

Fundamentación del modelo de atención *Salud en tu vida*

Definición

El Modelo de Atención a la Salud para la población de la ciudad de México, es un instrumento prescriptivo que establece los lineamientos para la organización y operación de la SEDESA.

Se fundamenta en los siguientes elementos, que le dan el soporte:

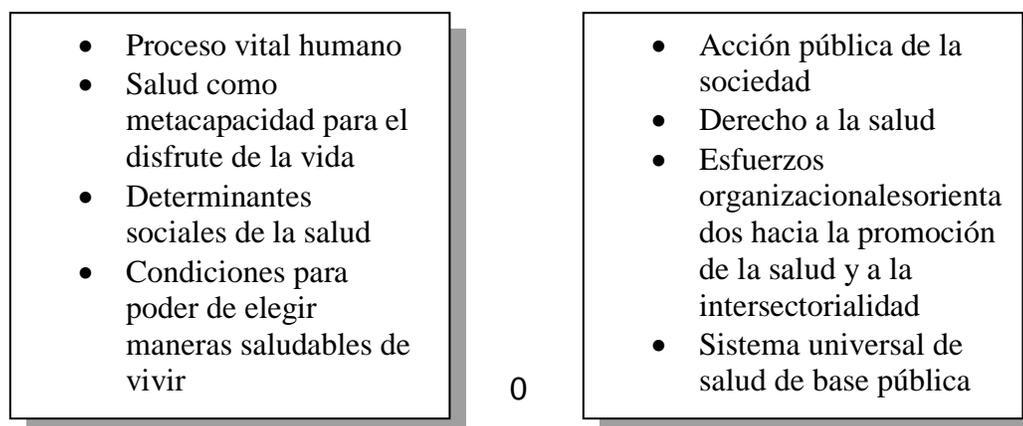
Fundamento conceptual

Uno de los primeros obstáculos para el desarrollo de un modelo de atención con énfasis en la salud colectiva lo ofrece el concepto mismo de salud. Si se le considera a ésta como ausencia de enfermedad, todos los esfuerzos organizacionales estarán orientados a la ***prevención, la detección oportuna, la curación y la rehabilitación***. Es decir, los saberes y prácticas dominantes serán los de la medicina, cuyo objetivo de estudio es la enfermedad. En el modelo vigente de atención a la salud, prevalece esta mirada, por lo que en realidad se trata de un sistema médico institucionalizado.

Si se parte de un concepto distinto de la salud, que la relacione con el proceso vital humano, que la identifique como una meta capacidad para el disfrute de la vida, que la considere fuente de riqueza de la vida cotidiana, los esfuerzos organizacionales se orientarían hacia la ***promoción de la salud y salud en todas las políticas*** impulsando acciones intersectoriales para modificar los determinantes sociales de la salud.

La salud como una noción relacionada con la capacidad de las personas de ejercer control sobre su proceso vital, para vivir plenamente con la mejor calidad y la mayor extensión posibles y simultáneamente con la capacidad de la sociedad de generar condiciones de equidad para que las personas puedan ejercer tal control. Salud como autonomía y capacidad de los sujetos sociales para desarrollar su vida respondiendo a los desafíos del ambiente y la sociedad. (Figura 1)

Figura 1. Elementos de la salud colectiva



La búsqueda, logro y conservación de la salud requieren que las personas se identifiquen a sí mismas como capaces de realizar sus intereses y transformar la realidad. Para ello se necesitan no sólo la disponibilidad y acceso al conocimiento y a la información, sino desarrollar el poder de utilización de los mismos. Es decir, que los sujetos sociales tengan la capacidad de elegir opciones saludables para vivir, pero simultáneamente que la sociedad construya las condiciones que promuevan la salud y ofrezca equitativamente oportunidades (reales, suficientes, accesibles y culturalmente aceptables) para poder elegir maneras saludables de vivir. Ello implica el desarrollo de una *cultura de la salud*.

El Modelo de Atención a la Salud debe contribuir al desarrollo de la cultura de la salud en la población, para ello su base es la *promoción de la salud*, entendida como la estrategia para “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Carta de Ottawa, 1986). Requiere de la “participación efectiva y concreta de la población en la toma de decisiones y la elaboración puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud” (Carta Ottawa, 1986). La promoción de la salud se lleva a cabo mediante políticas públicas, acciones legales y de defensoría de la salud (abogacía), organización y movilización colectiva, educación para la salud, información y comunicación.

Requiere necesariamente un abordaje intersectorial y niveles de abordaje individuales y colectivos. En otras palabras, “la promoción de la salud es un llamado a todos los hombres y mujeres, en distintos ámbitos (individual, familiar, comunitario, laboral, social) para construir una agenda por la vida en la cual la salud sea un recurso que se requiere fomentar y conservar para tener una vida plena, que permita a cada ser humano el disfrute de la misma.

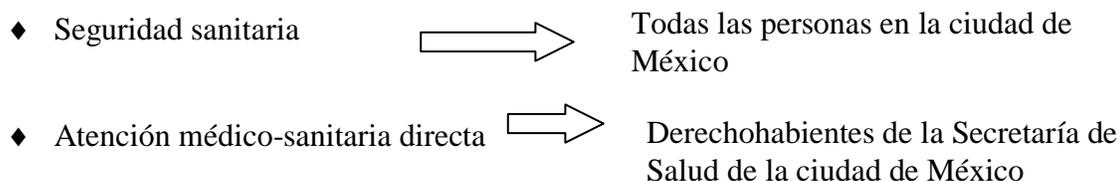
Dentro del marco de transformación del sistema de salud de la ciudad, la Salud Colectiva (SC) como base del modelo, es un cuerpo de conocimientos y prácticas que buscan el ejercicio del derecho a la salud como valor social y como derecho humano fundamental, cuyas acciones se orientan hacia:

- La construcción de oportunidades sociales para el desarrollo de la vida saludable, en condiciones de equidad y acceso universales.
- El empoderamiento de las personas para ejercer el control de sus procesos vitales y construir opciones de vida sana.

Esta base teórica posibilita un nuevo posicionamiento para formular propuestas integrales que permitan enfrentar los procesos de salud, enfermedad y muerte con la estrategia de la promoción de la salud, combinando las acciones médico-sanitarias, la vigilancia epidemiológica y la participación social.

La participación social tiene como propósito impulsar procesos de movilización y organización social, una de sus prioridades es la construcción de capacidades colectivas para analizar y priorizar sus necesidades, formular y negociar sus propuestas. Se trata de construir lazos de solidaridad e inclusión, de reconocer la flexibilidad de los grupos sociales, de fomentar el intercambio de saberes, el compartir historias y experiencias y de comprender la incorporación de lo social. El desarrollo y la materialización de las capacidades y habilidades son el propósito de garantizar el ejercicio del derecho a la salud, que parte de concebir a las personas como sujetos de derecho y al Estado como la institución social, cuya obligación primordial es respetar, proteger y satisfacer los derechos humanos y colectivos.

Existe la necesidad de dejar clara la transición del usuario de los servicios de salud para población de abierta de no derechohabiente a sujeto de derecho de la Secretaría de Salud en dos vertientes:



Fundamento jurídico

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 1º sobre derechos humanos y Artículo 4º que establece el derecho a la protección a la salud.

Ley General de Salud, de la que deriva la reglamentación y la normatividad oficial mexicana
Constitución Política de la ciudad de México, cuyo bloque de constitucionalidad son los derechos humanos.

Ley de Salud de la ciudad de México

Decreto de creación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

4.Objetivos del modelo

- ◆ Contribuir al fortalecimiento de las funciones del sistema estatal de salud: rectoría, financiamiento, seguridad sanitaria y atención de las necesidades de salud de la población de la ciudad.
- ◆ Determinar los lineamientos generales de la estructura, funciones y operación de los servicios de salud.
- ◆ Contribuir a mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios.
- ◆ Contribuir a elevar las condiciones de salud de los habitantes de la ciudad de México.

5. Atributos del modelo

El modelo de atención debe tener las siguientes características:

Universal.

Atender la salud de toda la población dando prioridad a los grupos vulnerados y otorgar servicios integrales a través de redes integradas de atención a la salud

Equitativo.

Realizar acciones intensivas para reducir las desigualdades de los diferentes grupos sociales, garantizando atención igual ante la misma necesidad de salud, para mejorar las capacidades y potencialidades de las personas, familias y colectividades.

Integral.

Poner a disposición de las personas, las familias, la colectividad y el medio, todas las posibilidades de atención de la salud con acciones anticipatorias, promocionales preventivas y restaurativas, que permitan la continuidad de las acciones en los planos individual y colectivo.

Resolutivo

Atender en forma completa un daño a la salud específico con una respuesta suficiente y funcional de los servicios en los aspectos organizativos, técnicos, de competencia de los recursos humanos y con trato digno.

En red

Ofertar los servicios a través de redes de distinta complejidad que permita continuidad de la atención.

Participativo.

Involucrar a la ciudadanía en la toma de decisiones sobre su salud y en las intervenciones para modificarla positivamente, así como en la evaluación de los resultados, mediante la intervención de los individuos y de las instancias de organización colectiva.

Solidario

Atender la demanda de la población de los municipios y estados conurbados con la ciudad de México, así como de la población asegurada. La aplicación de éste atributo requiere de la operación de mecanismos compensatorios.

Coordinado

Un sistema vinculado funcional y programáticamente con las instituciones de salud del sector público, privado y social, así como con los demás sectores, para la conducción del Sistema de Salud local a fin de ejercer la autoridad sanitaria y fortalecer la rectoría en salud en la ciudad de México.

Desconcentrado

Sistema en donde las funciones técnicas y administrativas son transferidas gradualmente a los sistemas locales de salud, representados estos por las Jurisdicciones Sanitarias, para optimizar los recursos disponibles y mejorar la operación de los servicios.

Transparente

Ejercer las atribuciones y funciones, así como la utilización de los recursos humanos, físicos y financieros con apego a las disposiciones técnicas, normativas y legales vigentes. Y con mecanismos de rendición de cuentas, lo que implica una ética de los servidores públicos.

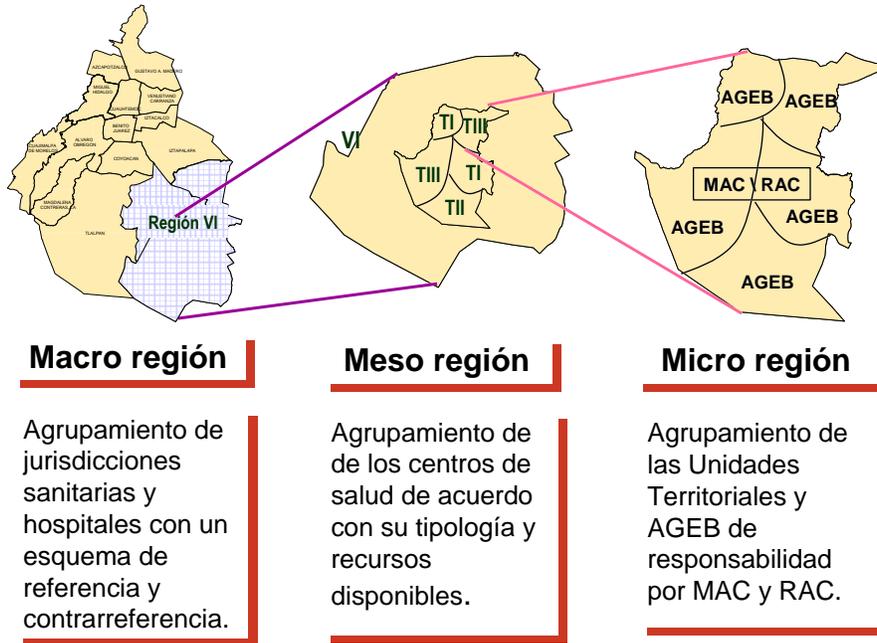
6. Estrategias

Para el logro de los objetivos de la Secretaría de Salud de la ciudad de México establece un conjunto de estrategias que favorezcan el desarrollo de funciones y actividades en los diversos ámbitos de acción:

- ◆ Gratuidad al usar los servicios para lo cual se requiere la construcción de un padrón único de usuarios y expediente electrónico.
- ◆ Determinar las prioridades de salud con criterios de equidad para lo cual es necesario considerar necesidades de salud, pertinencia cultural y eficacia.
- ◆ Regionalización de las redes de servicios que implica el diseño de ocho sistemas regionales (macro-regiones), 16 meso regiones, 80 nodos de región y 842 áreas de influencia modular (micro-regiones) (figura 2)

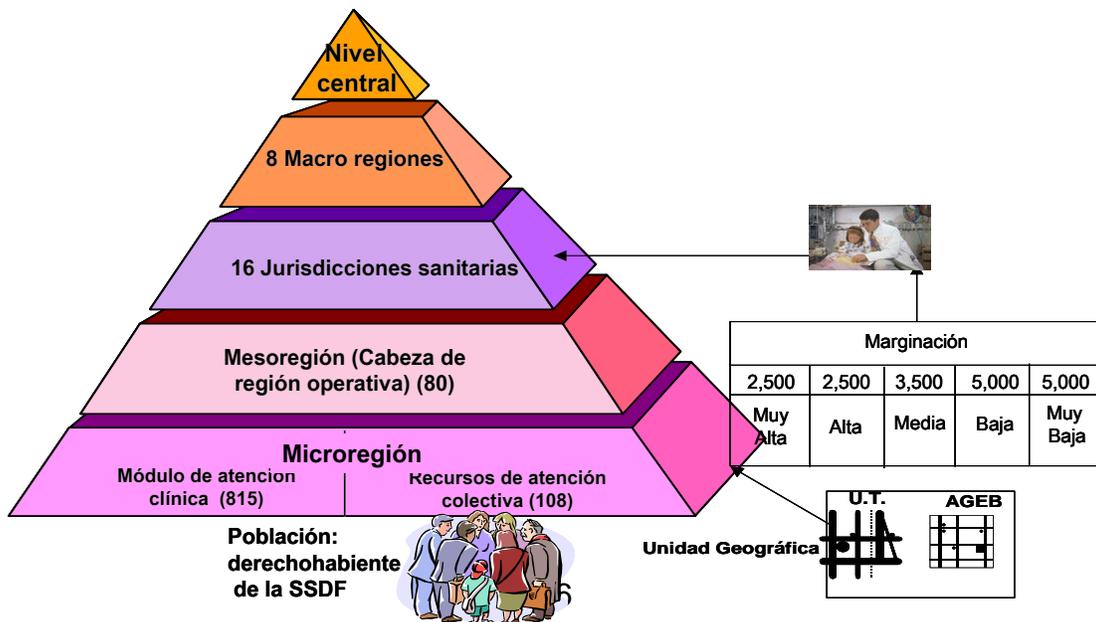
Figura 2

Interrelación de macro-regiones, meso-regiones y micro-regiones.



- ◆ Desconcentración operativa que implica la transferencia de funciones a nivel operativo.
- ◆ Relocalización y utilización intensiva de los recursos
- ◆ Ampliación y fortalecimiento de las unidades.
- ◆ Transformación de unidades médicas (centros de salud y hospitales) para mejorar su capacidad resolutive.
- ◆ Organización de los servicios en redes de complejidad de la atención

Esquema de organización de los servicios



7. Funciones del modelo

La responsabilidad del Gobierno de la ciudad de México en materia de salud se establece en diferentes ordenamientos jurídicos y se traduce en funciones esenciales que la Secretaría de Salud local ejecuta para garantizar el derecho a la salud.

Las funciones que le corresponde a la Secretaría de Salud desarrollar dentro del Modelo de Salud se agrupan en cinco rubros:

- ◆ Rectoría del sistema de salud local
- ◆ Rectoría de los servicios de salud
- ◆ Coordinación interinstitucional intersectorial
- ◆ Prestación de servicios médicos-sanitarios a través de la red de unidades de atención ambulatoria y hospitalaria de la SEDESA
- ◆ Coordinación Sectorial
- ◆ Seguridad Sanitaria.

Rectoría del Sistema de Salud

La rectoría del sistema de salud es una atribución relevante del Modelo de salud. El grupo de funciones de rectoría, le otorgan a la Secretaría la facultad de proponer, formular y ejecutar las políticas de salud locales y posibilita el desarrollo del sistema de salud mediante la coordinación de los diferentes actores involucrados y la evaluación de las acciones realizadas por el sector.

Lo anterior se ve reforzado por la atribución que la Secretaría tiene en la elaboración de los reglamentos y normas necesarias para la aplicación de la legislación vigente, lo que permite consolidar políticas de salud en el mediano y largo plazo.

Otro elemento fundamental para darle orientación y vigencia al Modelo de salud, es la facultad que la Secretaría tiene para diseñar e instrumentar el Programa de Salud de la ciudad de México.

En la búsqueda de soluciones a la compleja problemática en materia de salud, los planes y programas no se pueden restringir al ámbito geográfico de la entidad. Por lo que el Modelo se orienta a sumar a otras instituciones que actúan en el área metropolitana, con el propósito de potenciar acciones, mediante la participación de las autoridades sanitarias de los estados circunvecinos. Por esto el modelo considera como una de las funciones relevantes la

coordinación y desarrollo del Sistema Metropolitano de Salud y realiza tareas de apoyo a la población conurbada mediante acciones de salud solidarias, atención médica a la demanda y atención de urgencias.

También con el propósito de crear condiciones favorables para la mejor ejecución de las tareas que el modelo exige, se busca establecer mecanismos y acuerdos de coordinación con las autoridades federales, con el objetivo de otorgar los servicios de salud especializados que se consideren pertinentes en el ámbito local.

Para la conducción diseño, operación y evaluación del sistema de salud se requiere de conocer el comportamiento de las instituciones y proveedores de servicios de salud, así como de los riesgos y daños a la salud de los residentes en la ciudad de México, razón por la cual el Modelo incorpora un sistema de información que permite observar y cuantificar el comportamiento sectorial, incluyendo los servicios de salud de las instituciones públicas, sociales y privadas.

Asimismo el sistema de información se constituye en uno de los proveedores de datos tanto para la toma de decisiones, como para mantener informada a la población sobre el desarrollo de los programas y servicios de la Secretaría de Salud, y contribuir a la difusión de las actividades y logros en la garantía del derecho a la salud.

Rectoría de los servicios de salud

Las funciones de rectoría aplican tanto al sistema de salud como a los servicios de salud que son responsabilidad directa del gobierno local a través de la Secretaría de Salud de la ciudad de México y se traducen en tareas ejecutivas directas.

El modelo considera monitorear y evaluar de manera estrecha los planes y programas de salud que son su responsabilidad directa.

Dentro de ellas destaca la definición, establecimiento y vigilancia de políticas, estrategias, normas y procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud a cargo de los organismos públicos descentralizados y órganos desconcentrados sectorizados a la Secretaría de Salud. Así como las unidades administrativas de la administración pública que realicen actividades en materia de salud.

Como instrumento para una mejor conducción del Modelo dentro de las dependencias de gobierno que realizan actividades en materia de salud, la Secretaría tiene la facultad de aprobar la formulación del anteproyecto de presupuesto y el programa operativo anual de esas unidades.

Para las unidades administrativas adscritas a la Secretaría de Salud, todas las facultades de rectoría antes mencionadas se aplican, y se agregan las funciones de planeación, operación y evaluación de los planes y programas específicos de promoción, prevención, atención médica y rehabilitación de la red de servicios ambulatorios y hospitalarios.

Coordinación interinstitucional e intersectorial

Para concretar tanto la función normativa derivada de la rectoría del sistema de salud, como para poder otorgar servicios de seguridad sanitaria y prestación de servicios médicos directos de manera más eficiente y complementaria con diversos prestadores de servicios, se emplean estrategias de coordinación interinstitucional y sectorial.

La coordinación interinstitucional se realiza en el ámbito de las dependencias del Gobierno y de los integrantes del sector salud público, social y privado de la ciudad que realizan actividades en salud.

Las funciones de coordinación se corresponden y complementan con las de rectoría. Para su cumplimiento se organizan consejos, comités, comisiones y grupos de trabajo con las unidades de la Secretaría de Salud de la ciudad, con los Servicios de Salud Pública, con órganos desconcentrados y entidades de la administración pública local, que realizan actividades en la materia.

También se considera como un instrumento de coordinación a la información estadística en salud que se genera y difunde por la Secretaría, en apoyo de las unidades administrativas y técnico-operativas de la institución y de otras dependencias y entidades del sector.

La coordinación intersectorial se realiza con instituciones de nivel federal y local del área educativa, de desarrollo y asistencia social, de derechos humanos, seguridad pública, medio ambiente, desarrollo urbano, aparato legislativo, asociaciones privadas y civiles; así como gobiernos estatales y municipales, entre otros.

El propósito de la coordinación sectorial es impulsar las acciones de participación, concertación e inducción con los sectores social y privado para el fortalecimiento de políticas públicas saludables. Para tal efecto se convoca, se realizan acciones de coordinación y se establecen acuerdos y convenios con los integrantes sectores público, social y privado.

En este marco se proponen y ejecutan las acciones de coordinación entre el sistema de salud de la ciudad y de éste con otras dependencias y entidades de las administraciones públicas, tanto federales como locales, y de los gobiernos estatales que por sus atribuciones deban participar en la instrumentación de mecanismos de coordinación metropolitana.

A través de los mecanismos de coordinación se proporciona información y cooperación técnica en las materias de su competencia, que le sean requeridas por instituciones y

particulares, así como por los Poderes de la Unión, los estados y municipios.

Seguridad sanitaria

Una de las acciones del sector salud que impactan en la calidad de vida de los habitantes la ciudad de México son las de prevención de riesgos y daños a la salud derivados del consumo o utilización de productos, bienes y servicios. Para identificar y controlar sus posibles efectos negativos, se realizan actividades de control, vigilancia y fomento sanitario tanto en materia de salubridad general como local.

El modelo de atención contempla la planeación, organización, operación y supervisión de servicios de seguridad sanitaria. Dentro de ellos destaca el sistema de vigilancia epidemiológica que posibilita la detección oportuna de riesgos y daños a la salud asociados a enfermedades transmisibles, intoxicaciones, contaminación ambiental y exposición a bienes, servicios o productos nocivos.

Este sistema se constituye en el método más eficaz para la prevención, detección y atención de problemas de salud y la aplicación de medidas de atención a escala poblacional. La vigilancia epidemiológica junto al reporte de ciudadanos sobre situaciones de riesgo se consideran centrales para la seguridad sanitaria de la ciudad.

La Agencia de Protección Sanitaria de la ciudad se articula con el Modelo de Salud a través de sus atribuciones y funciones de regulación, autorización y sanción en establecimientos, productos y servicios en el ámbito de su competencia, conforme lo señalen las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables; ordenamiento y prácticas de verificaciones, emisión de dictámenes sanitarios y expedición de notificaciones, que también involucran acciones de control en mercados, centros de abasto y demás establecimientos públicos donde se comercialicen productos para consumo humano y en establecimientos que expendan alimentos en la vía pública.

Como aspecto de especial relevancia para el modelo de salud, se considera el establecer mecanismos de fármaco-vigilancia e información sobre medicamentos, que otorguen información científica, objetiva, actualizada, relevante y confiable al personal médico y paramédico de los servicios de salud y al público en general, para garantizar el uso racional de los medicamentos.

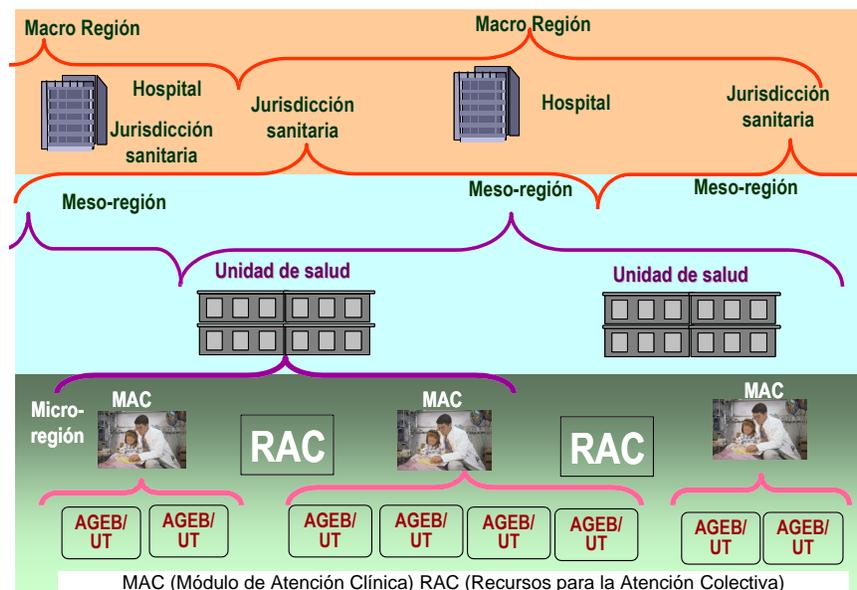
La seguridad sanitaria también implica el diseño y aplicación de medidas para combatir problemas específicos y contribuir al desarrollo de entornos saludables.

8. **Ámbito de aplicación**

El ámbito de aplicación del modelo es toda la población en la ciudad a través de los organismos de salud del gobierno y sus servicios, es precisamente en estos ámbitos de acción, que se distinguen funciones y responsabilidades, según el sector poblacional de que se trate.

Al interior de la Secretaría de Salud el ámbito de responsabilidad implica la interrelación regional y las acciones territorializadas de modo que la base del modelo son el Módulo de Atención Clínica (MAC) y los Recursos de Atención Colectiva (RAC), los primeros en la atención en las unidades médicas y los segundos en la atención en campo. Ambos se proponen la complementariedad y sinergia de las acciones y una mayor efectividad. En las acciones extramuros de los RAC destaca la vinculación con los puntos de innovación, libertad, arte, educación y saberes (PILARES) a través de consejería, promoción e información en salud.

Ámbitos de aplicación e interrelación regional



Ámbito de responsabilidad directa

El componente de acción intensiva del modelo lo forma el núcleo de población de responsabilidad directa de los servicios de salud. Comprende a cuatro millones de habitantes carentes de seguridad social en la ciudad y que pueden ser clasificados, con propósitos de priorización según niveles de desarrollo social, marginalidad y pobreza. La SEDESA está obligada a garantizar el derecho a la protección de la salud de esta población.

La atención a la salud en forma directa obliga a considerar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios y la transversalidad de la perspectiva de género, la no discriminación y la igualdad sustantiva. Requiere de la suficiencia y adecuación de recursos financieros, materiales, de infraestructura, de talento humano y de una gestión eficiente en la Secretaría de salud local.

Este esquema, implica la necesidad de establecer los módulos de atención clínica (842 MAC) para el nivel ambulatorio de primer contacto como la puerta de entrada a la red de servicios.

Principales recursos humanos componentes del MAC

Componente	Recursos humanos	Indicador
Módulo de Atención Clínica (MAC).	<ul style="list-style-type: none">• Un médico por MAC• Una enfermera por cada 2 MAC• Una Trabajadora Social por cada 3 MAC.• Un odontólogo por cada 3 MAC.	Marginación: Un MAC por: 2.500 habitantes de población abierta de marginación muy alta y alta. Un MAC por: 3.500 habitantes de población abierta de marginación media. Un MAC por : 5000 habitantes de población abierta de marginación baja y muy baja.

El módulo de atención clínica (MAC) requiere de un esquema de referencia y contrarreferencia que permita hacer cumplir el atributo de servicios en red; para ello la Secretaría de Salud cuenta con una red de 31 hospitales de segundo nivel y unidades de atención ambulatoria especializada para enfermedades como VIH-SIDA, atención dermatológica, de enfermedades crónicas, salud mental y adicciones. En el mediano plazo al MAC se incorporarán nutriólogos y psicólogos.

Este modelo implica la conversión de algunos hospitales a unidades hospitalarias con mayor capacidad resolutoria, ya sea por ampliación, transformación o por el fortalecimiento de áreas específicas. Asimismo, la definición de plantillas de personal prototípicas orienta los servicios hacia los puntos de equilibrio que resultan más costo-efectivos y de mayor eficiencia administrativa para la red.

Ámbito de la población general de la ciudad de México.

Incluye al total de la población de la entidad y la Secretaría de Salud realiza para toda esta población acciones que garantizan la seguridad sanitaria de la ciudad, en donde los componentes de fomento y regulación sanitaria, vigilancia epidemiológica a través de los Recursos de Atención Colectiva y atención prehospitalaria a través del sistema de atención de urgencias.

Los RAC cumplen con sus funciones a través de tres modalidades principales (figura 6)

- Acciones territorializadas de vigilancia epidemiológica.
- Vigilancia y fomento sanitario
- Promoción de la salud, información y prevención de la enfermedad

Principales recursos humanos componentes de los RAC

Componente	Recursos humanos	Indicador*
Recursos de Atención Colectiva (RAC)	1.Un epidemiólogo por RAC 2.Enfermeras de campo 3.Trabajadoras sociales de campo. 4.Promotores de la salud. 5.Promotores de la comunidad.	Marginación: Un miembro de RAC por : 2,500 habitantes de población abierta de marginación muy alta y alta. Un miembro de RAC por : 3,500 habitantes de población abierta de marginación media. Un miembro de RAC por : 5,000 habitantes de población abierta de marginación baja y muy baja.

* En caso de emergencias epidemiológicas se atiende a la población, independientemente del indicador.

Ámbito de la población conurbada

Existen diez millones de habitantes en los municipios colindantes con la entidad federativa, con los que se interactúa en todos los órdenes y con los que se comparte la problemática de salud. La mayor disponibilidad de servicios de salud de la SEDESA, hacen que esa población demande de manera importante la atención médica que se proporciona a través de las unidades ambulatorias y hospitalarias de la Secretaría.

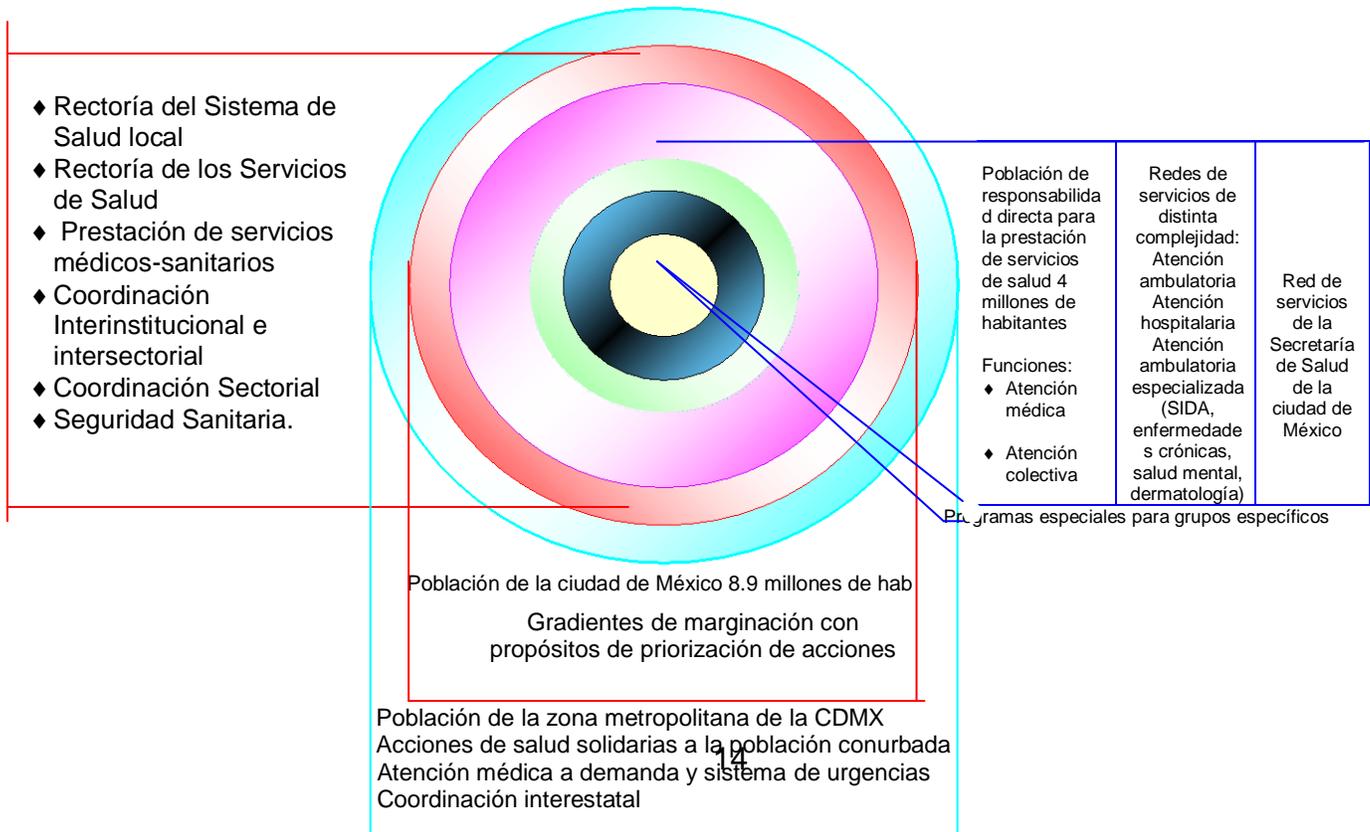
En términos generales, la tercera parte de la población que la SEDESA atiende en las unidades hospitalarias y en los establecimientos de primer nivel de la periferia de la ciudad, proviene de municipios conurbados.

El carácter solidario del sistema, se hace efectivo en la atención que se proporciona a este conglomerado, no se niega la atención, pero se requiere poner en práctica mecanismos de compensación financiera, para hacer copartícipe de este compromiso a los estados que generan la demanda, a fin de mantener la capacidad y funcionalidad de las unidades de salud de la ciudad de México.

Además de la atención solidaria a la demanda de los municipios conurbados, la vigilancia epidemiológica y la acción conjunta de algunos programas como vacunación universal o control de enfermedades, imponen una mayor atención a la coordinación interinstitucional y coordinación interestatal entre los sistemas de salud de la ciudad y del Estado de México.

Un esquema de círculos concéntricos refleja gráficamente las dimensiones del quehacer de la Secretaría de Salud local.

Dimensiones del quehacer de la SEDESA



9. Sistema de servicios organizado por redes de complejidad de la atención

Es el ordenamiento de la infraestructura de servicios en redes según complejidad técnica y organizativa de sus recursos, para atender de manera oportuna y resolutive los problemas de salud. Su objetivo es resolver los problemas de salud de las poblaciones en la medida de la complejidad con que se presenten y de la manera más eficiente.

Esta forma de organización privilegia la promoción y el fomento a la salud, la prevención de los daños y la detección oportuna de los problemas de salud, presupone intervenciones masivas que modifiquen el curso de las enfermedades, en su base, se apoya en el trabajo comunitario, en formas poco complejas de organización de los recursos y en tecnología simple. Su funcionamiento óptimo permite resolver y/o controlar las causas más frecuentes de enfermedad, en unidades ambulatorias de primer contacto.

Los servicios de complejidad intermedia atienden problemas de salud que requieren para su diagnóstico y/o tratamiento, recursos especializados, mayor tecnificación, con tratamientos ambulatorios, hospitalarios de corta estancia e inclusive hospitalización general para su resolución. En el extremo de la red de servicios sería atendida la patología que requiere de estructuras y tecnologías superespecializadas para su atención, con recursos sofisticados y de mayor costo.

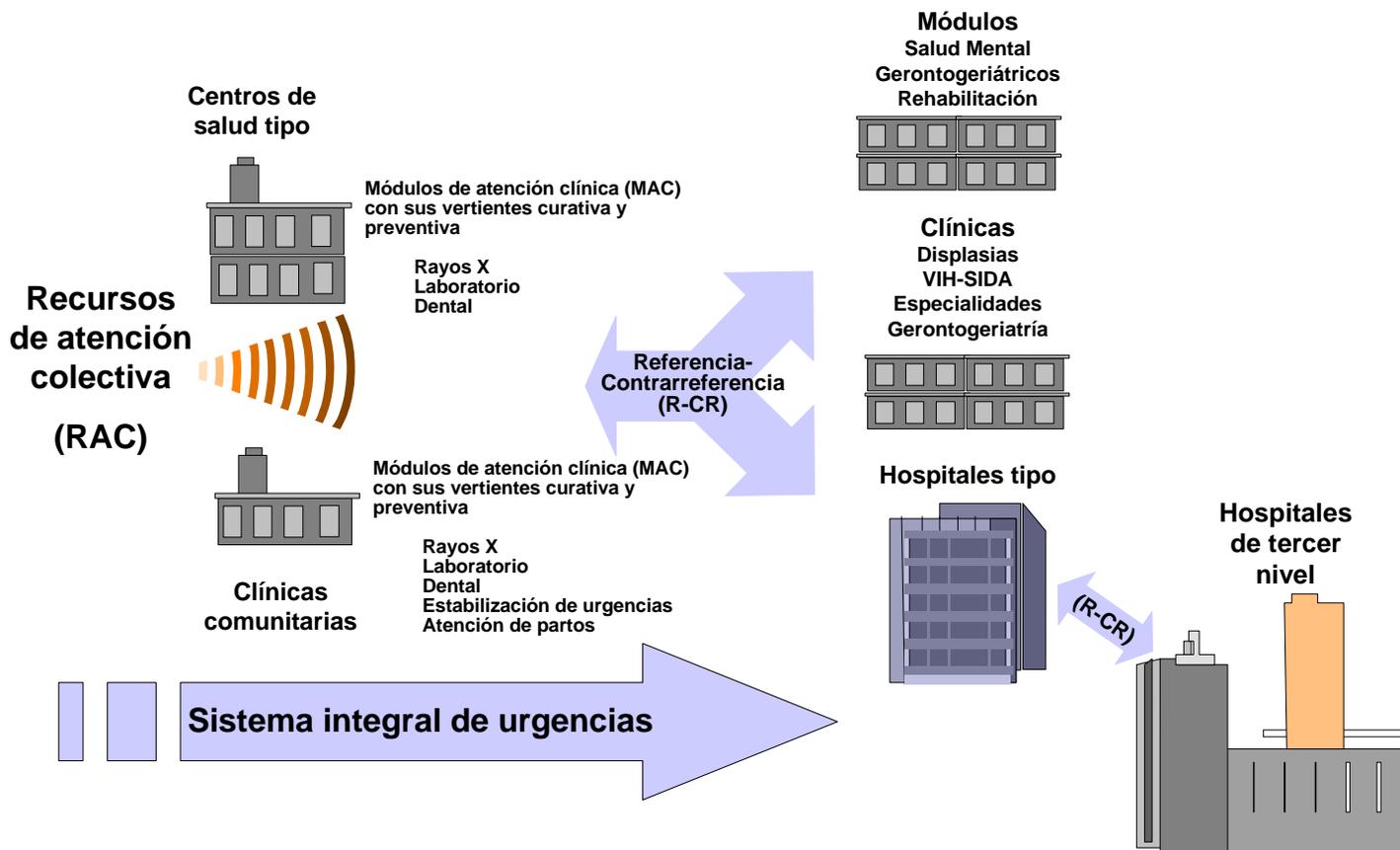
La base de la estructura jerárquica como se observó en la figura 3 corresponde a los Recursos de Atención Colectiva y los Módulos de Atención Clínica, los primeros desarrollan acciones estratégicas como: monitorear las condiciones de salud y sanitarias de las familias y grupos sociales, ejecutar acciones de protección específica y promoción de la salud, por ejemplo, frente a enfermedades prevenibles por vacunación; investigar e implementar las acciones de control de los problemas de salud emergentes de la población o los detectados por las MAC y, articular la participación de los grupos o comités locales de salud con las acciones institucionales, mientras que los MAC se encargan de proporcionar la atención de salud para la población solicitante que acude a las unidades de la SEDESA y la referida por los RAC; detectar los problemas de salud que requieren pesquisa epidemiológica y referir casos a unidades de mayor complejidad de atención.

Ambos se apoyan en los módulos de segundo contacto, clínicas ambulatorias con alguna o varias especialidades y en los hospitales, bajo un esquema de referencia y contrarreferencia efectivo que garantice la continuidad de la atención.

La operación del modelo de atención a la salud de la población sin seguridad social de la ciudad de México, considera a las organizaciones de salud dependientes del Gobierno de la ciudad para el otorgamiento de la totalidad de los servicios ambulatorios y hospitalarios, así como los servicios complementarios del modelo. Los hospitales desconcentrados y

descentralizados de la Secretaría de Salud federal, serán las unidades a través de la que se obtendrá la atención del tercer nivel.

Esquema de organización del Modelo de Salud



Esquema de organización del Modelo de Salud

