WHO. Worker´s health: global plan of action. SIXTIETH WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA60.26. (23 May 2007). Resolution CD54. R6. Plan of Action on Workers' Health. 67th Session of the Regional Committee of WHO for The Americas. Washington, D.C., USA, 28 September-2 October 2015
8. González, I. Reflexiones acerca de la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16(5):508-12.
9. Louro, I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2004;20(3).
10. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas para el período 1999 - 2002. WDC: OPS; 1999. Disponible en: www.who.int/.../SDH-DP2.pdf

11. Martín Zurro, A., JodarSolà, G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Capítulo 1. 2008. Disponible en: www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf
12. Fodaro, L., Sanders, J. Información de salud. Rev Asociación Médica Argentina. 2001. Disponible en: www.ama-med.org.ar
13. Organización Panamericana de la Salud. Inequidades en la situación de salud, acceso y gasto en atención de salud. Washington, DC 2000. Citado por: Martínez Calvo S. Equidad y situación de salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007;33(3).
14. Diario Oficial de Tabasco. Ley de Transparencia y Acceso a la Información. Marzo 2008. Pág. 10.
15. Freeman, F. O., Hjortdahl, P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Family Prac*. 2003;20(6):623-7.
16. Radivo, J. Mejoras en las organizaciones de la salud 2000. Disponible en: www.intergaleno.com/articulos/radivo01.htm.
17. Carnota Lauzán, O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Universidad de Panamá; 2005.
18. Baguier, A. El nuevo modelo de organización empresarial. La persona, principal activo de una organización por procesos. Ser humano y trabajo. 2001. Disponible en: www.serhumanoytrabajo.com/archivo/temas/temas_rrhh_indice.htm
19. DiPrete Brown, L. et al. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Segunda edición. Center for Human Services. EUA. 1993.
20. Pichardo Bahena, R. et al. Garantía de calidad. *RevMéd Sur Méx*. 2001;8(1).
21. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud Pública. Información al ciudadano sobre actividades de la atención primaria. Disponible en: www.junta-deandalucia.es/servicioandaluzdesalud.
22. BERBÉS ASOCIADOS. Corresponde. Programa de alcance nacional para fomentar la corresponsabilidad médico-paciente en prevención cardiovascular para un mejor control de los factores de riesgo. Disponible en: www.berbes.com/

23. George Washington University, Massachusetts General Hospital y Robert Wood Johnson Foundation. Health Information Technologies in the United States: The information base for progress. Executive Summary. Editado por Robert Wood Johnson. EUA. 2006.
24. Montico, E. Gerencia hospitalaria por procesos. El sistema FLOW. Sitio gerencia en salud. Disponible en: www.gerenciasalud.com
25. Starfield, B., Hyde, J., Gérvás, J., Heath, I. The concept of prevention: a good idea gone astral?. *J Epidemiol Comm Health*. 2008;62:580-3.
26. Organización Panamericana de la salud. Carta de Ottawa. En: Promoción de la salud: una antología. *OPS/OMS*, 1996. pp 367-372
27. Sigerist, H. Enfermedad y Civilización. Fondo de Cultura Económica. 1986.
28. Documentos de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D. C. Septiembre 1990.
29. Epstein, R. M., Hundert, E. M. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-35.
30. Rodríguez, S., Sánchez, N. Identificación y normalización de competencias informacionales: Un estudio de casos". *Acimed*. 2006;14(6).
31. Gramigna, M. R. Gestión por competencias: una opción para hacer a las empresas más competitivas. Tesis Licenciatura. Universidad de Antofagasta, Chile. 2001. Disponible en: www.sht.com.ar/archivo/temas/competencias.htm.
32. Chávez Salcedo, G. Manual para el Diseño de Normas Competencia Laboral. Panorama, México. 2003.
33. Irigoin, M., Vargas, F. Competencia laboral, manual de conceptos, métodos y aplicaciones zen en el sector salud. OPS/CINTERFOR. 2002
34. Castell-Florit, P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007;33(2.)
35. McConnell, C., Stanley, B. Economics: Principles, Problems, and Policies. Columbus: McGraw-Hill; 2005.

36. McPake, B., Lilani, K., Charles. N. *Health Economics: An International Perspective*. Londres: Routledge, 2002.
37. Londoño, J. L., Frenk, J. *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. *Health Policy*, 2001:44-51.
38. Martínez, R., Fernández, A. Metodologías e instrumentos para la formulación, evaluación y monitoreo de programas sociales. Análisis multicriterio. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/50042215/cepal-analisis-multicriterio>.
39. Pacheco, J. F., Contreras, E. Manual metodológico de evaluación multicriterio para programas y proyectos. CEPAL - Serie Manuales No 58. 2008.
40. Snoeck, M. Proyecto Ingeniería Industrial Mecánica. Evaluación económico-social y evaluación multicriterio. Universidad Pública, Uruguay. Facultad de Ingeniería. 2007. Disponible en: http://www.fing.edu.uy/iimpi/academica/grado/proyecto/teorico/13. Evaluación Económico-social_y_multicriterio.pdf

Documentos consultados

Corral Russo, R. Hacia una definición de competencia desde el enfoque histórico social. Facultad de Psicología. Universidad de la Habana. 2004

Cunill, G. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. X Congreso Inter-nacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005

Dastre, MM. Determinantes sociales de la salud e intersectorialidad. Sitio Salud Pública y Participación ciudadana. Fecha de consulta: 19 de enero de 2008: URL: www.mariodastres.blogspot.com/2008/01/determinantes-sociales-de-la-salud-e.html

Del Castillo, Rueda A. y otros. Reingeniería en el proceso de gestión e innovación de la asistencia médica hospitalaria. *An Med Internal* (Madrid) 2005; 22: 509-510

Fernández, C. Siete hospitales de varias autonomías, juntos para ejercitarse el benchmarking. Fecha de consulta: 22 de octubre de 2007: URL: www.Diariomedico.com.

Fuentes, R. Gestión clínica y mejoramiento de procesos en sistemas de atención a la salud. Temuco, Chile. Agosto 2001

González Rivero, B. La competencia profesional. CEPES. Universidad de la Habana. 2003

Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud Pública. Análisis comparado de distritos de atención primaria. Fecha de consulta: 1 de enero de 2005: URL: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Kickbusch, I. El autocuidado en la promoción de la salud. En: Promoción de la salud: una antología. OPS/OMS, 1996. pp 235-245

Martínez, A. Reingeniería en sistemas de salud. Diseño de un nuevo modelo cultural. *Rev Med IMSS*. 2002; 40 (2): 127-135. México.

Posada, S y otros. Reingeniería del proceso de atención quirúrgica bajo anestesia local en un hospital general. Resultados después de cinco años de operación. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*. 2002; 22:123-128. Tabasco. México.

Quam, L y Smith R. What can the UK and US health systems learn from each other? *BMJ*. Vol. 330. 5 March 2005. EUA.

Organización Panamericana de la Salud. Documentos de la Reunión del subcomité de planificación de la para el año 2003. OPS/OMS.

Sánchez, G. Casos ejemplares del uso de la tecnología como estrategia para mejorar la calidad de los servicios en el sector salud en Colombia. Fecha de consulta: 26 de abril de 2006: URL: www.colombia.indymedia.org.

Osborne A y Johnson J. *Handbook of Health Administration and Policy*. Boca Raton, Fl: CRC Press, 1999.

ANEXOS

Anexo 1

Síntesis del Programa Salud del Trabajador

Fundamentos del Programa

El Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET), Órgano Desconcentrado, adscrito a la Secretaría de Planeación y Finanzas, tiene como propósito conforme a su ley proporcionar seguridad social a los servidores públicos de los poderes del Estado, Municipios, Organismos Descentralizados, Empresas de participación estatal y en general con quienes convengan con el Instituto.

Las actividades que en materia de salud en el trabajo se realizan en el ISSET son:

- █ La emisión de los dictámenes periciales y de aptitud laboral.
- █ El programa de Atención Preventiva Extramuros que incluye:
 - a) Detección de riesgos personales.
 - b) Intervenciones de promoción.
- █ Examen médico a trabajadores a solicitud de los sindicatos realizados en las unidades médicas del Instituto.

Estos exámenes se realizaban irregularmente, aislados, sin evidencias documentadas ni procedimientos establecidos, y con elevado subregistro. Además se añadía la falta de información sobre accidentes de trabajo, tal vez por desconocimiento del personal de las dependencias acerca de la necesidad de informar a los niveles superiores. En esta revisión del área de medicina del trabajo en el período 2006-2008, también se detectó subregistro en la notificación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; solamente 98 eventos en ese lapso, de los cuales 72 correspondieron a accidentes de trabajo y 26 a dictámenes de enfermedades profesionales.

El 98 % de los casos con estas enfermedades se presentaron en personal de la Secretaría de Educación y todos diagnosticados por laringitis crónica; de estos, el mayor porcentaje lo obtuvieron los trabajadores de nivel preescolar y primario. El 80 % de los casos correspondieron a las unidades hospitalarias y de estas, alrededor del 56 % en unidades de la Secretaría de Salud. Ante esta situación se refuerza la decisión de diseñar y ejecutar el programa de Salud en el Trabajo, que como uno de los dos componentes del nuevo Modelo de Atención ISSET, contribuya a modificar el actual enfoque de las prestaciones médicas en la institución, con el propósito de mejorar la situación de salud del trabajador y sus beneficiarios.

Objetivos

El objetivo general planteado fue reducir la morbilidad y mortalidad laboral en el grupo de población que conforman los trabajadores estatales y municipales de Tabasco y entre sus objetivos específicos:

- █ Mejorar las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo estatales y municipales, según lo establecido en las regulaciones.
- █ Identificar, evaluar y realizar la gestión de los riesgos ambientales y personales en los centros laborales.
- █ Fomentar la cultura del autocuidado de la salud.
- █ Disminuir o eliminar los riesgos ambientales que afectan a los trabajadores.

Organización

Para la ejecución, seguimiento y control del programa se dispone de una estructura organizativa conformada por:

- █ Una subdirección de salud en el trabajo dependiente de la dirección de prestaciones médicas, con tres jefaturas de departamento: seguridad e higiene, evaluación de riesgos y epidemiología ocupacional.
- █ Unidades de Atención Integral al Derechohabiente (UAIDS), en donde se establecerán los consultorios de medicina del trabajo.
- █ Unidades para el nivel operativo: consultorios de medicina del trabajo, unidades de medicina familiar y el centro médico de especialidades.

Personal

Una parte del personal ejecutor se integrará en brigadas, geográficamente regionalizadas conforme al número de trabajadores. Serán 7 Brigadas de Seguridad e Higiene y 7 Brigadas de Salud en el Trabajo

Recursos humanos (Red de servicios)

Médicos capacitados en salud en el trabajo (7 existentes de 15 necesarios), ingeniero industrial (3 de 8), químico industrial (0 de 7), psicólogo industrial (1 de 8), secretaria (3 de 4), técnico en estadística (1 de 2); licenciada en enfermería (0 de 7), nutriólogo (1 de 1), promotores (profesional técnico) (3 de 8).

Materiales

Equipos e instrumentos de uso médico, de seguridad e higiene, equipos de computación, vehículos de transporte y material de oficina, mobiliarios y consumibles.

Recursos financieros

Sueldos y salarios (2 854,000) y Gastos de operación (4 681,000). En total 7 535,000.

Límites de tiempo y de espacio

Inicia su ejecución el 1 de abril de 2009 y termina el 31 de diciembre de 2012. Participarán en el Programa los 17 municipios del Estado

Universo

Se tomaron 4 059 centros de trabajo estatales y municipales del Estado, con 79 659 trabajadores.

Etapas de implantación

Primera etapa (1 de abril de 2009). Segunda etapa (1 de enero de 2010). Tercera etapa (1 de julio 2010).

Líneas de acción

Línea de acción	Actividades	Indicadores
Fortalecimiento de la estructura organizativa y funcional de la salud en el trabajo	1. Implantar y poner en marcha las Redes de Salud en el Trabajo en los Municipios 2. Elaborar reglamentos en materia de Salud en el trabajo	3 3
Coordinación intersectorial	1. Estructurar las comisiones auxiliares Mixtas de los centros visitados. 2. Presentar las redes prestadoras de servicio a las autoridades municipales 3. Desarrollar los procedimientos de vinculación institucionales de salud en el trabajo y salud en la familia. 4. Referir pacientes a UMF, UAID, CMI. ¹¹	1 3 1
Priorización de las actividades de promoción	1. Capacitar en medidas de prevención de riesgos en los centros de trabajo visitados. 2. Desarrollar estrategias de promoción de la salud para su autocuidado	3 3

Consolidación de las actividades de preventión de riesgos	1. Identificar las condiciones de seguridad e higiene de los centros de trabajo 2. Evaluar las condiciones de seguridad e higiene de los centros de trabajo 3. Analizar los puestos de trabajo de mayor riesgo seleccionados 4. Investigar los factores asociados a los accidentes de trabajo confirmados. 5. Examen médico laboral 6. Establecer un sistema de notificación inmediata de los riesgos de trabajo. 7. Emitir dictámenes médico-periciales	1 1 1 1 1 2 5
Desarrollo de intervenciones de mejora continua de la calidad	Evaluar los resultados de atención a las recomendaciones periódicas del programa. Aplicar encuesta de satisfacción a los trabajadores de los centros de trabajo visitados.	1 1
Competencia laboral en la ejecución de la	3. Supervisar y evaluar capacidad, desempeño y habilidades en el puesto de trabajo intervenciones 4. Detectar necesidades de capacitación en los trabajadores	1 1
Promover la corresponsabilidad	1. Establecer las interrelaciones de salud entre la familia y centro médico ISSET. 2. Verificar la atención de los pacientes referidos al CMI y a salud en la familia	1 1

Marzo de 2009

Evaluación

La supervisión y evaluación estará a cargo de la Subdirección de Salud en el Trabajo de la Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto a través de los departamentos que la integran. Esta actividad se realizará de forma directa (en sitio al personal prestador de servicios) e indirecta a través de los informes de avances y se tomaran las medidas de control que permitan cumplir con lo planeado.

Durante la evaluación: se medirán los procesos, desempeños, servicios y avances, con los indicadores propuestos en el presente programa, se elaborarán informes con periodicidad mensual, trimestral y anual y al final de cada etapa. Derivado de la evaluación, se tomarán las medidas de control que permitan cumplir con lo planeado, acciones que se efectuarán de forma permanente.

Anexo 2

Sistema de evaluación del Programa Salud del Trabajador

Cuestionario de entrevista 1

Dirigida a:

Directivos de las Unidades de Medicina Familiar vinculados al Programa Salud del Trabajador.

Unidad de salud: _____

Nombre: _____

Tiempo en el cargo: _____

Fecha: _____

Presentación:

Mi nombre es _____ y por su experiencia y conocimientos, solicito su cooperación en una investigación autorizada por el ISSET, para evaluar el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MIAS) y particularmente orientada, a la fase de implementación del Programa Salud del Trabajador. La entrevista no le ocupará mucho tiempo y la información que ofrezca será utilizada solamente para los fines de la investigación.

Preguntas:

1. Existe un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). ¿Usted lo conoce?
2. ¿Recibió capacitación sobre el MIAS? Si la respuesta es positiva:
 3. ¿Dónde y quién le ofreció la capacitación?
 4. ¿Cuántos programas conforman el MIAS?
5. ¿Realizó una convocatoria para informar sobre el MIAS? Autoridades municipales.

Directivos de dependencias estatales. Representantes sindicales

6. ¿Solicitó el personal requerido para la implementación del programa?
7. ¿Conoce que existen Brigadas de Salud en el Trabajo?
8. ¿Tiene información sobre la Brigada de supervisión de Seguridad e Higiene en los centros laborales de su área?

9. ¿Realizo actividades de intercambio para controlar la ejecución del programa salud en el trabajo con:
Personal de la unidad Delegados sindicales Derechohabientes
Integrantes del Comité Municipal de Salud.
10. ¿Se constituyó la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene en el municipio?
11. ¿Con que periodicidad realizaba las actividades del programa Salud en el Trabajo?
12. ¿Programó reuniones con el subdirector de Salud en el Trabajo según cronograma?
¿Cumplieron el cronograma y los acuerdos de las reuniones?
13. ¿Informó al personal de la Unidad sobre los acuerdos de estas reuniones?
14. ¿Ha observado personalmente el trabajo de las dos Brigadas?
15. ¿Está capacitado el personal para orientar al trabajador cuando llegue a la unidad remitido por el jefe de la Brigada?
16. ¿Se estableció el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes al remitirse por el jefe de la Brigada?
17. ¿Se adiestró el personal médico sobre los nuevos procedimientos para la atención al trabajador?
18. ¿Se realizaron acciones de promoción de salud dirigidas al trabajador remitido por el jefe de la Brigada?
19. ¿Se otorgan licencias médicas y constancias de atención médica al trabajador según el Reglamento establecido?
20. ¿Verifica que los médicos a su cargo y los servicios subrogados de urgencias, utilizan el formato oficial al diagnosticar un accidente de trabajo?
21. ¿Se realizan exámenes médicos preventivos en periódicamente?
22. ¿Se envían información a la Subdirección de Salud del Trabajo sobre los exámenes realizados?
23. ¿Revisa los expedientes de los trabajadores que son sometidos a exámenes preventivos?
24. ¿Recibe información sobre los riesgos detectados en los centros de trabajo y las medidas aplicadas?
25. ¿Cuáles son las actividades del sistema de información del programa que le corresponden ejecutar en la unidad?
26. ¿Se cumplen con estas actividades?

Cuestionario de entrevista 2

Dirigida a:

Médicos de consultorios en las Unidades de Medicina Familiar.

Presentación:

La información aquí solicitada es de carácter confidencial y será utilizada en una investigación sobre la salud de los trabajadores atendidos por el ISSET. Si tiene alguna duda, puede aclararse con el encuestador. La participación en dicha encuesta es voluntaria y le agradeceremos mucho sus respuestas.

Preguntas:

1. ¿Conoce el modelo integral de Atención en Salud (MIAS)?

Sí_____ No_____ No responde_____

2. ¿Lo enteraron suficientemente sobre el modelo?

Sí_____ No_____ No responde_____

3. ¿Conoce el programa de Salud en el Trabajo (ST)?

Sí_____ No_____ No responde_____

4. ¿Conoce usted sobre la regionalización de los servicios de salud?

Sí_____ No_____ No responde_____

5. ¿Conoce si existen brigadas de salud en el trabajo?

Sí_____ No_____ No responde_____

6. ¿Le refiere pacientes la brigada de salud en el trabajo de los centros laborales?

Sí_____ No_____ No responde_____

7. ¿Le elabora la historia clínica correspondiente?

Sí_____ No_____ No responde_____

8. ¿Contrarrefiere usted a todos los pacientes que le son referidos?

Sí_____ No_____ No responde_____

9. ¿Orienta usted al trabajador o al familiar cuando requiere algún servicio en la unidad de salud?

Sí_____ No_____ No contestó_____

10. ¿Realiza usted acciones de promoción de salud dirigida al autocuidado y la autorresponsabilidad?

Sí_____ No_____ No responde_____

11.¿Otorga licencias médicas, constancias y atención médica al trabajador de acuerdo al reglamento establecido?

Sí____ No____ No responde_____

12.¿Utiliza usted el formato oficial al diagnosticar un accidente del trabajo?

Sí____ No____ No responde_____

13.¿Realiza examen médico preventivo a los trabajadores en forma periódica?

Sí____ No____ No responde_____

14.¿Informa usted al jefe de la unidad de los exámenes realizados?

Sí____ No____ No responde_____

15.¿Le hace usted seguimiento a los trabajadores que le son referidos?

Sí____ No____ No responde_____

16.¿Tiene usted establecido un proceso para la cita previa?

Sí____ No____ No responde_____

17.¿Se le adiestró en los nuevos procedimientos en la atención al trabajador?

Sí____ No____ No responde_____

18.¿Se hacían reuniones periódicas con el jefe de la unidad de medicina familiar, para evaluar los avances del modelo?

Sí____ No____ No responde_____

Comentario

Sí____ No____

Cuestionario de entrevista 3

Dirigida a:

Jefes de Dpto. Salud en el Trabajo.

Presentación:

La información aquí solicitada es de carácter confidencial y será utilizada en una investigación sobre la salud de los trabajadores atendidos por el ISSET. Si tiene alguna duda, puede aclararse con el encuestador. La participación en dicha encuesta es voluntaria y le agradeceremos mucho sus respuestas.

Preguntas:

1. ¿Existe un Modelo Integral de Atención en Salud, usted ¿lo conoce?

Sí_____ No_____

2. ¿Lo capacitaron sobre el Modelo Integral de Atención en Salud?

Sí_____ No_____

3. ¿Cuántos programas están incluidos en el Modelo Integral de Atención en Salud?

Selección múltiple Sí_____ No_____

4. Se reunió con:

El personal de las brigadas a su cargo para informarles sobre el MIAS:

Sí_____ No_____

Personal de las unidades: Sí_____ No_____

Delegados sindicales: Sí_____ No_____

Directivos: Sí_____ No_____

Otros: Sí_____ No_____

5. ¿Sabe si existen Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en las dependencias estatales y municipales?

Sí_____ No_____ No en todas_____

6. ¿Realizan sus funciones estas comisiones mixtas de seguridad e higiene correctamente?

Sí_____ No_____ Parcialmente_____

7. ¿Se realizaron reuniones con el responsable de Salud en la Familia?

Sí_____ No_____

8. ¿Cumplieron los compromisos de las reuniones?

Sí____No_____

9. ¿Informo usted de los compromisos de estas reuniones al responsable del programa?

Sí____No_____

10.¿Solicito el personal requerido para la implementación del programa?

Sí____No_____

11.¿Existen consultorios de medicina del trabajo en todas las UMF?

Sí____No_____ No en todas_____

12.¿Participa en la programación de las actividades de las brigadas de salud en el trabajo?

Sí____No_____

13.¿Supervisa usted a las brigadas de Salud en el Trabajo funcionando?

Sí____No_____

14.¿El jefe de la brigada de salud en el trabajo le informa de las actividades que desarrolla en los centros de trabajo?

Sí____No_____

15.¿Le informan los integrantes de la BST sobre los riesgos detectados en los centros de trabajo y las orientaciones realizadas?

Sí____No_____

16.¿Se capacitó al personal para orientar al trabajador cuando sea remitido a las UMF?

Sí____No_____

17.¿Se controlan los pacientes remitidos a la UMF?

Sí____No_____

18.¿Se adiestró al personal para la detección de riesgos personales y laborales de los trabajadores?

Sí____No_____

19.¿Se dispone de equipos de medición de seguridad e higiene necesarios y suficientes?

Sí____No_____ Parcialmente _____

20.¿Se realizaron acciones de promoción de salud dirigidas a los trabajadores?

Sí____No_____

21. ¿Verifica que los Centros de Trabajo utilicen el formato oficial para notificar un accidente de trabajo?

Sí_____ No_____

22. ¿Se monitorizan los riesgos personales y no personales detectados?

Sí_____ No_____

23. ¿Se realizan examen médicos preventivos a los trabajadores en forma periódica?

Sí_____ No_____ Parcialmente _____

24. ¿Notifica las actividades realizadas al sistema de información del programa?

Sí_____ No_____

Encuesta 1

Dirigida a:

Trabajadores de los centros seleccionados atendidos por la Brigada de Salud en el Trabajo.

Presentación:

La información aquí solicitada es de carácter confidencial y será utilizada en una investigación sobre la salud de los trabajadores atendidos por el ISSET. Si tiene alguna duda, puede aclararse con el encuestador. La participación en dicha encuesta es voluntaria y le agradeceremos mucho sus respuestas.

Instrucciones:

Marque con X la respuesta que considere apropiada.

A.- Brigada de Salud en el Trabajo (detección de riesgos personales)

1. ¿Durante el 2009 o 2010 se presentó en su centro de trabajo una brigada de salud del ISSET?

Sí_____ No_____ No recuerda_____

2. ¿Recibió usted atención médica por parte del personal de la Brigada de salud en el trabajo?

Sí_____ No_____ No recuerda_____

3. ¿La brigada de salud en el trabajo se presentó en el horario en que fue citado para su atención?

Sí ____ No ____ No recuerda ____

4. ¿El lugar asignado a la consulta lo considera adecuado y apropiado para atención médica?

Sí ____ No ____ No recuerda ____

5. El tiempo de espera para ser atendido por el médico de la brigada, lo considera

Adecuado ____ Excesivo ____

6. La atención que le otorga el personal de la brigada de salud en el trabajo fue.

Buena ____ Mala ____

7. Fue enviado por la brigada a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) de su municipio.

Sí ____ No ____

8. Al referirlo a la UMF se le dio información clara y suficiente del motivo de su envío.

Sí ____ No ____

9. Se le otorga algún documento cuando fue enviado a la UMF

Sí ____ No ____

10. Su jefe inmediato le brindo facilidades para asistir a la UMF

Sí ____ No ____

B.- Atención en la UMF

11. En la UMF atendieron la petición del Médico de la Brigada de Salud en el trabajo.

Sí ____ No ____

12. El tiempo de espera para su atención en la UMF fue:

Excesivo ____ Adecuado ____

13. La atención recibida por parte del personal de la UMF fue:

Buena ____ Mala ____

14. Le confirmaron o le rectificaron el probable diagnóstico por el cual fue usted referido:

Sí ____ No ____

15. Al confirmarle o rectificarle el diagnóstico se le dieron recomendaciones:

Sí ____ No ____

C.- Promoción de salud en el trabajo

16.Cuando le informaron que tenía problemas de obesidad o probable diabetes o presión alta, ¿le proporcionaron orientación sobre integrarse a un grupo de autoayuda en su centro de trabajo? ¿participa en él?

Sí_____ No_____

17.Recibió usted asesoría personal sobre su padecimiento y/o recibió algún material escrito como trípticos o folletos:

Sí_____ No_____

18.Recibió alguna plática grupal sobre su padecimiento o de autocuidado de su salud, de prevención de riesgos y seguridad e higiene:

Sí_____ No_____

19.Considera que la atención recibida (tanto médica como de los grupos de autoayuda) repercute favorablemente en su salud:

Sí_____ No_____

D.- Seguridad e higiene

20.Se enteró que la brigada de salud en el trabajo de ISSET realizó un recorrido en su centro de trabajo para verificar las condiciones de seguridad e higiene:

Sí_____ No_____

21.El personal de la brigada le informó acerca de los riesgos a los que está expuesto debido a su actividad laboral en su centro y área de trabajo:

Sí_____ No_____

22.Lo orientaron sobre el equipo de protección personal que debe utilizarse en su puesto de trabajo y la importancia de su uso:

Sí_____ No_____

23.Se le capacitó sobre qué hacer en caso de sufrir un accidente de trabajo o enfermedad laboral:

Sí_____ No_____

24.Se le orientó que todo centro de trabajo debe contar con una comisión mixta de seguridad e higiene:

Sí_____ No_____

E.- Seguimiento

25.En la UMF se le dio cita nuevamente:

Sí_____ No_____

26.La brigada de salud en el trabajo lo ha visitado nuevamente en su centro laboral:

Sí____ No ____

27.En general está conforme con la atención recibida por el personal de ISSET:

Sí____ No____

Comentarios: ____

Encuesta 2

Dirigida a:

Jefes de Brigadas de Salud en el trabajo (BST)

Apartado A

1. Existe un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Usted lo conoce?
2. ¿Recibió capacitación sobre el MIAS?
3. ¿Dónde y quién lo capacitó?
4. ¿Cuántos programas están incluidos en el MIAS?
5. ¿Recibió capacitación para aplicar el Programa de Salud del Trabajador?
Si la respuesta es positiva: ¿quién lo capacitó?
6. ¿Conoce el plan operativo de Salud del Trabajador?
7. ¿Elabora el cronograma de actividades?
8. ¿Tiene información previa sobre las actividades que se realizan en el centro de trabajo a visitar? (listado)
9. ¿Cuántos centros de trabajo visitó en el período 2009-2010?

Apartado B (centro de trabajo)

1. ¿Informó de su visita al jefe de área del centro de trabajo con antelación?
2. ¿Le informó el objetivo de su visita?
3. ¿Realiza los procedimientos establecidos para realizar la visita? ¿Cuáles?
4. ¿Identifica las condiciones de seguridad y los riesgos durante la visita?
5. ¿Comprobó que las condiciones de seguridad de los centros de trabajo se modificaron en relación con la visita anterior?
6. ¿Cómo y cuándo lo comprobó?
7. ¿Se realizó examen médico laboral durante la visita?

8. ¿Cómo detecta que existen accidentes de trabajo en esa área?
9. ¿Se investigan los factores asociados a los accidentes de trabajo confirmados?
10. ¿Cómo usted notifica un accidente de trabajo?
11. ¿Se constituyeron las Comisiones Auxiliares Mixtas en los centros de trabajo visitados?
12. Si está constituida ¿participa en la reunión de la Comisión?
13. ¿Capacitan a trabajadores, integrantes de Comisiones y patrones acerca de las medidas de prevención de riesgos en los centros de trabajo visitados?
14. ¿Realiza orientación en el sitio de trabajo?
15. ¿Se realizan pláticas grupales a trabajadores sobre riesgos personales y riesgos de trabajo?
16. ¿Cómo aplica el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en los centros laborales?
17. ¿Conoce el porcentaje de pacientes referidos y contrarreferidos que acuden a la consulta?
18. ¿Se crearon las brigadas voluntarias para las actividades de promoción en el centro?
19. ¿Cuáles actividades de promoción se priorizan en la brigada (listado)?
20. ¿Conoce si se aplicaron encuesta de satisfacción a los trabajadores de los centros de trabajo visitados?
21. ¿Quién aplicó la encuesta?

Encuesta 3

Dirigida a:

Directivos de los trabajadores de los centros seleccionados atendidos por la Brigada de Salud en el Trabajo.

Presentación:

La información aquí solicitada es de carácter confidencial y será utilizada en una investigación sobre la salud de los trabajadores atendidos por el ISSET. Si tiene alguna duda, puede aclararse con el encuestador. La participación en dicha encuesta es voluntaria y le agradeceremos mucho sus respuestas.

Instrucciones:

Marque con X la respuesta que considere apropiada.

Preguntas:

1. ¿Durante el periodo del 2009-2010, se presentó la Brigada de Salud en el Trabajo de ISSET en su centro de trabajo?

Sí____ No____ No responde_____

2. ¿Se le informó cual era el objetivo de las visitas de la Brigada de Salud en el Trabajo de ISSET?

Sí____ No____ No responde_____

3. ¿Al término de la visita en su área, fue informado por el jefe de la brigada de las acciones que se realizaron?

Sí____ No____ No responde_____

4. ¿Fue informado sobre las condiciones y riesgos laborales en que se encuentra el personal a su cargo?

Sí____ No____ No responde_____

5. ¿Cumplió las recomendaciones de la Brigada de Salud en el Trabajo para mejorar las condiciones y disminuir o eliminar los riesgos de trabajo?

Sí____ No____ No responde_____

6. ¿En que colabora usted para hacer más eficiente el trabajo desarrollado por la Brigada de Salud en el Trabajo ?

Sí____ No____ No responde_____

7. ¿Brinda facilidades a los trabajadores para que participen en las actividades de la Brigada de Salud de ISSET?

Sí____ No____ No responde_____

8. ¿Enteró usted a sus mandos superiores de las condiciones y riesgos laborales, y de las recomendaciones emitidas por la Brigada de Salud en el Trabajo ?

Sí____ No____ No responde_____

9. ¿Participa usted en las comisiones auxiliares de seguridad?

Sí____ No____ No responde_____

10. ¿Se han mejorado las condiciones y disminuido los riesgos en el trabajo?

Sí____ No____ No responde_____

11. ¿Disminuyó el ausentismo laboral?

Sí____ No____ No responde_____

12.¿La brigada lo visitó nuevamente en su centro de trabajo, para dar seguimiento a las detecciones de los trabajadores y de los riesgos de trabajo?

Sí____ No____ No responde_____

13.¿Considera que la atención recibida contribuye a mejorar la salud de los trabajadores?

Sí____ No____ No responde_____

14.¿En general está conforme con la atención recibida por el personal de la brigada de salud de ISSET?

Sí____ No____ No responde_____

15.Comentario: _____

AUTORES



HILDA SANTOS PADRÓN (Ciudad México, 1960): Es médica, Doctora en Ciencias de la Salud y Doctora en Gerencia Pública y Política Social, Maestra y Especialista de Salud Pública. Profesora en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y Profesora Invitada de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Ha impartido 50 cursos en México y otros países y publicado más de 40 artículos en revistas nacionales y extranjeras. Ha ocupado cargos de dirección en los diferentes niveles del sistema de salud estatal (Tabasco) y federal (México). Actualmente es Asesora en la Secretaría de Servicios Académicos de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.

MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

UNA PROPUESTA PARA LOS INSTITUTOS
ESTATALES DE SEGURIDAD SOCIAL DE MÉXICO

Hilda Santos Padrón

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- ⌚ [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- ⌚ www.facebook.com/atenaeditora.com.br

MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

UNA PROPUESTA PARA LOS INSTITUTOS
ESTATALES DE SEGURIDAD SOCIAL DE MÉXICO

Hilda Santos Padrón

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 👤 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- 👤 www.facebook.com/atenaeditora.com.br