

Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud

Diagnóstico estratégico de la situación actual



SECRETARÍA DE SALUD



IMSS

Calidad del primer nivel de atención
de los Servicios Estatales de Salud

Diagnóstico estratégico de la situación actual

Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud

Diagnóstico estratégico de la situación actual



Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual

Dirección y coordinación

Pedro J. Saturno y Juan Pablo Gutiérrez

Equipo de trabajo y autoría

Pedro J. Saturno, Juan Pablo Gutiérrez, Dulce María Armendáriz, Nancy Armenta, Elizabeth Candia, David Contreras, María Fernández, Ángel Galván, José Luis Hernández, Juan Eugenio Hernández Ávila, Lina Sofía Palacio, Ofelia Poblano, Jesús Vértiz, Waldo Vieyra, Veronika Wirtz.

Primera edición, 2014

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-136-0

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Agradecimiento

A todo el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud, quienes contribuyeron con sus valiosos comentarios a la versión final de este documento.

Citación sugerida

Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.

Contenido

Prólogo	9
Presentación	11
Resumen ejecutivo	15
Introducción	33
Metodología	37
Componente 1. Liderazgo	41
Estrategia de mejora de la calidad basada en refuerzo del liderazgo: fomento del liderazgo y de su ejercicio, y reconocimiento de la responsabilidad con la calidad en los diversos niveles del sistema	
Componente 2. Sistema de información	59
Estrategia de mejora de la calidad basada en la información: diseño o rediseño de sistemas de información capaces de medir cambios en proceso y resultados, útiles y utilizados para la gestión de la calidad	
Componente 3. Participación de pacientes y población	125
Estrategia de mejora de la calidad basada en la participación del paciente y población: fomento y atención explícita al papel de pacientes y comunidades en la mejora de la calidad. Atención centrada en el paciente, familia y población	
Componente 4. Regulación y estándares	157
Estrategia de mejora de la calidad basada en regulación y estándares: desarrollo de normas e indicadores. Normalmente para ser utilizados en procesos de certificación, acreditación, supervisión o monitoreo externo. Se incluye también el desarrollo e implementación de normas o guías para la práctica clínica	
Componente 5. Capacidad organizacional	183
Estrategia de mejora de la calidad basada en la adecuación de la capacidad organizacional: desarrollo de infraestructura y recursos humanos adecuados para los servicios que se ofrecen y para el ejercicio de la función de calidad	
Subcomponente 5.1. Infraestructura y recursos humanos	183
Subcomponente 5.2. Diagnóstico del sistema de suministro de medicamentos en los servicios de salud de la Secretaría de Salud	195
Subcomponente 5.3. Financiamiento de los servicios del primer nivel de atención de las secretarías de Salud estatales e incentivos para el desempeño/calidad	217
Componente 6. Modelos de atención	243
Estrategia de mejora de la calidad basada en la implementación de modelos de atención: diseño integral de las actividades para la atención a problemas de salud o grupos de población específicos, incluyendo todas las dimensiones de la calidad, incorporando la evidencia y buenas prácticas existentes, e integrando todos los niveles y responsabilidades del sistema de salud	

Apoco más de 70 años de haberse creado el sistema de salud de México, se continúa con los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud, para mejorar la salud de los mexicanos y para lograr una mejor efectividad y reducción del costo de las acciones que se llevan a cabo por el sistema de salud. El Programa Sectorial de Salud (Prosesa) 2013-2018 plantea como visión para México: “Un Sistema Nacional de Salud universal equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque en los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad, a través del fortalecimiento de la rectoría, de la autoridad sanitaria y de la intersectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria; de la generación y gestión de recursos adecuados; de la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad”. El mismo PPS establece como segundo objetivo prioritario el asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, reconociendo también entre las prioridades la de mejorar la atención primaria.

Estos esfuerzos plasmados en el Prosesa concuerdan con los esfuerzos internacionales. En un comentario publicado recientemente en la revista *Lancet*, Richard Horton menciona que la tercera revolución en la salud global, después de las relacionadas con la medición y con la rendición de cuentas, es la que urge en lo que se refiere a la calidad de la atención. Es preciso enfocarse en la calidad de la atención para moverse hacia el objetivo en el que el mundo se puso de acuerdo en 1946, el cual quedó plasmado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: alcanzar para toda la población el máximo nivel posible de salud.

La magnitud del reto de la calidad de la atención en el caso de México puede explorarse a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012. En ésta, se documentó que para la diabetes y la hipertensión –las dos condiciones de salud que representan los mayores retos en este ámbito para los adultos mexicanos–, un porcentaje muy importante de individuos ya diagnosticados, no mostró evidencia de estar bajo control. Esto es, únicamente 25% de los individuos con diabetes y 50% de los hipertensos presentaron indicadores biológicos compatibles con un adecuado control. Ciertamente, este control es el resultado de la interacción entre el individuo y el sistema de salud, pero refleja un reto importante para éste último.

Adicionalmente, se pueden considerar los resultados sobre satisfacción de los usuarios de los servicios, que si bien tienden a presentar indicadores elevados sobre la misma, en aspectos objetivos como tiempos de espera y surtimiento de medicamentos de forma consistente señalan brechas importantes entre lo establecido y lo real.

Debido a la expectativa de ser el primer punto de contacto para la atención, los servicios del primer nivel resultan particularmente relevantes para la respuesta del sector salud. En éstos se han identificado deficiencias importantes, incluso en el equipamiento disponible y número y formación del personal que los opera. Diversos estudios se han desarrollado en el país para generar, justamente, evidencia de los retos que enfrentan los servicios del primer nivel de atención, en lo que se refiere a la calidad de la atención.

Desde la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) de la Secretaría de Salud, se han documentado en particular las condiciones de los servicios del primer nivel de atención que operan las

secretarías de Salud estatales en el país. Éstos representan el mayor número de establecimientos en este nivel, en particular porque incluyen los centros de salud rurales y dispersos, que atienden a la población más vulnerable del país.

Es en este conjunto de servicios en particular en los que se enfoca este libro, que presenta una fotografía detallada de su situación, desde la óptica de la calidad de la atención. El análisis que se presenta aprovecha tanto la evidencia generada por la DGED como la disponible en los sistemas de información de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), así como la proveniente de otros estudios, entre ellos, los llevados a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) para documentar las condiciones estructurales de los establecimientos que atienden a la población que recibe transferencias del Programa Oportunidades, esto es, a la población en condiciones de vulnerabilidad por pobreza.

Para desarrollar el presente diagnóstico, se partió de un abordaje integral, que tiene en cuenta las diversas estrategias que se pueden considerar para mejorar la calidad en todos los componentes de la atención a la salud. Entre estos componentes inciden el liderazgo, los sistemas de información, el grado de participación de los pacientes, las regulaciones y estándares, la capacidad organizacional, y la implementación de modelos de atención. Con esta mirada comprensiva, se analiza la situación de los servicios de salud y se identifican las brechas entre la situación ideal y la real, de acuerdo con la información disponible y a través un marco de análisis explícito, que refleja el estado del arte en el campo, para cada uno de los componentes estratégicos.

El diagnóstico realizado señala los principales focos de atención para intervenciones que puedan contribuir a mejorar la atención del primer nivel. Éstas han sido más nítidamente perfiladas en la segunda fase del estudio. Sólo por mencionar algunos hallazgos relevantes, destaca con claridad la necesidad de fortalecer el liderazgo en calidad, a través del establecimiento, preciso y prioritario, de la figura del responsable de dar seguimiento a la calidad en la estructura organizacional de cada entidad. Igualmente, se identifica la necesidad de incrementar la utilidad y uso de los sistemas de información para el monitoreo de la calidad.

Hay también brechas evidentes en lo que se refiere al rol central que deben jugar los pacientes; se identifican retos para hacer efectiva su participación y la de la población en general, con una traducción operativa limitada del marco normativo sobre el particular. En lo que se refiere a los estándares, se detecta un vacío de información sobre la calidad y utilidad real de las guías de práctica clínica en lo relacionado con su implantación. Por otra parte, son reiteradas las insuficiencias en recursos físicos y humanos para dar respuesta a las necesidades de los usuarios, y es evidente la fragmentación en el sistema de abasto de medicamentos, lo que se traduce en los problemas observados en la entrega de los mismos a la población. Finalmente, se echa de menos la implementación de modelos integrales de atención a problemas de salud prioritarios, así como la existencia de un modelo general integrado que, mediante un esquema de redes de atención, sea capaz de asegurar el rol del primer nivel de atención como el primer punto de contacto, con mecanismos efectivos de referencia y contrareferencia.

El sector salud mexicano ha establecido a la calidad de la atención entre las prioridades de la agenda desde hace, al menos, 17 años. De forma sectorial, se enfatizó la relevancia del tema con el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica en el periodo 1997-2000 y, más claramente, con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en el periodo 2001-2006, a la cual se le dio continuidad mediante el Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) entre 2007 y 2012. Como se mencionó anteriormente, para el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, se refuerza la relevancia del tema, incluido en el objetivo 2 del programa que se enfoca en asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

Con este diagnóstico, de forma alineada con el Programa Sectorial, el INSP contribuye con una visión clara de las brechas en los diferentes elementos que deben funcionar coordinadamente para lograr la calidad de la atención. Tras el diagnóstico, se van a formular propuestas claras, capaces de trazar un mapa de intervenciones priorizadas a corto y medio plazo, sobre las que sea posible basar la hoja de ruta para mejorar el primer nivel de atención. Esto último repercutiría indudablemente en la mejora de sistema en general y en la salud de la población atendida en particular.

Mauricio Hernández Ávila
Director General
Instituto Nacional de Salud Pública

El diagnóstico estratégico de la calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud representa un esfuerzo importante del Instituto Nacional de Salud Pública para aportar a la agenda sobre calidad del Sector Salud. Se trata de un trabajo multidisciplinario en el que colaboraron investigadores del área de calidad, sistemas de salud y economía de la salud para lograr un estudio con la rigurosidad académica indispensable para convertirse en un referente para comprender la situación de la calidad de los servicios ambulatorios del país. Además, el estudio contribuye a identificar el margen de mejora que los servicios de salud requieren para cumplir cabalmente con la demanda de la población.

En México, los esfuerzos para mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia del primer nivel de atención son compromisos pendientes. Las necesidades de salud y la situación demográfica del país mantienen una dinámica constante de cambio, sin embargo, los servicios de atención primaria dirigidos a la población sin seguridad social no evolucionan paralelamente. La escasez de inversión en intervenciones orientadas a mejorar la calidad indica la necesidad de mejorar la eficiencia de asignación del gasto en salud. Esta afirmación resulta razonable en el contexto del país, pues la escasez de recursos no debería ser una limitación para mejorar la calidad de los servicios de atención primaria. Entre 2006 y 2012, el gasto en salud para la población sin afiliación a la seguridad social ha tenido un incremento constante y sustancial al ascender de 53.1 a 141.8 mil millones de pesos.* Este incremento se ha orientado a reducir la brecha del gasto en salud entre las poblaciones con y sin seguridad social, pero no se ha reflejado en una mejora en la calidad de los servicios.

El trabajo sobre la *Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud* está sustentado en un marco de referencia general que abarca (i) liderazgo, (ii) sistemas de información, (iii) participación de pacientes/población, (iv) regulación y estándares, (v) capacidad organizacional y (vi) modelos de atención. Al respecto, es destacable el esfuerzo de sustentar el análisis de cada componente en un marco conceptual, producto de la revisión cuidadosa de la literatura, y de contextualizar la situación del sector contrastando el quehacer diario con el marco de referencia. Este abordaje permite visualizar los avances, pero también la gran cantidad de retos y desafíos que cada componente debe enfrentar, lo cual fortalece la potencial contribución de este trabajo. A continuación se esboza cada componente.

I. Liderazgo. En el tema de liderazgo, la evaluación destaca que el país cuenta con el andamiaje legal para la función de la calidad, aunque también hace patente la gran heterogeneidad de estructuras burocráticas y jerárquicas en los ámbitos federal y estatal, lo cual limita la capacidad de liderazgo y afecta el desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad. Este componente resulta sustancial, pues la mejora del liderazgo contribuiría a incrementar el valor público de las acciones encaminadas a la calidad.

* Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2011. México DF, 2012.

II. Sistema de información. El componente de sistema de información se enfocó en realizar el diagnóstico del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (Indicas). Los resultados muestran los importantes esfuerzos que se han realizado para mejorar la información relacionada con la calidad; sin embargo, también es patente que todavía existen serias limitaciones técnicas y operativas, lo cual se aborda de manera comprensible a través de la desagregación de los seis componentes que sustentaron el análisis: recursos, indicadores, fuentes de datos, manejo y procesamiento de datos, productos de información, disseminación y uso de la información. Adicionalmente, se identifican los aspectos que se han de mejorar, lo cual se podría atender si se considerara seriamente el rediseño del sistema. Esta afirmación no resulta descabellada al tomar en cuenta que los sistemas de información tienen un carácter dinámico, requieren de revisión y reformulación constantes y su uso es cada vez más diverso y complejo. El hecho de que el Indicas sobreestime sustancialmente los indicadores de calidad, lo cual es visible a través de la comparación con otras fuentes complementarias, refleja sus limitaciones en términos de confiabilidad y utilidad. Este apartado destaca claramente que la información es la columna vertebral de cualquier sistema encaminado a medir y mejorar la calidad y subraya la necesidad de una mejora sustancial del sistema de información.

III. Participación de pacientes/población. La participación de pacientes y población como parte de las estrategias de mejora de la calidad es un componente sustantivo. El presente trabajo aborda este tema con una visión innovadora. El abordaje sobre la dimensión de calidad centrada en el paciente y las principales formas de participación activa y de participación solicitada por el sistema brindan una nueva perspectiva para el contexto de los servicios de atención primaria. El sustento conceptual es visible en la revisión comprensiva de múltiples fuentes de información, tales como los avances del aval ciudadano, el Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones del Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad), y las encuestas a pacientes, entre otros. El primer hallazgo relevante indica que existe el marco jurídico y normativo para apoyar a la población como sujeto de derecho a la salud y facilita la participación del paciente y la comunidad en la gestión de la calidad de los servicios de salud; el segundo hallazgo destaca la complejidad de la realidad operativa, la falta de coordinación y la duplicación en las formas de participación, lo que se refleja en heterogeneidad de información y de resultados con escasa utilidad práctica. La revisión que se realiza de este tema indica una conceptualización precaria y problemas de operación importantes. Quizá la contribución más importante sea que la incorporación de la atención centrada en el paciente debe establecerse desde la función de la rectoría del sistema de salud, lo cual reflejaría una evolución dirigida a cumplir íntegramente con la responsabilidad del sistema de fomentar la participación de los pacientes y la población en la mejora de la calidad.

IV. Regulación y estándares. Este apartado busca aportar en dos elementos relacionados con la rectoría: 1. Certificación y acreditación de unidades de primer nivel de atención y 2. Estándares de práctica clínica (guías de práctica clínica). Acerca de la certificación y acreditación, el uso de las definiciones resulta útil y permite comprender mejor la perspectiva del análisis. Además, la comparación de los conceptos sobre certificación y acreditación del sector salud del país con los conceptos de la literatura internacional permite contextualizar mejor los resultados. Con respecto a la certificación, el análisis indica avances y problemas sobre su factibilidad y aplicabilidad en establecimientos de atención primaria. En la práctica, un número minúsculo de establecimientos de atención primaria cuenta con certificación (312 de 21 516 establecimientos públicos), por lo que resulta razonable afirmar que la certificación no logrará ningún impacto positivo en la calidad de los servicios, situación que pone en tela de juicio su utilidad para los servicios de atención primaria. La acreditación se derivó de la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPPS) y se convirtió en requisito para que los establecimientos de salud ingresaran como prestadores de servicios del SPSS. El proceso indica carencias de infraestructura, equipamiento, personal, insumos y medicamentos. Una conclusión relevante de este apartado es que la acreditación se percibe como un trámite para obtener recursos y no como un medio para mejorar la calidad y seguridad.

El análisis de la situación de las guías de práctica clínica indica que la construcción y publicación son los primeros peldaños de un proceso largo, complejo y que involucra múltiples actores. El esfuerzo por institucionalizar la construcción de las guías de práctica clínica es patente, aunque al profundizar este aspecto, fue posible identificar limitaciones serias como los criterios para seleccionar los temas, la población a la que van dirigidas y las acciones de búsqueda y valoración de evidencia. Un hallazgo relevante es la discontinuidad de los procesos relacionados con la calidad formal, adaptación del contexto local y la carencia de estrategias claras de implementación. En otras palabras, es posible construir las guías pero no es posible garantizar que se implementen, evaluar que se utilicen ni medir su impacto en los resultados en salud. Los resultados de este análisis permiten identificar los pasos que se han de seguir para que las guías de práctica clínica contribuyan a mejorar la calidad de la atención.

V. Capacidad organizacional. Este apartado comprende aspectos esenciales de la provisión de los servicios y de la calidad de la atención. Describe la situación actual e identifica las brechas en los tópicos relacionados con infraestructura física, equipamiento y recursos humanos, abasto de medicamentos, financiamiento e incentivos para mejorar la calidad.

El análisis de los recursos humanos y la infraestructura confirma, al igual que otros estudios similares, que los servicios estatales de salud carecen de recursos suficientes para atender la demanda y que además existe asimetría importante entre las entidades federativas en su capacidad de oferta de servicios. Las carencias más importantes se reflejan en las unidades rurales. En comparación con los indicadores internacionales, la densidad de profesionales de la salud es de 11.9 por 10 000, cifra inferior a los 25 por 10 000 recomendados por la Organización Panamericana de la Salud. Este hallazgo es relevante puesto que representa que la plantilla de personal médico y de enfermería prácticamente se duplique para lograr cubrir la demanda esencial. Adicionalmente, marca la necesidad de ampliar las bases para otorgar capacitación al personal de salud.

El componente de los medicamentos expande el análisis más allá de la visión reducida de medir la disponibilidad de medicamentos y el surtimiento de recetas como indicadores válidos de calidad. Las etapas del Sistema Integral del Suministro de Medicamentos* de la Organización Mundial de la Salud sirven como estructura conceptual para el análisis y brindan una visión más amplia de la situación, lo cual permite identificar para cada etapa, el funcionamiento, actores, coordinación y tiempo. El diagnóstico se apoya en la descripción y análisis por etapa y componente, lo que permite identificar la complejidad y magnitud de la problemática actual.

Los componentes del financiamiento de los servicios del primer nivel de atención y los incentivos para el desempeño y la calidad se presentan como parte del análisis de la situación del sector salud en conjunto. El esquema presupuestal del sector no considera la distribución de los recursos por nivel de atención, aunque es posible identificar que 36% del presupuesto se dedica a la atención curativa ambulatoria, porcentaje que se incrementa a 43.4% cuando se analiza el gasto público para la población sin seguridad social; es de llamar la atención que únicamente 4.7% se destina para la adquisición de bienes (medicamentos y otros), lo que indica escasez de presupuesto asignado en este rubro. A pesar de que el presupuesto en salud se ha incrementado en los últimos años, no hay evidencia de mejora de la calidad; además, persiste un gasto de bolsillo elevado (52% del gasto en salud) el cual es 2.2 veces más elevado que el promedio de 19.5% de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Esta cifra significa que se requeriría un incremento sustancial de los recursos destinados a la atención ambulatoria para proteger efectivamente de riesgo financiero a la población. El estudio indica también que el tema de los incentivos para la mejora de la calidad está ausente de la agenda de la calidad en el sector; en parte debido a la carencia de sistemas confiables de medición del desempeño y también a restricciones presupuestales.

* Las etapas comprenden selección, estimación y adquisición, almacenamiento, distribución, uso racional, apoyo a la gestión (sistemas de información, recursos humanos y financiamiento) y organización del sistema, políticas y legislación.

VI. Modelos de atención. El apartado de modelos de atención argumenta la necesidad de desarrollar propuestas de estrategias de mejora basadas en modelos integrales de atención. El análisis y recuento de los distintos modelos de atención reflejan la preocupación permanente de equilibrar la oferta de servicios en función de las características y necesidades de la población; sin embargo, también identifican lentitud de los servicios para responder oportunamente ante una sociedad en constante cambio. El capítulo presenta una revisión de los distintos modelos que se han implementado en las áreas rural y urbana para distintos tipos de población, enfocándose en el análisis del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA). Se analizó la tipología y características de las unidades de atención, la composición del equipo de salud encargado de la atención, la cartera de servicios y los mecanismos de referencia y contrarreferencia como garantía de la continuidad de cuidados. Un hallazgo relevante es la complejidad de la cartera de servicios y la segmentación de la población, creada artificialmente debido a la convergencia de distintos programas (Seguro Popular, Oportunidades, IMSS-Oportunidades) que ofrecen distintos servicios en las mismas unidades de atención primaria, las cuáles en la práctica no han evolucionado, no reciben los recursos necesarios y tienen un marcado rezago en su capacidad de producción de servicios. Los resultados indican una seria problemática caracterizada por la falta de integración, a la cual se añade la creación de nuevas propuestas de modelo para problemas específicos como el Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, el Sistema Nominal en Salud/Consulta Segura y las unidades de especialidades médicas de enfermedades crónicas (Unemes-EC), con lo cual la oferta deja de ser integradora y prolonga la segmentación de la población y de los servicios.

En el contexto de los servicios de atención primaria, la gestión de los servicios de salud y de la calidad presentan un problema similar. El presente trabajo establece que “es muy posible que no exista un conocimiento, ni una conceptualización común sobre lo que significa gestionar y mejorar la calidad”, lo cual representa un obstáculo a la mejora de la calidad.

Este trabajo presenta la situación actual, los avances, retos y desafíos que el sector debe afrontar para avanzar en la mejora de la calidad de atención en los servicios de atención primaria.

Ricardo Pérez Cuevas
Especialista Senior en Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo

Introducción y metodología

En la última década se han producido cambios importantes en el patrón epidemiológico y en el sistema de salud de México. Algunos indicadores que caracterizan el rezago en salud, tales como la mortalidad infantil, la desnutrición y la esperanza de vida, han experimentado mejoras relevantes. Sin embargo, esos indicadores presentan resultados menores a los alcanzados por otros países con economías similares y persisten evidencias de diferenciales considerables por nivel socioeconómico. Al mismo tiempo, se han perfilado retos importantes en relación a padecimientos crónicos como la diabetes y otros problemas como el consumo de alcohol y la obesidad, que requieren de respuestas integrales e innovadoras.

El sistema de salud, por su parte, avanza hacia el objetivo de la cobertura universal. Se ha reducido el porcentaje de población que presentó gastos catastróficos o que no cuenta con protección financiera en salud, pero persisten niveles muy elevados de gasto de bolsillo y de uso de servicios privados. Éstos incluyen una muy alta utilización de los consultorios adyacentes a las farmacias, incluso por parte de personas que cuentan con algún esquema de aseguramiento público.

Todo ello conforma una serie de retos importantes para los servicios ambulatorios, los cuales deben responder a las necesidades de la población con servicios de mayor calidad y capacidad resolutoria. El caso de los servicios de primer nivel de las secretarías de Salud es especialmente relevante puesto que sus usuarios potenciales pertenecen a la población más vulnerable y con necesidades de salud más acuciantes.

Este documento es la fase diagnóstica de un proyecto que tiene como principal objetivo definir estrategias de intervención que mejoren de forma visible y

sostenida la calidad de los servicios de primer nivel de las secretarías de Salud de las entidades federativas. El modelo utilizado para el análisis, con el que se agrupará y dará prioridad a las intervenciones propuestas, aborda de manera integral las posibles estrategias que pueden contribuir a la mejora de los servicios de salud. Estas propuestas se agrupan en los seis componentes que se especifican en el cuadro 1.

Para realizar el diagnóstico que servirá como base de la propuesta de intervenciones, se revisó la información disponible –tanto publicada como proveniente de fuentes o bases de datos primarias– relacionada con las iniciativas existentes en el sistema de salud mexicano para cada uno de los componentes. El análisis tuvo un objetivo doble: por un lado, identificar y analizar críticamente estrategias o intervenciones existentes que habría que mantener, reforzar o mejorar y, por otro, señalar brechas y ausencias que deben considerarse para su implementación.

Una limitación de la metodología de este diagnóstico es que las fuentes de información utilizadas no han sido evaluadas ni validadas, sino que se ha asumido que reflejan la realidad de los servicios de una forma adecuada. En el cuadro 2 se detallan los documentos revisados para el diagnóstico por componente.

El concepto de calidad que da sentido a las diversas estrategias contempladas en los seis componentes del modelo utilizado se encuentra descrito en el mismo documento y contempla las dimensiones que se especifican en el cuadro 3.

Las principales conclusiones y brechas encontradas en cada uno de los componentes se resumen a continuación. El detalle y las fuentes que sustentan las conclusiones y brechas se encuentran en los capítulos respectivos.

Cuadro 1. Estrategias para la mejora de la calidad en Servicios de Salud

Estrategias	Liderazgo	Fomento del liderazgo y ejercicio, y reconocimiento de la responsabilidad correspondiente para la calidad en los diversos niveles del sistema
	Sistema de información	Diseño o rediseño de sistemas de información capaces de medir cambios en proceso y resultados, útiles y utilizados para la gestión de la calidad
	Participación de pacientes/población	Fomento y atención explícita al papel de pacientes y comunidades en la mejora de la calidad
	Regulación y estándares	Desarrollo de normas e indicadores. Normalmente para ser utilizados en procesos de certificación, acreditación, supervisión o monitoreo externo. Se incluye también el desarrollo e implementación de normas o guías para la práctica clínica
	Capacidad organizacional	Desarrollo de infraestructura y recurso humano adecuados para los servicios que se ofrecen y para el ejercicio de la función de calidad
	Modelos de atención	Diseño integral de las actividades para la atención a problemas de salud o grupos de población específicos, incluyendo todas las dimensiones de la calidad, incorporando la evidencia y buenas prácticas existentes e integrando todos los niveles y responsabilidades del sistema de salud

Fuente: Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO, 2006.

Cuadro 2. Metodología del análisis por componente de calidad

Componente	Modelo de análisis	Fuentes y periodo de análisis
Liderazgo	Identificar fundamento legal para la función de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Ley General de Salud Leyes de salud de entidades federativas [documentos en internet]. [Consultados en 2013 entre mayo 12 y junio 16]. Disponibles en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/gobiernos.htm Reglamento interior de la Secretaría de Salud
	Describir estructura jerárquica para la función de calidad y funciones y características de los que la ocupan	<ul style="list-style-type: none"> Federal: reglamento interior de la Secretaría de Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud [documento en internet]. [Consultado en 2013 entre mayo 12 y junio 24]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx Entidades federativas: estructuras orgánicas (sitios web de las secretarías o servicios de salud estatales) Programa de acción específico del Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) 2007-2012; Reglas de operación del Sicalidad; Instrucciones del Sicalidad [documento en internet] 2007-2013. [Consultados en 2013 junio 25]. Disponibles en: http://www.calidad.salud.gob.mx
	Evaluación del desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> Informes finales de las evaluaciones externas realizadas al programa Sicalidad entre 2009-2012 [documentos en internet]. [Consultados en 2013 entre abril 17 y mayo 07]. Disponibles en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/sicalidad.html
Sistema de información	Marco de referencia y estándares para los sistemas nacionales de información en salud - Red de la Métrica en Salud (HMN-OMS)	<ul style="list-style-type: none"> Documentos del Sicalidad y del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (Indicas) [documentos en internet]. [Consultados en 2013 entre mayo 15 y junio 15]. Disponibles en: http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index.php Evaluaciones del Sicalidad y del Indicas [documentos en internet]. [Consultados en 2013 entre mayo 15 y junio 15]. Disponibles en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/sicalidad/EXT09_SICALIDAD_IF.pdf Resumen de indicadores con resultados publicados del Indicas [documento en internet]. [Consultado en 2013 entre mayo 15 y junio 15]. Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php

continúa...

...continuación

Componente	Modelo de análisis	Fuentes y periodo de análisis
Participación de pacientes/ población	Dimensión de la calidad centrada en el paciente, familia y comunidad y las principales formas de participación activa y solicitada por el sistema de salud	<p>Aspectos conceptuales. Dimensión de la atención centrada en el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones y autores internacionales: Institute of Medicine (2001); International Alliance of Patients Organizations (2006); The College of Family Physicians of Canada (2009); Bengoa R, Kawar R, Key P, Leathermam S, Massond R, Saturno P (2006); otros <p>Métodos de participación de los usuarios en la gestión de la calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saturno PJ (2012); Hudon <i>et al.</i> (2011) <p>Leyes y reglamentos sobre los derechos de los pacientes, participación de pacientes y población:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud (1984). Última reforma, DOF • Reglamento interior de la Secretaría de Salud • Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica • Diagnóstico del ejercicio de tutela de derechos de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) <p>2010</p> <p>Evaluación de Experiencias y Funcionamiento de la participación de pacientes y población en la mejora de la calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones sobre el aval ciudadano: Cruzada Nacional por la Calidad (2004 y 2006) y Sicalidad-Construir ciudadanía en salud: aval ciudadano (2012) • Monitoreo ciudadano cómo método para fomentar la participación social en la transparencia de la mejora de la calidad del trato digno (2004) • Perspectiva de salud pública (2011) • Formatos y encuestas para la medición de la atención centrada en el paciente y otros (2002-2012) • Informe de seguimiento cuatrimestral a las entidades federativas. Resultados en UM del primer nivel de atención. Construir ciudadanía en salud: aval ciudadano y Sistema de Registro de Aval Ciudadano (Siraval) (2012)
Regulación y estándares	Aportar elementos relacionados con la rectoría que permitan a los funcionarios de la Secretaría de Salud, definir políticas públicas en materia de evaluación y medicina basada en evidencia que permitan mejorar la calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)	<p>Certificación y acreditación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2001-OMS/OPS, CDC y CLAISS. "Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública"-Iniciativa "La Salud Pública en las Américas" • 2005-NNUU. "Estándares de evaluación en el sistema de Naciones Unidas" <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Guías de práctica clínica (GPC): • Documentos de la Secretaría de Salud-Centec (2007-2013) • Catálogo maestro de las guías de práctica clínica (2013) • Documentos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE) (2012-2013) • Entrevista directa a autoridades del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec) [2013 junio 05] • Evaluación de las unidades de especialidades médicas de enfermedades crónicas (Unemes-EC) (2012) • Evaluaciones del Sicalidad (2011 y 2012) • Evaluación de la difusión e implementación de guías de práctica clínica (2012)

continúa...

Componente	Modelo de análisis	Fuentes y periodo de análisis
<p>Capacidad Organizacional</p>	<p>Infraestructura, equipamiento: esquema basado en la Norma Oficial Mexicana de requisitos mínimos de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. RRHH: disponibilidad, formación y capacidad, y condiciones laborales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010 [documento en internet]. [Consultado en 2013 junio 9]. Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_07.pdf • Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008 [documento en internet]. [Consultado en 2013 junio 9]. Disponible en: http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/reporte-9-junio.pdf • Evaluación externa del programa de desarrollo Humano Oportunidades (2010) • Atlas de salud en México-UNAM. Biblioteca Antonio García Cubas del Instituto de Geografía de la UNAM (2010) • Encuesta de Evaluación de los Hogares (Encel) 2007. Evaluación Externa Oportunidades. Tomo II. El reto de la calidad de los servicios: resultados en nutrición y salud [documento en internet]. 2007. [Consultado en 2013 junio 4]. Disponible en: http://oportunidades.gob.mx:8010/es/wersd53465sdg1/docs/2008/2008_tomo_ii_calidad_servicios_salud_nutricion.pdf • Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social [documento en internet]. [Consultado en 2013 junio 15]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982012000400007-&script=sci_arttext • Observatorio de Recursos Humanos en Salud [documento en internet]. [Consultado en 2013 junio 17] Disponible en: http://www.observatoriorh.org/?q=node/33 • Evaluación Externa de los centros de salud atendidos por pasantes de medicina en servicio social [documento en internet]. 2012. [Consultado en 2013 junio]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/if_pasantes_extenso.pdf
	<p>Suministro de medicamentos: Sistema Integral del Suministro de Medicamentos (Sisumed) - OMS</p>	<p>Bases de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Información en Salud (Sinais) [base de datos en internet]. [Consultada en 2013 junio 6, 18, 19]. Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html • Encuestas Rurales. Encel 2007 [base de datos en internet]. [Consultada en 2013 junio 18]. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/gtr765av87h2doz9/rural/2007/bd_rur_2007_clinicas.zip • Encelurb (2009) <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Estudios de abasto de medicamentos en los Sesa (2003-2012) • Disponibilidad de medicamentos y surtimiento de recetas en las UAA de las secretarías de Salud (2010) • Evaluación de los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud. Informe Final (2008) • Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud (2009) • Gobierno Federal. Programa de acción específico 2007-2012. Mejora del acceso a medicamentos. [documento en internet]. [consultado en 2013 junio 15]. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx • Ensanut 2012
	<p>Financiamiento e incentivos: modelo según la propuesta de la OMS sobre las funciones del sistema de salud (identifica el origen de los recursos y proveedores que los reciben).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cifras oficiales reportadas por el Sinais: cuentas nacionales de salud, documentación de la OCDE (principalmente de los datos del Sinais 2011) • Reportes publicados sobre el financiamiento a la salud en México [documento en internet]. [Consultado en 2013 julio 17]. Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde

continúa...

...continuación

Componente	Modelo de análisis	Fuentes y periodo de análisis
Modelos de atención	Modelo de atención general - Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA) de 1985 (modificado en 1995)	<ul style="list-style-type: none"> Implementación y problemática de las unidades de atención ambulatoria, y el enlace entre ellas (Redess 2012) [documento en internet]. [Consultado 2013 julio 25]. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx <p>Características y resultados de las evaluaciones realizadas a programas, estrategias para problemas de salud o componentes de la atención específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Secretaría de Salud. Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud (2011) Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas Unemes-EC Consulta Segura/Sinos [documento en internet]. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=313&Itemid=362

Cuadro 3. Las seis dimensiones clave de la calidad (iom, oms)

Dimensión	Significado
Efectividad	Atención basada en evidencia que produce mejora en los resultados a nivel individual y comunitario
Eficiencia	Atención sanitaria que maximiza los recursos y evita despilfarro
Seguridad	Atención sanitaria que minimiza riesgos y daño a los pacientes
Aceptabilidad/atención centrada en el paciente	Atención sanitaria que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios y la cultura de la comunidad
Equidad	Atención sanitaria que no varía en su calidad según características personales tales como género, raza, etnicidad, ubicación geográfica o estatus socioeconómico
Accesibilidad	Atención sanitaria oportuna en el tiempo, geográfica razonable, y provista en entornos y con personal adecuados a las necesidades

Fuente: Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO, 2006.

Componente 1. Liderazgo

Estructura jerárquica y organizacional para la función de calidad

La estructura de apoyo directivo para el impulso a la mejora de la calidad en los servicios en las secretarías de Salud es amplia y está consolidada. En los organigramas de los servicios de salud, la función de calidad aparece en la figura de Responsables Estatales de Calidad (REC) y las principales atribuciones y responsabilidades están definidas. Sin embargo esa función se ubica en diversos niveles jerárquicos y varía de manera considerable entre los estados. La situación más común es la de baja jerarquía y dependencia indirecta del titular.

Se ha promovido también la figura de Gestor de Calidad (GC) y la creación de Comités de Calidad y Seguridad del paciente (Cocasep).

A nivel federal, si bien se cuenta con un programa de acción y reglas de operación que institucionalizan la rectoría en tema de calidad, en años recientes ha ocurrido una importante rotación que podría generar cierta inestabilidad y, como consecuencia, afectar la función de la calidad.

Desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad

En los Servicios Estatales de Salud (Sesa) existe una dinámica institucionalizada para cumplir de manera for-

mal los requerimientos de información de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud (DGACS) con respecto a sus múltiples líneas de acción. Se ha fomentado una cultura del reporte pero persiste el reto de desarrollo más una cultura para la mejora efectiva de la calidad.

Los REC y los GC dedican una parte significativa de su tiempo a apoyar el proceso de acreditación. Además, los GC realizan otras funciones que corresponden a su posición formal en la estructura. Esto limita el tiempo que pueden dedicar a la calidad y resta efectividad a su desempeño como GC (ver por ejemplo la evaluación de 2010, en la que el desempeño de los GC aparece como bajo).

También se han identificado problemas de coordinación vertical en los REC, hacia abajo y hacia arriba, los cuales son particularmente notorios entre REC, GC Jurisdiccionales y Cocasep.

Las evaluaciones recientes de la DGACS han resaltado la importancia de replantear la estrategia para mejorar la calidad, incluyendo un fortalecimiento de la estructura de responsabilidades y liderazgo. Parece faltar una coordinación clara que promueva la responsabilidad institucional de cada nivel jerárquico tanto para vigilar el cumplimiento de normas como para crear valor público por iniciativa propia. Ello requiere de acciones específicas, formativas y de otro tipo, que conduzcan al incremento de la capacidad de liderazgo de quienes están obligados a ejercerlo.

Se ha señalado que es incorrecto o limitado considerar como criterio de éxito el nivel de participación en las acciones definidas desde el ámbito federal. La principal característica del liderazgo efectivo es la movilización efectiva de recursos y voluntades y ahora el criterio de éxito debe reenfocarse hacia la mejora de la calidad que lleve a la mejora del estado de salud de la población, de acuerdo con las prioridades nacionales de salud.

Componente 2. Sistema de información para la calidad

Recursos

Se han desplegado recursos considerables de infraestructura y normatividad en todo el país. Este despliegue debió haber sido uniforme pero en realidad se ha centrado casi exclusivamente en unidades de los Sesa. Un análisis más pormenorizado permitiría apreciar si hay también un diferencial entre la implementación

de sistema en unidades de primer nivel con respecto a las demás.

En relación a los recursos humanos no hay evidencia de una formación adecuada para una correcta recolección y manejo de la información. En los sistemas de información en salud de las unidades de atención no existen plazas para personal especializado que administre los sistemas actuales y recopile y reporte la información con criterios de buena calidad, oportunidad, cobertura y confiabilidad. Tampoco se han desarrollado planes de trabajo en cada una de sus unidades para el mejoramiento continuo de los sistemas de información y de seguimiento y monitoreo del programa y de la toma de decisiones.

Indicadores

El análisis de los indicadores que integran el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (Indicas) evidencia retos importantes en los atributos básicos considerados: validez, fiabilidad y utilidad. Los indicadores son los mismos para cualquier nivel del sistema de salud, con la única distinción de primer y segundo nivel de atención en algunos de ellos.

No se halló información sobre el nivel de evidencia científica que soporta la validez de los indicadores existentes. Tampoco es claro el mecanismo de priorización de los temas y aspectos que se han de medir y la ausencia de indicadores de prevención y promoción de la salud es notoria. Tampoco se incluyen indicadores de resultado o de impacto en ninguno de los niveles del sistema, mientras que las limitaciones en la descripción de los indicadores de proceso medidos sugieren problemas de interpretabilidad y por tanto de fiabilidad en las mediciones. No se logró identificar un documento técnico suficientemente detallado con la descripción de los indicadores que permita que éstos se puedan estandarizar y calcular de manera igual en cada uno de los establecimientos.

El sistema utiliza una estructura y terminología peculiar que distingue tres niveles de agregación para la descripción de los indicadores (“índices”, “indicadores”, y “variables”), con una composición y unos cálculos ponderados para los que no se pudo identificar una justificación.

Fuentes de datos

Las fuentes de información para el Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) varían de acuerdo a los

proyectos y líneas de acción del programa. La fuente más consolidada es el Indicas, que depende de varias fuentes al interior de las unidades de atención tales como encuestas de satisfacción de usuarios, expediente clínico, subsistema de prestación de servicios y registros de atención. Se utilizan en total 18 formatos para la recolección y concentración de datos, más otros correspondientes al aval ciudadano.

Las encuestas del Indicas son entregadas a los miembros del personal que labora en los centros de salud para que ellos mismos las apliquen, lo que genera conflicto de intereses.

Existen otras posibles fuentes de información que no son integradas para monitorizar la calidad.

Manejo de la información

Se encontró que los datos que generan las líneas de acción y proyectos de Sicalidad se reportan periódicamente desde el nivel local hacia los niveles estatal y federal mediante un sistema automatizado y oportuno. Sin embargo es necesario aumentar la cobertura, estimada en cerca de 50% de las unidades de atención de los Sesa.

Un análisis detallado de los flujos establecidos revela, por una parte, que la realidad es distinta del planteamiento teórico y, por otra, que existen fallas de base importantes con relación a las recomendaciones sobre la muestra que se ha de utilizar y sobre el contenido de los formatos. Éstos incluyen información que no se utiliza.

Falta supervisión por parte del ente federal sobre los datos capturados en el Indicas y ello no permite hacer ajustes o realizar acciones de mejora continua en la calidad del reporte. También falta incorporar un proceso de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos capturados desde el área nacional hacia los establecimientos de salud. El propio personal operativo considera que la retroalimentación no es suficiente, factor que puede desmotivar al recurso humano en el esfuerzo de mejorar la calidad de la información.

Productos de la información

El sistema genera información sobre los “índices”, “indicadores” y “variables” disponibles en línea, lo que permite la evaluación comparativa de referencia nacional, estatal, jurisdiccional, municipal e histórica. La información se puede desagregar también por programas (PAC, Oportunidades, Seguro Popular, Procedes, Arranque Pa-

rejo, y Población Indígena), si bien no está claro en qué momento y en base a qué fuente de datos se obtiene esta categorización.

Son llamativos los niveles consistentemente elevados (por encima de 90%) en prácticamente todas las “variables”, “indicadores” e “índices”, y el hecho que los resultados sean en lo general homogéneos entre entidades. El orden que resulta de las entidades y la variabilidad entre las mismas no es consistente con respecto a los datos sobre los mismos aspectos obtenidos de otras fuentes como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), la Encuesta de Evaluación Rural (Encel) (encuestas de evaluación del PDHO) y otras bases de datos.

Uso y difusión de la información

La información está disponible en la página de internet (<http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php>) y se utiliza principalmente para realizar evaluaciones externas periódicas al Sistema Integral de Calidad. No hay evidencia de que la información se utilice en iniciativas de mejora.

Conclusión general sobre el sistema de información para la calidad

Las deficiencias encontradas en los elementos analizados hacen reflexionar sobre la utilidad real del sistema de indicadores para la calidad existente y sugieren la necesidad de un rediseño integral del mismo.

Componente 3. Participación de pacientes y población

Marco conceptual y normativo

Desde el punto de vista de la normatividad parece existir un marco jurídico general relevante y suficiente para apoyar las iniciativas de participación del paciente y población en la gestión de la calidad de los servicios de salud. La participación ciudadana en salud está contemplada tanto en la Ley General de Salud como en el Reglamento de la Ley en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que incluye en la descripción de los derechos y obligaciones de los usuarios la participación tanto individual como colectiva. Los problemas encontrados responden más bien a la puesta en práctica de estas ideas.

La Cruzada Nacional por la Calidad estableció la “Carta de los derechos de los pacientes”, vigente hoy en día. Sin embargo el Seguro Popular estableció una carta diferente y ampliada que coexiste con la reconocida para la población en general. En el contexto de los Sesas no se ha evaluado cuáles son los derechos que los pacientes reconocen, en qué medida son claros para ellos y, sobre todo, cuáles exigen en la práctica.

Formas de participación

Existen diversas modalidades de participación de pacientes y población para la mejora de la calidad de los servicios de salud incluyendo un Sistema de Quejas y Felicitaciones, encuestas para obtener información básicamente sobre satisfacción con algunos aspectos de la asistencia y la iniciativa aval ciudadano. No hay evidencia de iniciativas de carácter general encaminadas a promover la en el propio proceso asistencial ni sobre la utilización rutinaria de métodos de investigación cualitativa o de exploración de expectativas. Estas iniciativas caen dentro de la responsabilidad del propio sistema de salud.

El Sistema de Quejas y Felicitaciones, estructurado a nivel sectorial con el acrónimo Mande, incluye recomendaciones explícitas para su puesta en marcha y funcionamiento (Instrucción 288/2011 de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud) pero hasta ahora no parece haberse implantado con carácter general.

La encuesta a pacientes (encuesta de “trato digno”) incluye ocho preguntas valorativas sobre diversos aspectos de la atención (tiempo de espera, información recibida, surtimiento de medicamentos, trato respetuoso) y otras dos preguntas relacionadas con el tiempo de espera y el surtimiento de medicamentos. La metodología para elaborar las preguntas de la encuesta de “trato digno” es cuestionable, unas veces por su ambigüedad y otras por su inadecuación. La tabulación de las respuestas traducidas siempre como “satisfacción” (cuando no siempre se pregunta “satisfacción”) incluye ponderaciones inadecuadas de los diversos indicadores y resulta incongruente. La encuesta no permite identificar las causas que generan la insatisfacción u otros problemas existentes en los diferentes contextos en la que se aplica por lo que no contribuye a intervenciones para mejorar.

El aval ciudadano

El aval ciudadano (AC) es una iniciativa innovadora e interesante que merece ser reforzada. Sin embargo en su forma actual es limitada en relación tanto con el potencial de la participación ciudadana como de dinámicas de mejora real en las unidades de atención. Se identificaron brechas relacionadas con la conceptualización de la iniciativa y con la metodología y las herramientas empleadas en su funcionamiento.

El AC fue concebido inicialmente como un mecanismo para asegurar transparencia más que para la mejora a través de la participación ciudadana. La dinámica de los avales condujo a una cierta ampliación de los objetivos más allá de los indicadores oficiales de “trato digno”, incluyendo identificación de oportunidades de mejora. Ello se plasmó en una “carta compromiso” con los directores de las unidades médicas. Sin embargo el AC parece lastrado por ese énfasis inicial limitado a avalar que la información oficial en relación a los indicadores de “trato digno” responde a la misma que el propio aval obtiene de forma paralela. Un síntoma es en el registro de actividades de los avales que no hay información sobre seguimiento y resultado de las iniciativas de mejora.

El procedimiento general de constitución y funcionamiento de los mecanismos de funcionamiento parece estar bien diseñado y se han obtenido niveles considerables de participación altruista de individuos y organizaciones de la sociedad civil. Ello demuestra que la participación ciudadana es posible y deseada por la propia población. Sin embargo existen problemas evidentes relacionados con los métodos y los instrumentos empleados para su operación, que son principalmente la Encuesta de Trato Digno y la Guía de Cotejo del Aval Ciudadano. Esta última está diseñada para contrastar la información de la encuesta de trato digno obtenida por la unidad médica con la aplicada por el AC para avalar los resultados y para identificar otras oportunidades de mejora mediante preguntas adicionales a pacientes y personal. Estas preguntas se relacionan con diversos aspectos de las instalaciones, con el conocimiento de los derechos de los pacientes y con los resultados del aval. A pesar del potencial interés de esta información se le da un uso muy limitado y el principal indicador parece seguir siendo si la unidad tiene o no tiene AC y si ha conseguido o no el aval de transparencia.

Se han realizado diversas evaluaciones tanto externas como internas, al inicio del programa y después de su integración al Sicalidad. El principal resultado positivo es el avance de la implementación del programa, sobretodo en los Sesa. Las deficiencias identificadas por las evaluaciones se relacionan con el conocimiento real del programa por parte de los pacientes, la falta de evaluación de su existencia y funcionamiento y su deficiente contribución al cumplimiento de la Función Esencial sobre Garantía y Mejoramiento de la calidad de los Servicios de salud Individual y Colectiva por parte de la Secretaría de Salud.

Conclusión general sobre las iniciativas de participación de pacientes y población

La participación de pacientes y población es una parte central de la incorporación de la dimensión de la atención centrada en el paciente, en coincidencia con el consenso internacional. Esta concepción requiere de un rediseño profundo de sistemas y procesos asistenciales y de la óptima utilización de formas de participación y de herramientas de medición válidas y útiles para la monitorización y mejora continua. Ninguna de las dos condiciones es aún una realidad en México.

El país ha logrado una amplia convocatoria de personas, grupos y organizaciones de la sociedad civil que, como avales ciudadanos, demuestran interés en la gestión de la calidad y tienen disponibilidad y voluntad de participar de manera altruista. Pero esta experiencia no está suficientemente aprovechada y parece necesario reorientarla. Para ello se requiere de información objetiva sobre la influencia de esa participación social en la mejora de acuerdo a los distintos contextos socioculturales de la población.

El principal reto es que la estructura y procesos atiendan de manera real, adecuada, respetuosa y participativa las necesidades y expectativas de pacientes y población.

Componente 4. Regulación y estándares

Para analizar la situación actual en relación con este componente se requiere la revisión fundamentalmente de: (i) Normas de cumplimiento obligatorio y licencias sanitarias; (ii) Programas de certificación y acreditación; (iii) Estándares de práctica: guías de práctica clínica (GPC); e (iv) indicadores para monitorización externa.

Las normas (sobre todo las relativas a infraestructura, personal y regulación financiera) se tratan de manera

parcial en el componente de capacidad organizacional y en los indicadores en el componente de sistemas de información. En este apartado se analizan las características y brechas relacionadas con los otros tres rubros.

Conclusiones y brechas en relación a los programas de certificación y acreditación

Conceptos y terminología

Los conceptos de “certificación” y “acreditación” que se utilizan en México difieren de los que prevalecen a nivel internacional e incluso con lo contenido en la normativa general mexicana. Esto es relevante para cualquier comparación y para analizar el alcance de ambos procesos.

Criterios y proceso de la certificación de establecimientos de atención médica

Los criterios (estándares de calidad) para la certificación y el proceso de certificación se modificaron en los últimos años para acercarlos a las normas internacionales. El proceso, sin embargo, aún no es del todo transparente. Los informes de auditoría y los resultados de “No certificación” no se publican. Esta información sólo puede ser hacerse pública mediante solicitud específica en el marco de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Alcance y extensión del programa de certificación de establecimientos de atención médica

La certificación es mínima en las unidades de primer nivel es mínima y prácticamente inexistente en unidades de los Sesa. Las posibles causas son los escasos o nulos incentivos para la certificación, el bajo nivel de participación de las secretarías de Salud de los estados y el desconocimiento sobre los beneficios potenciales de la certificación. No se ha realizado evaluación alguna sobre el impacto de la certificación en la calidad del servicio ofrecido.

Criterios y proceso de la acreditación de establecimientos de atención médica

La acreditación es un requisito para que los establecimientos de atención médica ingresen a la red de prestadores de servicios para población afiliada al Seguro

Popular (SP). Se estableció originalmente para establecimientos de los Sesa y en la actualidad existe también para establecimientos de IMSS-Oportunidades, establecimientos privados y otras instituciones que deseen incorporarse al SP. La Acreditación incluye el cumplimiento de criterios “mayores” y “menores” en relación a “capacidad”, “seguridad” y “calidad”. La auditoría y el dictamen no son independientes, sino que se realizan dentro de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). La información tampoco es publicada y solo puede obtenerse mediante solicitud específica en el marco de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Alcance y extensión del programa de acreditación de establecimientos de atención médica

Desde diciembre de 2012 la acreditación es por tiempo indefinido, siendo pues de limitada utilidad. Hasta esa fecha habían sido acreditados cerca de 68% de los establecimientos acreditables, pero persisten deficiencias en infraestructura, equipamiento y personal. Aunque el programa sigue vigente, no se ha realizado hasta el momento una evaluación rigurosa del impacto de la acreditación en la calidad del servicio prestado.

Conclusión general sobre los programas de certificación y acreditación

Tanto los procesos de acreditación como el de certificación parecen necesitar de una evaluación rigurosa sobre su utilidad y posiblemente de un replanteamiento a fondo teniendo en cuenta la evidencia y procedimientos existentes a nivel internacional.

Conclusiones y brechas en relación al programa de guías de práctica clínica (GPC)

El concepto de GPC y el esquema para su desarrollo

Concepto de GPC

Se ha adoptado la nueva terminología de GPC y enfoque pero no se ha sustituido la anterior. Así se incumple uno de los objetivos de la iniciativa inicial sobre GPC que era unificar en un sólo término y exigir los mismos atributos a la multitud de términos y formatos existentes que comparten el objetivo de ayudar en las decisiones clínicas y mejorar la calidad disminuyendo la variabilidad innecesaria.

Para el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Centec), hay claras diferencias entre las GPC y los demás instrumentos como las normas de Atención Médica y los protocolos de atención, lo que genera confusión en la práctica. Más aun, se admite oficialmente que las Normas pueden carecer de evidencia científica actualizada a pesar de incluir recomendaciones relacionadas con infraestructura y requisitos pero también con diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de padecimientos.

Esquema para el desarrollo de las GPC

El proceso establecido para el desarrollo de la GPC es largo y complejo e involucra multitud de instancias y organismos. Éstos son coordinados por la Centec, que no tiene responsabilidad en la implantación y evaluación. Algunos de los organismos implicados, como la Academia Nacional de Medicina, tienen responsabilidad sólo formalmente pero no funcionalmente. No se contempla, en cambio, la posibilidad de elaboración o adaptación de GPC a nivel local o de Unidad de Atención, ni la intervención de los pacientes o sus representantes.

Adicionalmente, no hay un marco jurídico que clarifique su papel en el Sistema Nacional de Salud (SNS) o al menos su relación con las Normas. La vocación sectorial también se ve afectada por la falta de homologación de los cuadros básicos de medicamentos.

Elección de temas, población blanco, propósito y contenidos

El Centec establece una serie de criterios para priorizar los temas de las GPC. Sin embargo no existe un documento metodológico que establezca los procedimientos para su aplicación y parece más bien que criterios de otro tipo han guiado los planes de elaboración de GPC (criterios tales como alcanzar la totalidad de componentes del Catálogo universal de servicios de salud [Causes] y otros componentes del SP).

Hasta mediados de 2013 se habían elaborado 597 GPC, más que en cualquier otro país, sin que esté claramente establecida una estrategia de actualización que no sea la consideración de la fecha de publicación.

Búsqueda y valoración de la evidencia, y diseño de la GPC

Si bien no hay datos específicos sobre este particular, parece claro que la mayoría de las GPC elaboradas son

adaptadas de otras ya existentes. No está claro si hay directrices establecidas para esta adaptación.

Evaluación de la calidad formal, adaptación al contexto local y diseño de estrategia de implementación

Evaluación de la calidad formal

La evaluación de la calidad formal (presencia de los atributos deseables) no parece formar parte del proceso de construcción de las GPC. Los únicos datos existentes sobre este particular provienen de una evaluación realizada en 2012 sobre unas pocas GPC.

Adaptación al contexto local

El proceso de elaboración de GPC está planteado desde una perspectiva general y no considera la variabilidad entre las instituciones del SNS en cuanto a su estructura organizacional y otros condicionantes. Ello dificulta la factibilidad del cumplimiento de las GPC en todo el SNS. No está previsto ningún tipo de adaptación local.

Diseño de estrategia de implementación

Hasta muy recientemente no parece haber existido una preocupación explícita por diseñar una estrategia para facilitar la implementación de las GPC y todo el proceso se limita a su elaboración y publicación. La difusión de las GPC ha sido casi la única estrategia para facilitar su utilización. Los documentos que describen la estrategia son relativamente recientes por lo que en este momento no se puede valorar su implementación real.

Resulta de interés subrayar la incursión de las GPC en el ámbito educativo (23 universidades hasta el momento) y la inclusión en el banco de reactivos que integra el Examen Nacional de Residencias Médicas de temas con las recomendaciones de las GPC. Podría ser conveniente seguir desarrollando esta tendencia.

Implementación de las GPC

La evaluación del grado de implementación no ha formado parte del proceso de desarrollo de las GPC, tal como tampoco existe una estrategia de implantación que valorar. Los datos existentes reflejan problemas de difusión e implementación (tales como infraestructura, capacitación y conocimiento). Sin embargo los

pocos datos existentes sugieren que la opinión general sobre las GPC como herramientas de ayuda para la práctica clínica y la mejora de la calidad es mayoritariamente positiva.

Evaluación de utilización y efectividad de las GPC

Los datos y evaluaciones existentes indican que este es el paso más deficitario, a pesar de que es el que debe dar sentido a la iniciativa de elaborar GPC. Al aparecer las GPC se elaboran sin contar con indicadores clave o métricas de desempeño que permitan su monitoreo y control por parte de los Gestores de Calidad, de los responsables del área de Enseñanza y de la dirección del programa a nivel central. En consecuencia no hay datos directos sobre la utilización ni sobre el impacto de las GPC. En algunos estudios se ha intentado medir de manera indirecta a través del grado de apego a indicadores extraídos de las GPC, con resultados de niveles por lo general bajos. No hay datos que aclaren si las GPC han tenido algún impacto en la calidad del servicio o los resultados en términos clínicos, de salud o de costos.

Otras herramientas de diseño o planificación de la calidad

No parece haber política oficial alguna sobre otras herramientas de planificación de la calidad más complejas tales como las vías clínicas (*clinical pathways*) o el Diseño Sistemático Integral de Procesos de Atención para problemas de salud específicos.

Componente 5. Capacidad organizacional

Infraestructura física y recursos humanos

El diagnóstico realizado muestra que, de acuerdo a las normas existentes y a las recomendaciones internacionales, los recursos físicos y humanos de las unidades de atención ambulatoria de los Sesa resultan insuficientes para responder a las necesidades de sus usuarios. También existe una variabilidad muy marcada entre entidades federativas. La información es aún más escasa o inexistente en relación con la accesibilidad y, sobre todo, con la capacitación del recurso humano tanto para atender los problemas de salud de la población como para contribuir a la función de calidad.

Infraestructura física

Entre 2008 y 2013 se registró un aumento de unidades de atención ambulatoria (UAA) cercano a 13% entre 2008 y 2013 y se mantuvo una distribución desigual entre entidades federativas con predominio de las UAA rurales. Sin embargo, además de las desigualdades entre entidades federativas, persisten las deficiencias en la dotación de servicios básicos (agua drenaje, luz, servicios de comunicación) y de las áreas de atención necesarias.

En cuanto a cobertura de UAA, la densidad de consultorios (unidades básicas) es de tan solo 95 por 100 000 habitantes sin seguridad social (HSSS) y sólo 10% está en el rango más alto de 78 a 95 consultorios. Casi 50% de las entidades está en un rango de 26 a 43 consultorios por 100 000 HSSS, lo que equivale a uno por cada 2 300 a 4 000 HSSS.

El acceso geográfico a las UAA de todo el sector público de salud se estimó en menos de 30 minutos de viaje para 93% de la población, aunque asciende a 41 minutos y a cerca de dos horas en el medio rural de numerosas entidades federativas. Es necesario matizar estos datos con la gama o tipos de servicios a los que se accede, lo cual no está debidamente explorado.

La dotación de las UAA con servicios básicos de luz, agua, drenaje y comunicación es incompleta y varía entre zonas rurales y urbanas. Un problema destacado al que no hacen referencia específica las Normas de equipamiento es el acceso limitado o nulo a servicios de comunicación como radio, teléfono e internet. Este problema se acentúa en las UAA rurales. Por ejemplo, según datos del ODA 2010, En Campeche y Tabasco menos de 5% de las UAA cuenta con teléfono y ninguna en Coahuila, mientras que el acceso a internet es muy bajo y llega a ser inexistente en las UAA de algunas entidades federativas.

Existe heterogeneidad también en la suficiencia de áreas de atención de las UAA. En general cuentan con la infraestructura mínima (consultorio y sala de espera), muy pocas tienen laboratorio, y existe también deficiencia de otros espacios como salas de expulsión y de urgencias. En la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (Encelurb 2009) se estimó que las UAA cuentan en promedio con 50% de los espacios normativos, si bien la mitad tienen 20% o menos.

Equipamiento

Las evaluaciones realizadas muestran una situación muy heterogénea y mejorable, con mayores problemas en los

Centros rurales y algunas diferencias entre los centros acreditados y no acreditados. Según la Evaluación de unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud 2008 (EUPN 2008) ninguna unidad contaba con todos los elementos incluidos en el listado para la atención de pacientes con diabetes; en el ODA 2010 se obtuvo el mismo resultado.

Las deficiencias en los centros rurales afectan al equipo básico (básculas, otoscopios, termómetros) en un porcentaje notable de unidades. Afectan también a la infraestructura e insumos necesarios para la atención prenatal y partos, incluyendo tiras reactivas para glucosa. Los déficits son aun mayores en relación a equipos más sofisticados como ecógrafos (sólo 10% dispone de ellos), equipo para electrocardiograma o microscopios, así como ambulancias para traslados (existentes en 10% de los centros rurales). También es escasa la red fría para medicamentos. En el medio urbano la situación es más favorable aunque también predomina la heterogeneidad. En promedio 60% de las unidades están correctamente equipadas pero coexisten algunas que cuentan con la mayor parte del equipamiento con otras que tienen carencias básicas.

No se encontró información sobre la suficiencia en el mobiliario de las unidades.

Recursos humanos

Los indicadores relativos a los recursos humanos muestran una amplia variabilidad entre entidades federativas, en un contexto general de desajuste y deficiencia en relación a las recomendaciones internacionales de la OPS. Esta organización indica que una densidad menor a 25 profesionales por 100 000 habitantes para el primer nivel de atención limita las posibilidades de que los países a conseguir metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos del Milenio. Esta situación existe en casi todas las entidades federativas, tomando como referencia los habitantes sin seguridad social. La razón promedio es de 11.9 por 100 000 HSSS y sólo Colima (26.4) alcanza la densidad recomendada por la OPS. Cinco estados tienen una razón inferior a 10 por 100 000 HSSS. Para alcanzar las normas recomendadas a nivel internacional sería necesario más que duplicar el personal médico y de enfermería que trabaja en el primer nivel.

Más aun, una peculiaridad de la atención ambulatoria de los Sesas es que casi 20% de los médicos son pasantes y en ocho entidades federativas el porcentaje de pasantes que trabajan como médicos en

las UAA supera 25 por ciento. La gran mayoría de los pasantes (80.1%) trabaja en UAA rurales, lo que refleja otro aspecto de inequidad entre el medio rural y el urbano.

La situación es diferente con respecto al personal de enfermería, ya que es menor su presencia proporcional de personal tanto en UAA como en el medio rural y la proporción de pasantes también es menor.

La integración de otros profesionales en el equipo de las UAA resulta muy dispar entre entidades federativas, con un rango que va desde 1.9 a 12.6% de todo el personal de las UAA.

La razón de personal enfermero/médico alcanza el mínimo recomendado de uno en el promedio nacional (1.1) pero es inferior en catorce entidades federativas. Esta desigualdad, así como la que existe en la distribución del personal de enfermería entre el medio rural y urbano sugiere que existe una política de recursos humanos deficiente en relación a la formación y utilización de este recurso humano.

Existe información muy escasa sobre otros aspectos relevantes para valorar la capacidad organizacional tales como la gestión del recurso humano, particularmente las condiciones laborales, así como el nivel de formación y capacitación y las actividades de formación continua. Las condiciones laborales resultan particularmente desfavorables para los pasantes y el personal de enfermería.

Suministro de medicamentos

Los indicadores que se han utilizado tradicionalmente como trazadores de desempeño del Sistema Integral del Suministro de Medicamentos (Sisumed) en México son la disponibilidad de medicamentos del cuadro básico o de Causes en el momento de la inspección y el surtimiento de una muestra de recetas completas de medicamentos de las unidades médicas. Ambos son importantes pero también es necesario tomar en cuenta la interdependencia de todas las etapas del Sisumed. Varios de los diagnósticos previamente publicados descuidan esta interdependencia, por lo que las intervenciones diseñadas pueden conducir a un funcionamiento sub-óptimo y menos eficiente de Sisumed.

A un nivel general destaca la fragmentación de Sisumed que resulta en la desvinculación y falta de coordinación entre las diferentes etapas, así como un

deficiente ejercicio de rectoría, escasa capacitación de los recursos humanos y desajustes evidentes del marco legal y de las políticas institucionales para incrementar la eficiencia del Sisumed.

Algunos aspectos que inciden en el funcionamiento del Sisumed están fuera del alcance directo de la SSA y dependen de la Secretaría de Economía (otorgamiento de patentes y vigilancia de las licitaciones de insumos para la salud a través de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria) o de la Secretaría de Hacienda (regulación de los precios de medicamentos con patente). Esto contribuye aun más a la fragmentación del sistema. En ocasiones otros factores del mercado farmacéutico también influyen de manera negativa. Por ejemplo, varias entidades federativas reportan que muchas claves de medicamentos quedan desiertas en las licitaciones lo que dificulta la compra eficiente de medicamentos a nivel estatal.

El aspecto más destacable del estudio realizado es la identificación de los numerosos problemas específicos que afectan a la calidad del Sisumed en todas sus etapas, tal como se resume a continuación.

Etapas de selección de medicamentos para el sistema

La segmentación de la población usuaria del sistema de salud también se traduce en enfoques diferentes respecto a la selección de medicamentos seleccionados. En las UAA de las secretarías de Salud existen al menos tres líneas de funcionamiento para la selección de medicamentos (población en general, afiliados al Seguro Popular y los incluidos en el PDHO), así como varias instancias decisoras independientes a nivel federal y estatal. La desigualdad está respaldada por la normatividad.

Por otra parte, existen incongruencias entre los medicamentos incluidos en el Cuadro Básico (población general) o Causes y los medicamentos recomendados en las GPC, lo que provoca confusiones a nivel de las UAA. Las evaluaciones realizadas en este nivel operativo muestran desconocimiento de los cuadros básicos y falta de apego por parte de los profesionales de la salud.

A nivel estatal se detectó insuficiente capacitación del personal que forma parte del Comité Farmacoterapéutico (Cofat) y la ausencia de información sobre el conflicto de interés de los miembros.

Etapa de estimación de necesidades y adquisición de los medicamentos

La estimación de necesidades de medicamentos y su adquisición se realiza a nivel de entidad federativa, en donde se toman decisiones de gran relevancia pero condicionadas por el esquema normativo y presupuestario nacional.

En general, la estimación de la demanda se basa en la información de las UAA, la cual se concentra en las jurisdicciones sanitarias y se envía a las oficinas centrales de la entidad federativa en las que se planean las adquisiciones.

El tipo de medicamento afecta a los procesos de adquisición. Si los medicamentos son de fuente única (en la mayoría de los casos medicamentos de patente comercializados en México por un solo laboratorio) los precios se negocian a nivel federal. Si son de fuentes múltiples (medicamentos genéricos) los precios son definidos por los proveedores que participan en las licitaciones estatales. En el caso del Seguro Popular los precios de referencia de adquisición de los medicamentos a los que deben ajustarse las secretarías de Salud se establecen a nivel central.

Se detectaron disfunciones que afectan a todos los componentes y fases de esta etapa.

A nivel federal se ha documentado la dificultad de acceder a información sobre el desempeño de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros insumos para la Salud. El personal capacitado es insuficiente para alcanzar los objetivos de la comisión y es difícil acceder a la información necesaria para la preparación de los procesos de negociación. No se ha valorado si los precios acordados son iguales o menores al precio internacional de referencia y en qué proporción. Más aun, al parecer los precios acordados no siempre son respetados en las licitaciones a nivel de entidad federativa y muchas de ellas dicen desconocer el funcionamiento de la comisión.

A nivel de entidad federativa, además de la heterogeneidad de criterios y procedimientos, se detectaron problemas relacionados con la disponibilidad de recursos presupuestales. Éstos con frecuencias se retrasan lo que obliga a las autoridades estatales a tomar recursos de otras áreas, realizar compras directas al final del año o pedir medicamentos prestados a otras entidades federativas. Con frecuencia las licitaciones de declaran desiertas (debido a los bajos precios de los medicamen-

tos listados en Causas, por ejemplo) y en ocasiones el proceso culmina con la compra directa de los medicamentos indispensables a precios altos.

Finalmente, se reporta una desvinculación entre las áreas de adquisición de medicamentos (administrativas) y las áreas médicas que definen los volúmenes y seleccionan los medicamentos, sin que sean claros los criterios de priorización de la selección de medicamentos a nivel estatal.

Por lo general no se realizan adquisiciones conjuntas de varias entidades federativas, por lo que no se generan los ahorros potenciales de esta práctica.

Etapa de almacenamiento de los medicamentos

Esta etapa del Sisumed incluye los procesos de recepción, resguardo y disponibilidad de los medicamentos en las cantidades y condiciones adecuadas. Para algunas de estas fases existe normatividad federal, pero a nivel local abundan los problemas sobre todo en las condiciones de resguardo y en la disponibilidad de los medicamentos. Este proceso se ha evaluado con frecuencia y los resultados siempre arrojan deficiencias. En esta etapa y las siguientes se puede recurrir a empresas privadas sin que se haya sido evaluado si se trata de una alternativa más eficiente.

En relación al resguardo de los medicamentos, también existe una normativa federal pero las características de espacio e infraestructura y el funcionamiento de los almacenes (públicos o privados) es diferente en cada entidad federativa. Se han documentado problemas relacionados con: (i) condiciones deficientes de las áreas físicas; (ii) deficiente manejo o inexistencia de reglamentos y guías de procedimientos; (iii) inexistencia de mecanismos adecuados para evitar la caducidad, el robo y la merma de medicamentos; y (iv) baja capacitación y alta rotación de los encargados. Por otra parte en las jurisdicciones no hay procedimientos claramente establecidos para cubrir faltantes en las UAA y en ocasiones se les surten claves no requeridas. Por su parte las UAA no aceptan la responsabilidad de manejar medicamentos próximos a caducar y no conocen el porcentaje de medicamentos caducados.

Todo ello, añadido a los problemas de adquisición, desemboca en problemas constantes en la disponibilidad de los medicamentos que se necesitan, tanto en almacenes centrales y jurisdiccionales como en las UAA. Se ha reportado que a nivel nacional, las UAA tienen una

disponibilidad promedio inferior a 35% de un listado de 264 claves del cuadro básico de medicamentos.

Distribución

Algunos Sesa cuentan con infraestructura para la distribución desde los lugares de almacenamiento hasta las UAA y siguen una línea de distribución desde un almacén central hacia los jurisdiccionales y de ahí a los puntos de consumo (UAA u hospitales). En otros casos los proveedores de medicamentos hacen entregas directas a los puntos de consumo. Es en esta etapa del Sisumed donde más se ha concentrado la participación privada. El proceso está sujeto a aspectos normativos de carácter federal pero existen problemas relacionados con la infraestructura necesaria y, en el caso de la participación privada, con por la falta de supervisión de las empresas y la falta de lineamientos claro para el proceso.

Las condiciones geográficas de algunas jurisdicciones, la zonificación inadecuada y las deficiencias del sistema de información son tres de los factores que dificultan, retrasan y encarecen la entrega oportuna de medicamentos a las UAA. En el caso de distribución sin participación de empresas privadas se ha documentado carencia de infraestructura física de alto costo, por ejemplo vehículos en buenas condiciones para llegar a los lugares más lejanos y poco accesibles. Con respecto a la participación de empresas privadas existe falta de transparencia en los procesos de licitación, incumplimientos sin sanción y supervisión limitada del trabajo de los proveedores, lo que puede traducirse en incumplimientos, y ocasionar pérdidas económicas y fallas en el surtimiento de las recetas (por ejemplo, presentaciones diferentes a las contratadas).

Uso racional

El uso racional de los medicamentos incluye la adecuación de diagnóstico y prescripción, la dispensación y el consumo apropiado. La mayoría de los datos existentes se refieren a la dispensación, sobre todo en relación al porcentaje de recetas completamente surtidas y, en menor medida, a factores relacionados con el consumo apropiado por parte de los pacientes.

La dispensación requiere de personal capacitado que informe y oriente al paciente sobre el uso correcto del medicamento dispensado. Sin embargo, actualmente se limita al acto de entregar medicamentos al paciente a

cambio de una receta. De acuerdo a la ENSAUT 2012 la entrega se hace de manera completa en un promedio de 64.5% de los casos, con grandes diferencias entre entidades federativas (mínimo de 42 y máximo de 83.4%).

El consumo apropiado se relaciona con la información recibida sobre el uso del medicamento. Este componente de la dispensación que es deficiente y está escasamente evaluado. Lo mismo ocurre con el seguimiento de la farmacoterapia del paciente, el cual es especialmente relevante en el caso de padecimientos crónicos. El aspecto al que parece prestarse más atención es el reporte de acontecimientos adversos que solicita la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris): Reporte de sospecha de reacciones adversas a medicamentos (Rams). No se encontró una evaluación del alcance real, cobertura o impacto de este sistema en la calidad de la prestación de los servicios.

Procesos de apoyo y administración

Estos procesos incluyen el sistema de información para tomar decisiones que ayuden a la mejora de los procesos, la cantidad y adecuación de los recursos humanos que lo hacen funcionar y los aspectos relativos a un financiamiento suficiente, oportuno y sostenible. Es por tanto central y transversal en relación a todas las etapas del Sisumed. Sin embargo, se encontró una situación muy mejorable en cualquiera de los aspectos considerados.

Con respecto al sistema de información, existen numerosos sistemas desarticulados entre sí para administrar cada etapa del Sisumed, aunque se han realizado avances importantes en algunas entidades federativas. Los tomadores de decisiones prefieren utilizar los sistemas de información locales para gestionar sus procesos y no toman en cuenta los sistemas nacionales para sus planes de trabajo anuales. Tampoco parece haber demanda de información del desempeño del Sisumed desde las UAA y se ha documentado que existe desconocimiento de la utilidad de los datos.

En relación a los recursos humanos se han identificado tres problemas principales que dificultan la gestión adecuada del Sisumed: (i) contar con personal administrativo-técnico-operativo con el perfil adecuado, (ii) la escasez e insuficiencia de capacitación continua y (iii) la alta rotación del personal. La capacitación, que resulta insuficiente, incluye iniciativas de la Dirección General de Planeación y Desarrollo del Sector, la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios y

la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Estas iniciativas tienen objetivos diferentes y se dirigen a colectivos también diferentes.

La principal fuente de financiamiento para la compra de medicamentos e insumos por parte de los servicios estatales de salud es el presupuesto federal y en menor escala los propios gobiernos estatales. Los actores principales de este proceso son la Secretaría de Hacienda, la Secretaría de Salud y las secretarías Estatales de Salud, mientras que las áreas de programación y presupuesto de las secretarías de Salud son responsables de la gestión de estos presupuestos. Los principales problemas en el financiamiento encontrados son de tres tipos. En primer lugar, la transferencia de los recursos a las entidades federativas se produce con retrasos de entre tres y 10 meses. En segundo lugar, la asignación está desvinculada de las metas de desempeño de cada entidad federativa. Por último, y especialmente relevante, varios estudios documentaron que el gasto público y el gasto total en medicamentos son bajos considerando las necesidades de salud y el desarrollo del país.

Conclusión final en relación al suministro de medicamentos

Los problemas del sistema de salud mexicano en general y de las UAA de las secretarías de Salud en particular para el suministro de medicamentos parecen ser endémicos, dada su persistencia en el tiempo. Las condiciones del sector que se han descrito dificultan la operación homogénea del Sisumed, lo que disminuye la capacidad de desarrollar programas de gestión de calidad que aseguren los resultados en salud y la satisfacción del usuario. Es necesario desarrollar una serie de estrategias innovadoras e integrales para mejorar el desempeño del Sisumed para la población atendida en las UAA de la SSA en México. Este diagnóstico provee un paso relevante en esa dirección.

Financiación de los servicios de salud

De acuerdo a las diferentes fuentes de información disponibles, los desequilibrios financieros que dieron lugar a la reforma que creó el SPSS han disminuido en algunos aspectos pero se mantienen en los grandes rubros. La inversión en salud en México sigue estando restringida y, pese a los avances, es aún de las más bajas entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Esta inversión reducida es sumamente notoria en los déficits en capacidad que se detectan. En todos los rubros sobre recursos para salud que reporta la OCDE México se sitúa muy por debajo del promedio de los países de la organización: en médicos, en enfermeras, en camas y en tecnologías de diagnóstico. La inversión en estructura es entonces un pendiente para el país.

Aunado a ello el gasto privado en salud sigue siendo muy elevado, con una muy alta proporción del gasto en salud a través de pagos de bolsillo de los hogares. El reto de la protección en salud sigue vigente y probablemente es necesario enfocarse en el acceso efectivo a los servicios, esto es, no únicamente en la afiliación sino también en la existencia de servicios públicos con características que propicien que los utilice la población.

En términos simples, llevar el gasto de bolsillo en atención ambulatoria al promedio de la OCDE (19.5%) implicaría multiplicar por 2.26 los recursos actualmente destinados a la atención curativa ambulatoria y multiplicar por 52 el valor de los bienes entregados a los usuarios de servicios ambulatorios. Es posible que estos datos estén sobreestimados dadas las economías de escala que pueden lograrse en la provisión y en las negociaciones en la compra de medicamentos y otros bienes. En todo caso dan una idea de la magnitud del reto (y de la sub-inversión).

Modelos de atención

En relación al modelo general de atención

El Modelo de atención para el primer nivel de atención se ha enriquecido con diversas experiencias parciales pero permanece sin cambios sustanciales desde 1985. Mientras tanto la propuesta integradora más reciente (Midas) no ha sido implementada.

El primer nivel incluye una variedad considerable de tipos de unidades de atención, cuya justificación y diferenciación no aparece claramente evaluada y justificada.

La potenciación de recursos como las Casas de Salud y las Caravanas para la Salud puede seguir contribuyendo a mejorar la accesibilidad, a la vez que se refuerzan y quizás se unifican las estructuras de los centros de salud.

Aparte de las posibles deficiencias en la dotación de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, el primer nivel de atención de los Sesa parece carecer

de una integración y definición de funciones clara de todos los componentes potenciales del equipo de atención. Asimismo, la cartera de servicios que deben ofrecer no está unificada para toda la población.

No parece existir una implementación clara y rutinaria de los sistemas de referencia y contrareferencia para un funcionamiento real en red que garantice la continuidad e idoneidad de cuidados y no parecen existir tampoco evaluaciones al respecto.

En relación a modelos de atención a problemas específicos

Las principales iniciativas que se han implementado recientemente se relacionan con actividades de prevención y promoción de la salud (Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud y Sinos/Consulta Segura) y con la atención a enfermedades crónicas (en las unidades de especialidades médicas de enfermedades crónicas (Unemes-EC). Estas iniciativas reflejan cierta descoordinación y duplicación de esfuerzos, a pesar de que su aplicación correcta debe basarse o confluir en el primer nivel de atención.

La implementación del “Paquete Garantizado” parece desigual entre grupos de edad y entidades federa-

tivas e instituciones, mientras que su evaluación no está integrada en el sistema de monitorización de la calidad de atención del primer nivel.

La implementación del Sistema Nominal en Salud (Sinos) es también desigual y arrancó sin el importante módulo de seguimiento. La variabilidad en su implementación incluye que no siempre se realiza en el primer nivel de atención.

Si bien el Sinos no incluye toda la población que atenderían los Sesa, sino tan solo el SP y el programa Oportunidades, en teoría utiliza de manera parcial las cartillas de salud (herramienta del Paquete Garantizado).

Las Unemes-EC parecen tener un cierto grado de efectividad clínica si bien comparten, en menor medida, ciertos problemas con otras unidades de atención del primer nivel relacionados con humano, abasto de medicamentos y sistema de referencia y contrareferencia.

La alternativa de reforzar la capacidad resolutive para el control de enfermedades crónicas en las unidades de atención existentes del primer nivel no se ha evaluado en relación con la creación de unidades específicas como las Unemes-EC.

El espectro epidemiológico de la población atendida en los Sesa ameritaría el diseño e implementación de modelos de atención integrales para otros problemas relevantes como la atención materno-infantil.

Diversos estudios han documentado aspectos relevantes de los retos que enfrenta la atención de calidad en los servicios ambulatorios estatales de salud en México. La evidencia existente, no obstante, se ha generado de forma poco articulada y ha permanecido, de alguna manera, dispersa. Este documento se desarrolló con el propósito explícito de conjuntar los hallazgos sobre aspectos de la calidad de los servicios mencionados y cuenta con los valores agregados de análisis y de visión articulada del conjunto.

Situación de salud en México y retos para los servicios del primer nivel de atención

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido “cobertura universal” como la posibilidad para todos los individuos de usar los servicios de salud que requieran (sean curativos, preventivos o de promoción de la salud), que esos servicios sean resolutivos y que su uso no los exponga financieramente.¹ En 1983 La Constitución Política de México estableció el derecho a la protección de la salud; desde entonces este derecho se ha definido de manera operativa con avances en la oferta de protección financiera y menos énfasis aparente en los aspectos resolutivos de la oferta de servicios.

El sistema de salud mexicano se desarrolló a partir de una lógica de crecimiento industrial, en el cual la protección a la salud se asoció a la condición de empleo a través de la seguridad social. Este escenario se distanció de la realidad económica del mercado laboral y la oferta de protección financiera se limitó a un sector de la población. El análisis de esta situación dio origen a la reforma legal de 2003 por la que se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual se ha constituido para 2012 en el principal mecanismo de aseguramiento en salud, a través

del Seguro Popular (SP) el cual, además de ofrecer protección financiera, busca además incrementar el acceso y la utilización de los servicios públicos de salud.²

El reto del SPSS es transitar de un esquema en el que más de la mitad del gasto de salud está asociado a eventos de salud, gasto de bolsillo y privado, hacia otro en el que la población que ha quedado fuera de la seguridad social tenga acceso a servicios resolutivos de prepago o sin pago en el punto de contacto. La evidencia sugiere que se han dado pasos importantes en el terreno de la protección financiera. El porcentaje de hogares que tuvieron gastos catastróficos en salud se redujo en 23% entre 2000 (3.5%) hasta 2010 (2.7%).³ Asimismo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2012) muestra que el porcentaje de la población que no identifica contar con protección financiera se redujo de 60% en 2000 a 24% en 2012.

Retos en salud

La situación de la salud en México refleja avances importantes en las últimas décadas pero también enfrenta grandes retos. La esperanza de vida al nacer aumentó de 57 años en 1960 a 76 años en 2011. La ganancia de 19 años de vida en este periodo es uno de los incrementos más importantes entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Uno de los elementos que ha contribuido de manera importante al incremento de la esperanza de vida en México es la reducción de la mortalidad infantil, que pasó de 92.3 por mil nacidos vivos en 1960 a 13.6 por mil nacidos vivos en 2011. Sin embargo, dado el nivel de desarrollo del país, se esperaba una tasa aún menor.⁴ La mortalidad infantil sigue siendo de las más elevadas de la OCDE y mues-

tra una brecha importante con relación a países con economías similares a la de México.

En cuanto a la nutrición infantil, la desnutrición aguda dejó de ser un problema de salud pública al disminuir de 6.2% en 1988 a 1.6% en 2012. No obstante, la desnutrición crónica o talla baja sigue afectando a 13.6% de los menores de cinco años. Más aún, en 9.7% de esta población ya se observan problemas de sobrepeso.

En el caso de los adolescentes, uno de los retos de salud más importantes es el consumo de alcohol; cerca de 25% de la población mexicana entre 10 y 19 años reportó haber consumido alcohol en el último año (2012). La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 2011 identificó una prevalencia de consumo alto de alcohol de 14.5% entre adolescentes de 12 a 17 años y de 17.3% entre los hombres de este grupo de edad. La encuesta también identificó una posible dependencia al alcohol en 4.1% de la población de 12 a 17 años.

Por otra parte, la Ensanut 2012 identificó un mayor porcentaje de la población de 12 a 19 años que ha iniciado su vida sexual: 25.5% de los hombres y 20.5% de las mujeres. De éstos 14.7% de los hombres, y 33.4% de las mujeres reportaron no haber usado protección en la primera relación sexual. Esto se refleja en un incremento en la tasa específica de fecundidad (estimación cruda a partir de las Ensanut 2006 y 2012), la cual entre 2005 y 2011, pasó de 49.21 a 57.52 entre mujeres de 12 a 17 años.

Otro reto importante relacionado con la salud de los adolescentes es el estado de nutrición. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años pasó de 33.2% en 2006 a 35.2% en 2012, con porcentajes más altos para mujeres.

También se ha incrementado el porcentaje de adolescentes que reporta daños a la salud a consecuencia de la violencia. Entre 2006 y 2012 el porcentaje pasó de 3.3% a 4.4% para hombres y de 1.3% a 3.4% para mujeres.

En cuanto a los adultos, algunos de los principales retos están relacionados con el consumo de tabaco y alcohol, con la diabetes y con el sobrepeso y la obesidad.

En años recientes se ha logrado una reducción en la proporción de fumadores pero, para 2012, todavía reportaban ser fumadores 31% de los hombres y 9.9% de las mujeres de 20 años y más.

De acuerdo a la información de la ENA 2011, 36.5% de la población de 18 a 65 años tenía un consumo alto de alcohol y 6.6% mostraba signos de dependencia al mismo.

La diabetes, por su parte, se ha constituido como uno de los principales riesgos para la salud de los mexicanos. En 9.2% de la población de 20 años y más estaba diagnosticada con esta enfermedad, comparado con 5.8% en 2000.

En este mismo grupo de edad 33.3% de los hombres y 30.8% de las mujeres padece hipertensión arterial, mientras que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad afecta a 69.4% de los hombres y 73% de las mujeres.

Si bien estas cifras en comparación con 2006 sugieren una reducción en la tasa de incremento observada previamente, son una importante llamada de alerta por los retos sanitarios que representan, y que se manifiestan ya claramente en la elevada prevalencia tanto de diabetes como de hipertensión en esta población.

Al respecto, en tanto que una parte sustancial de las cifras y hallazgos que se reportan en este libro no son nuevos –en el sentido de haber resultado de un análisis primario de la información–, sí son novedosos en cuanto a su integración para proporcionar al lector una mirada a la vez panorámica y detallada de la situación de la calidad con la que operan los servicios ambulatorios de salud que se ofrecen para la población sin seguridad social en el país.

Retos para los servicios del primer nivel de atención

La Ensanut 2012 indica que la tercera parte de los individuos que contaban con algún esquema de aseguramiento público que hicieron uso de servicios ambulatorios de salud utilizaron servicios privados. De ellos, 40% acudió a los servicios proporcionados en los consultorios adyacentes a las farmacias. Este comportamiento llama a considerar aspectos relacionados con la calidad de los servicios públicos, tanto la técnica como la percibida. Es decir, el reto de la protección financiera va de la mano del reto de la efectividad de los servicios. Los usuarios eligen servicios privados por la conveniencia en el acceso (posiblemente asociado a la calidad percibida) o por los resultados esperados, es decir, la expectativa de calidad técnica.⁵

En México se ofrecen 9.3 millones de consultas ambulatorias cada quincena de las cuales 40% se ofrecen en el sector privado, incluyendo 1.4 millones en consultorios adyacentes a farmacias. En los Servicios Estatales de Salud (Sesa) se ofrecen 28% de las consultas, esto es, alrededor de 2.6 millones cada quincena o un esti-

mado de 62.5 millones de consultas al año. De acuerdo con el reporte de los usuarios casa quincena se erogaron 565 millones de pesos en gasto de bolsillo en las consultas en los Sesa.

El análisis mediante indicadores de cobertura efectiva a partir de la Ensanut sugiere que entre 2006 y 2012 ha habido avances en la cobertura de intervenciones de relativa baja complejidad. Sin embargo, a mayor participación del personal de salud menor es la cobertura, y mayores son las brechas por perfil socioeconómico de la población.⁶

Por ejemplo, el análisis de la cobertura en la edad específica de las vacunas de SRP, DPT y BCG arroja porcentajes cercanos a 90% para los tres casos y sin diferencias por nivel socioeconómico. Sin embargo, la atención adecuada de infecciones respiratorias agudas en menores de cinco años tuvo una cobertura de alrededor de 65%, con un diferencial de 17.5 puntos porcentuales entre los quintiles 1 y 5 de nivel socioeconómico.

De igual manera, la atención prenatal adecuada (al menos cuatro consultas, medición de presión arterial en cada una de ellas y al menos una ronda de exámenes de sangre) fue cercana a 85%, con un diferencial de 19.7 puntos porcentuales entre los quintiles 1 y 5. En 2006 se observó la misma brecha en atención prenatal.

El control de la diabetes es uno de los indicadores de mayor relevancia sobre la calidad de la atención a la salud en México. Del total de 6.4 millones de mexicanos con diagnóstico médico de diabetes únicamente 86% se atiende por esta condición. Más aún, de los que se atienden, únicamente 25% presenta cifras de hemoglobina glucosilada consistentes con control metabólico. Este porcentaje representa un incremento importante a partir del 5% reportado en 2006 pero es una señal de la magnitud del reto para el sistema de salud.

Un indicador de la accesibilidad de los servicios de salud es el tiempo que debe invertirse para lograr la atención. A partir de la Ensanut 2012 se estima que la

mediana de tiempo de espera en los servicios ambulatorios de salud privados es de 10 minutos pero de 60 minutos en los servicios de los Sesa.

La modificación del patrón de utilización de los servicios ambulatorios puede contribuir a mayores eficiencias en el sistema y favorecer la protección financiera de los hogares mexicanos. Las recomendaciones de la OCDE para México consideran esquemas orientados a reconocer el desempeño de los proveedores como mecanismo para incrementar la calidad de los servicios.⁷

Este documento muestra los hallazgos de un diagnóstico comprensivo de la calidad de los servicios ambulatorios de salud a cargo de las 32 entidades federativas de México. El análisis que se presenta permite contar con una visión amplia y sistemática de los retos que enfrentan estos servicios e informar sobre el desarrollo de estrategias para atenderlos.

Referencias

1. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS, 2010
2. Knaul, F, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health aff* november 2005;24(6): 1467-1476
3. CIEP. Gasto catastrófico por motivos de salud en México (ENIGH 2000-2010). 07 de septiembre de 2011.
4. México, Country highlights, OCDE. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/family/43590178.pdf>
5. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco JA, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012
6. Gutiérrez JP. Brechas en cobertura efectiva por nivel socioeconómico y condición de pobreza. *Salud Publica de Mex* 2013;55(S2): S106-S111
7. OCDE. Perspectivas OCDE: México reformas para el cambio. Enero 2012 [consultado el 17 de septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf>

Metodología general

Este documento representa la fase diagnóstica de un proyecto que tiene como objetivo principal definir estrategias de intervención que mejoren de forma visible y sostenida la calidad de los servicios de primer nivel de las secretarías de Salud de las entidades federativas. El modelo considera un abordaje integral de las posibles estrategias que pueden contribuir al mejoramiento de los servicios de salud agrupándolas en los seis componentes estratégicos que se especifican en el cuadro 1.

La evaluación de la situación actual se realiza con base en dos elementos principales:

i) Revisión de los documentos y bases de datos relevantes identificados por el proyecto.

ii) Resumen y contraste de la información obtenida, en relación a un marco conceptual de referencia para cada uno de los componentes estratégicos para mejorar la calidad en servicios de salud (cuadro 1).

La revisión de la información obtenida en función de cada marco conceptual de referencia permite identificar las principales deficiencias y brechas en la situación actual en cada componente. También permite realizar un diagnóstico estratégico para definir una propuesta fundamentada para futuras líneas de acción.

Tanto las fuentes utilizadas como los marcos de referencia particulares y la metodología para resumir la información son peculiares para cada componente y se explican en detalle en el apartado para cada uno. Detallamos a continuación el marco general utilizado.

Cuadro 1. Estrategias para la mejora de la calidad en servicios de salud¹

Componentes estratégicos	Liderazgo	Fomento del liderazgo y ejercicio, reconocimiento de la responsabilidad correspondiente para la calidad en los diversos niveles del sistema.
	Sistema de información	Diseño o rediseño de sistemas de información capaces de medir cambios en proceso y resultados, útiles para la gestión de la calidad.
	Participación de pacientes/población	Fomento y atención explícita al papel de pacientes y comunidades en la mejora de la calidad.
	Regulación y estándares	Desarrollo de normas e indicadores para ser utilizados generalmente en procesos de certificación, acreditación, supervisión o monitoreo externo. Se incluye también el desarrollo e implementación de normas o guías para la práctica clínica.
	Capacidad organizacional	Desarrollo de infraestructura y recursos humanos adecuados para los servicios que se ofrecen y para el ejercicio de la función de calidad.
	Modelos de atención	Diseño integral de las actividades para la atención a problemas de salud o grupos de población específicos, que incluya todas las dimensiones de la calidad, incorpore la evidencia y buenas prácticas existentes e integre todos los niveles y responsabilidades del sistema de salud.

¹ Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P: Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. WHO, Ginebra 2006.

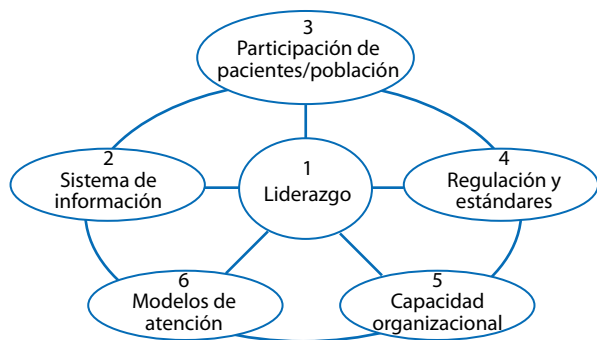
Marco de referencia general para el diagnóstico estratégico

El principal objetivo del análisis basal no es el conocimiento de la situación existente en sí mismo. Se trata de utilizar este conocimiento para establecer un compromiso para la mejora de la calidad por parte de todos los actores potencialmente implicados incluyendo tanto personas como instituciones. Es muy posible que no exista un conocimiento ni una conceptualización común entre todos esos actores sobre lo que significa gestionar y mejorar la calidad. Por ello, lo más conveniente es buscar un denominador común de intereses y conocimientos sinérgicos. Este denominador será construido en torno a un conjunto de estrategias concretas en las que todos los actores potenciales puedan reconocerse como necesariamente implicados.

Las estrategias para la mejora de la calidad

Identificamos seis componentes estratégicos o grupos de intervenciones para la mejora de la calidad, con el fomento del liderazgo y el reconocimiento de responsabilidad en el centro. A cada componente corresponde un tipo de intervenciones diferenciada. Sus principales características se resumen en el cuadro 1 y se representan en la figura 1.

Cuando se hace una evaluación de sistemas de salud e iniciativas para el mejoramiento de la calidad suele evidenciarse que en la práctica se utilizan sólo unas pocas de ellas. Además, con frecuencia se utilizan



Adaptado de: Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. WHO, Ginebra 2006

Figura 1. Los seis grupos de intervenciones o componentes estratégicos para la mejora de la calidad

de forma parcial o inefectiva. Dado que todas son relevantes y pueden contribuir de una manera efectiva al mejoramiento de la calidad, el diagnóstico estratégico identifica cuáles están ausentes así como las posibles brechas o deficiencias en las existentes. Para cada uno de estos componentes estratégicos pueden establecerse líneas de acción específicas, adaptadas al contexto en el que se han de aplicar.

La mejora sostenida de la calidad precisa generalmente de un enfoque integral que contemple intervenciones relacionadas con la mayoría o con todos los componentes estratégicos que aparecen en el cuadro 1 y en la figura 1 y cuyo significado se detalla a continuación.

Liderazgo

El liderazgo aparece en el centro del esquema de componentes estratégicos en la figura 1 porque es uno de los puntos clave de cualquier estrategia global, y es además esencial para el acompañamiento de cualquier intervención en cualquiera de los otros componentes.

El grupo de intervenciones relativas al liderazgo incluye la búsqueda y consolidación del apoyo de los líderes formales y reales –que no siempre coinciden– para las acciones de mejora que queremos implementar. Es obvio que las personas que identifiquemos como líderes formarán parte del grupo de referencia y seguimiento ya que lo que buscamos es su compromiso firme con la mejora.

En ocasiones será necesario construir la capacidad de liderazgo en las personas que deben ejercerlo. Uno de los componentes para el ejercicio del liderazgo es el reforzamiento y reconocimiento de su responsabilidad (accountability o rendimiento de cuentas), ya que es conveniente que el liderazgo y la responsabilidad vayan de la mano.

Sistemas de información

La reorientación de los subsistemas de información y de formación continua (que se trata dentro del componente de capacidad organizacional) suelen ser puntos clave a considerar en la implantación de un Programa o Sistema de Gestión de la Calidad. Lo mismo ocurre en el momento de diseñar estrategias para mejorar la calidad en general y en el caso de temas o problemas de salud específicos. En todo caso debemos asegurarnos de que el sistema de información sea útil para el monitoreo de los cambios que queremos lograr y el progreso de la estrategia.

No es indispensable que el sistema de información con base desde un principio en tecnologías electrónicas sofisticadas, aunque sí es lo deseable a medio y largo plazo. Los cambios a corto plazo deben ser los más simples posible y con objetivos claros, ya que el sistema de información es un medio y no un fin en sí mismo. Si es necesario se pueden utilizar métodos de muestreo y monitorización simplificados tales como el LQAS (Lot Quality Acceptance Sampling). También es importante que la información generada se ponga a disposición de todas las partes interesadas para reforzar su compromiso con el proceso de mejoramiento. Además, esa información debe utilizarse de forma consistente y completa en todos los ámbitos del sistema de salud que estén implicados en la atención objeto de mejoramiento.

Participación de pacientes y población.

La atención centrada en el paciente y la aceptabilidad de esa atención conforman una de las dimensiones de la calidad. Existen diversas maneras para tener en cuenta al paciente y a la población con el objetivo de convertir esta dimensión en realidad y contribuir a la mejora de la atención. Hay formas de participación activa decididas por el propio paciente, que habremos de fomentar y aprovechar. También podemos solicitar al paciente que participe de otras formas, siendo la más simple responder a encuestas sobre su experiencia con el servicio que queremos mejorar.

En resumen, las intervenciones relacionadas con este componente estratégico son el fomento de la participación activa del paciente, incluida la participación en su proceso asistencial, así como otras formas de participación solicitadas por el sistema o servicios de salud. Tal como ocurre con los sistemas de información, debemos recordar que la participación de pacientes y población es un medio para conseguir mejorar. En ocasiones encontramos que algunas de estas iniciativas, por ejemplo las encuestas, se consideran un fin en sí mismas, se aplican con metodología deficiente y no son utilizadas para mejorar.

Regulación y estándares

Las iniciativas relacionadas con este componente son de carácter externo e incluyen requisitos para el funcionamiento (licencias); sistemas de acreditación y certificación; esquemas de indicadores aplicados de forma

general o externa a las instituciones, y guías de práctica clínica y diseño de procesos estandarizados y propuestos para el conjunto del sistema de salud.

La mayoría de las iniciativas para el mejoramiento de la calidad que se aplican –con mayor o menor fortuna– en los sistemas de salud pertenecen a este grupo. Ello se debe en parte a su visibilidad y también a que al parecer los dirigentes de los sistemas de salud tienen un menor conocimiento sobre la existencia de otro tipo de estrategias e intervenciones para mejorar la calidad.

Capacidad organizacional

Las intervenciones que apoyan el componente estratégico sobre capacidad organizacional se dirigen principalmente al desarrollo y gestión de recursos humanos para facilitar la mejora continua de la calidad, así como a la dotación de la infraestructura y equipamiento necesarios para la provisión de los servicios que queremos mejorar.

Las cuatro áreas principales de intervención son:

- Desarrollo de recursos humanos con los conocimientos y habilidades necesarios para la prestación de los servicios requeridos. Incluye la planificación en cantidad y cualificación de los recursos humanos y la atención, siempre necesaria, a la reorientación del subsistema de formación continuada.
- Infraestructura y equipamiento necesarios para los servicios a prestar, incluyendo los insumos necesarios (por ejemplo abasto de medicamentos).
- Desarrollo de sistemas y capacidad metodológica para la práctica de la mejora continua de la calidad (ciclos de mejora, monitorización, planificación de la calidad) con énfasis en el compromiso interno y la autoevaluación.
- Desarrollo de una cultura organizacional que valore la calidad incluyendo sistemas de recompensas e incentivos.

Modelos de atención

El desarrollo y la implementación de modelos de atención representan la forma más completa y compleja de la planificación o diseño de la calidad. Se procura diseñar e implementar modelos de atención integrales e innovadores que incluyan toda la evidencia existente en torno al problema de salud que queremos mejorar. Uno de los más conocidos es el modelo de atención a

enfermedades crónicas que precisa de la coordinación expresa y precisa de todos los niveles de atención, así como de una participación activa y responsable de los pacientes. Existen otros ejemplos notables desarrollados en el ámbito de la salud materno-infantil y que parten del llamado “continuum” de cuidados propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, por sus siglas en inglés) y Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA, por sus siglas en inglés). Este continuum se inicia con la salud reproductiva, continúa con la atención prenatal, perinatal e infantil y termina con la atención a la adolescencia.

Los modelos de atención pueden enfocarse sólo a una parte específica del *continuum* de cuidados o a la totalidad de la atención al problema de salud considerado, pero siempre deben incluir toda la evidencia existente para todos los niveles de atención implicados. En su forma más rudimentaria incluyen un diseño explícito de los mecanismos y criterios para la referencia y contrareferencia.

Marcos de referencia para cada componente

Para cada componente se utiliza un marco conceptual específico para realizar el análisis y agrupar los hallazgos de forma sistemática. En todos los casos se buscaron las referencias internacionales más sólidas y reconocidas. Los marcos de referencia utilizados se describen en el apartado de metodología de los capítulos sobre cada componente estratégico.

Concepto de calidad utilizado

La calidad de los servicios de salud es un concepto multidimensional con diversas definiciones que varían entre sí en función de su mayor o menor especificidad y de la manera de conceptualizar las dimensiones que la integran. En nuestro caso utilizamos la definición contenida en el documento de la OMS¹ que nos sirve de referencia metodológica general. Esta definición se basa a su vez en la del Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés),² que es probablemente la que más se utiliza a nivel internacional. Sus dimensiones y significado se resumen en el cuadro 2.

Esta definición aporta una visión integral que incluye las dimensiones aplicables a la atención individual (efectividad, eficiencia, seguridad y atención centrada en el paciente) y las aplicables a nivel colectivo (equidad, accesibilidad, aceptabilidad y atención centrada en la población). Este tipo de acercamiento es el más conveniente para los sistemas de salud en general y para la atención del primer nivel en particular.

Referencias

1. Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P: Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. WHO, Ginebra 2006.
2. Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm. A new Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington, 2001.

Cuadro 2. Las seis dimensiones clave de la calidad (IOM, OMS)

Dimensión	Significado
Efectividad	Atención basada en evidencia que produce mejora en los resultados a nivel individual y comunitario.
Eficiencia	Atención sanitaria que maximiza los recursos y evita despilfarro.
Seguridad	Atención sanitaria que minimiza riesgos y daño a los pacientes.
Aceptabilidad/Atención centrada en el paciente	Atención sanitaria que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios y la cultura de la comunidad.
Equidad	Atención sanitaria que no varía en su calidad según características personales tales como género, raza, etnicidad, ubicación geográfica o estatus socioeconómico.
Accesibilidad	Atención sanitaria oportuna en el tiempo, geográficamente razonable, y provista en entornos y con personal adecuados a las necesidades.

Componente 1. Liderazgo

Estrategia de mejora de la calidad basada en refuerzo del liderazgo: fomento del liderazgo y de su ejercicio, y reconocimiento de la responsabilidad con la calidad en los diversos niveles del sistema

Introducción

El liderazgo es clave en toda estrategia para mejorar la calidad de un sistema. El liderazgo efectivo impulsa la estrategia mientras que el liderazgo deficiente se refleja en una implementación, además de deficiente, inefectiva. En los servicios de salud el liderazgo se debe ejercer en todos los niveles del sistema en consonancia con la responsabilidad correspondiente, desde la rectoría del nivel central hasta la organización de la atención que se ofrece en los establecimientos de salud. Los mejores resultados se obtienen mediante un balance adecuado de sinergia y autonomía entre los diversos niveles, en un entorno de transparencia y alineamiento con el objetivo último de optimizar el uso de los recursos para la mejora de la salud de la población.

La literatura más relevante sobre la gestión de calidad en general, incluyendo Deming,¹ Juran² e Ishikawa,³ destaca la importancia del ejercicio del liderazgo para promover la mejora de la calidad en cualquier tipo de organización. En concordancia, los principales modelos para evaluar la excelencia en la gestión de calidad en organizaciones que participan en premios nacionales e internacionales incluyen el liderazgo como uno de los principales criterios. Ejemplos de ello son el Baldrige Performance Excellence Program,⁴ la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM por sus siglas en inglés)⁵ y, entre empresas mexicanas, el Instituto para el Fomento a la Calidad Total.^{6,7} El liderazgo aparece con la misma relevancia en diversos modelos para orientar a los responsables de conducir los sistemas, instituciones y establecimientos de salud en el desarrollo de sistemas de gestión orientados a la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.^{8,9,10,11}

Algunas características de los líderes comprometidos con el cambio son la capacidad para interpretar el

contexto, la habilidad para crear una red de apoyo e integrar un equipo ejecutor y la perseverancia. Además, para el caso de las organizaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, destaca la multiplicidad de niveles jerárquicos que en ocasiones permite la implementación del cambio en partes o áreas específicas de la organización.¹²

El objetivo de este reporte es evaluar las características y capacidad de la estructura jerárquica disponible en la Secretaría de Salud (SSa) y los Servicios Estatales de Salud (Sesa) para impulsar la mejora de la calidad en los servicios de atención primaria en el país, así como identificar las disfunciones y deficiencias en el ejercicio del liderazgo en los diversos niveles de responsabilidad.

Metodología

Marco conceptual para el análisis

En general, las propuestas sobre un liderazgo efectivo coinciden en tres capacidades generales: definir el propósito y el rumbo de la organización, obtener apoyo de grupos de interés y la implementación y ejecución de la estrategia establecida. Estas tres capacidades coinciden con las tres dimensiones del modelo de gestión estratégica para la creación de valor público formulado por Moore.^{13,14} Este autor sugiere que los directivos públicos pueden asumir su responsabilidad institucional en un continuo definido de dos maneras. Una como meros vigilantes del cumplimiento de normas y regulaciones dictadas por instancias superiores. La otra, como creadores de valor público, entendiendo como tal la capacidad para satisfacer necesidades y producir beneficio en la sociedad como resultado de las iniciativas impulsadas en el ámbito de acción del directivo. La generación de valor público, según Moore, comprende tres dimensio-

nes: sustantiva, política y operativa. La *dimensión sustantiva* se refiere a la congruencia entre el propósito de cada iniciativa, la necesidad de la sociedad que se pretende satisfacer y el beneficio que se le proporcionará. La *dimensión política* se enfoca en la identificación de la capacidad de los directivos responsables de la iniciativa para obtener apoyo y construir legitimidad en torno de la iniciativa. Por último, la *dimensión operativa* contempla la capacidad directiva para organizar el trabajo y las personas, y obtener recursos adicionales con miras a avanzar en el propósito central de la iniciativa.

Para hacer una evaluación exhaustiva de las características del liderazgo en los servicios de salud mexicanos se necesitaría un estudio específico que contemplara las cuestiones más importantes en cada una de estas dimensiones. Este documento aborda sobre todo la dimensión operativa. Se indagará el fundamento legal de la responsabilidad en relación a la mejora de la calidad. También, a partir de la propuesta de French y Raven¹⁵ y en la medida que lo permitan las fuentes disponibles, se analizará el ejercicio del poder y autoridad de los directivos responsables de impulsar la calidad en el primer nivel de atención de acuerdo a las siguientes bases:

- Cargo. Ubicación en el organigrama y ostentación ante colaboradores y otras personas. Incluye la capacidad para otorgar premios y sancionar.
- Conocimiento y experiencia: preparación, actualización, antigüedad en la institución y en la ocupación de puestos directivos. Interesa de manera particular la formación en temas relacionados con la mejora de la calidad de los servicios de salud.
- Capacidad para administrar el trabajo: elaboración de planes de trabajo, seguimiento, control y evaluación; distribución de responsabilidades y tareas entre su equipo de colaboradores.
- Coordinación y capacidad para entablar relaciones entre los niveles encargados de velar por la mejora de la calidad de la atención de primer nivel.

Método de análisis y fuentes de información

Para responder de manera estructurada a las cuestiones contenidas en este marco de referencia se establecieron i) el fundamento legal para la función de calidad en el sistema de salud; ii) la estructura jerárquica existente para la función de calidad y las funciones y características de los que la ocupan, y iii) evaluación del des-

empeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad. Para ello se utilizaron las siguientes fuentes:

Para identificar el *fundamento legal del impulso a la mejora de la calidad* en los servicios de salud por parte de las autoridades federales y estatales se revisó la Ley General de Salud y las leyes de salud de las 32 entidades federativas. Se puso especial atención en ubicar la mejora de la calidad como objetivo del sistema de salud y el derecho de la población a recibir servicios de salud de buena calidad. Se revisó además el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud para analizar sus atribuciones en relación con la acreditación de los establecimientos de salud.*

La *estructura directiva para el apoyo a las acciones de mejora*, para el nivel federal, se revisó a partir del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud así como de la página electrónica de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.† Para las entidades federativas se revisaron las estructuras orgánicas disponibles en los sitios de internet de las secretarías o servicios de salud estatales y se registraron aquellas que de manera específica incluían la palabra “calidad” en su denominación. Se omitieron las instancias de los laboratorios estatales de salud pública o áreas de regulación, así como las de los regímenes estatales de protección social en salud.

La descripción de las principales *funciones y responsabilidades de los responsables estatales de calidad (REC) y de los gestores de calidad (GC)* se obtuvo de los siguientes documentos:

- Programa de acción específico 2007-2012 Sistema integral de Calidad en Salud (Sicalidad).¹⁶
- Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud.
- Instrucciones Sicalidad sobre las funciones de los responsables estatales de calidad (7/2007 y 275/2011), los gestores de calidad (108/2008) y los comités de calidad y seguridad del paciente, Cocasep (117/2008 y 171/2009).

Finalmente, en relación con la *valoración sobre el nivel de desempeño de la estructura directiva de apoyo a la mejora existente en el país*, se presenta un análisis ba-

* La mayor parte de estos documentos fueron obtenidos de la dirección electrónica <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/gobiernos.htm> entre el 12 de mayo y el 16 de junio de 2013.

† <http://www.calidad.salud.gob.mx>. Entre el 12 de mayo y el 24 de junio de 2013.

sado en los informes finales de las evaluaciones externas realizadas al programa Sicalidad entre 2009 y 2012 por encargo de la Dirección General de Evaluación del Desempeño.¹⁷⁻²⁰ La información se obtuvo de la página electrónica de esta unidad.*

Este trabajo se acota a la estructura de la Secretaría de Salud federal y de los Sesa pero se ha considerado pertinente revisar también la estructura y el desempeño de otras dos instancias sectoriales que revisten importancia formal para el ejercicio del liderazgo para la mejora de la calidad de los servicios de salud en el nivel nacional y de las entidades federativas. Estas son el Comité Nacional por la Calidad en Salud (Conacas) y los Comités Estatales de Calidad en Salud (Cecas).

La descripción de la composición y funciones de ambas instancias se basaron en la revisión del *Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud*, y de la *Instrucción 98/2008 Recomendaciones para la composición de los comités estatales de calidad en salud*. Para el análisis del desempeño tanto del Conacas como de los Cecas se revisó nuevamente el informe de la evaluación externa 2011, así como las instrucciones que presentan los principales acuerdos del Conacas 68/2008, 122/2008, 138/2008, 165/2009, 200/2009, 215/2010, 250/2010 y 300/2011) y el *Acta de la novena sesión ordinaria del Comité Nacional por la Calidad en Salud* y el *Seguimiento de acuerdos del Conacas*.[‡]

Resultados

Fundamento legal de la mejora de la calidad en el primer nivel de atención

La mejora de la calidad de los servicios de salud es un mandato vigente tanto para la Secretaría de Salud federal como para, con cierta variabilidad y algunas excepciones, las secretarías de Salud de los estados.

A nivel federal

En el artículo 6° de la Ley General de Salud se establece como parte del primer objetivo del sistema nacional de salud...

... Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas...

Y en el artículo 51, en relación con el *derecho de la población a recibir atención de buena calidad*, se indica:

Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

Este tema se aborda de manera especial para los usuarios afiliados al Sistema de Protección Social en Salud ya que en el artículo 77 bis 37, fracción III se precisa que estos usuarios tendrán el derecho a recibir trato digno, respetuoso y atención de calidad.

A nivel de las entidades federativas

Existe cierta variabilidad en la consideración explícita del tema de la calidad en las leyes de salud de las entidades federativas. En general estas leyes emulan a la Ley General de Salud al reconocer la mejora de la calidad de los servicios como parte del primer objetivo de los sistemas estatales de salud. La Ley de Salud para el estado de Hidalgo es una excepción ya que no incluye de manera explícita el tema de la calidad. La mayoría de las leyes incluye el derecho de la población a recibir atención de calidad idónea, pero no lo mencionan las leyes de los estados de Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Tamaulipas y Veracruz.

Siguiendo la misma tónica, las leyes de salud de algunas entidades federativas disponen realizar actividades con niveles adecuados de calidad en algunos programas específicos tales como los programas para la atención de la mujer (Baja California Sur, Jalisco y Tamaulipas); interrupción legal del embarazo (Baja California Sur, Distrito Federal y Tlaxcala); prevención de adicciones (Jalisco y Yucatán); atención de personas con cáncer (Chihuahua), y atención a las personas con problemas de salud mental (Tabasco). En algunos casos la referencia a la calidad se aplica a actividades específicas como medicina preventiva (Distrito Federal),

* <http://www.dged.salud.gob.mx>- Entre el 17 de abril y el 7 de mayo de 2013.

‡ Todos estos documentos están disponibles en la página electrónica de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (<http://www.calidad.salud.gob.mx>), entre el 12 de mayo y el 24 de junio de 2013.

participación de la comunidad para la protección de la salud (Yucatán) y atención médica (Jalisco, Sinaloa y Tlaxcala), o a tipos de unidades de atención como los Centros para el Desarrollo Infantil (Baja California). Resulta interesante que las leyes de algunas entidades federativas hacen referencia a la necesidad de realizar investigación para la mejora de la calidad (Durango, Tlaxcala y Zacatecas) o mencionan incluso la formación, actualización y capacitación en herramientas para la mejora de la calidad para el personal de los servicios de salud (Coahuila).

Estructura jerárquica y organizacional para la función de la calidad

La función de calidad es visible en los organigramas de los servicios de salud, aunque se ubica en diversos niveles jerárquicos, mientras que las principales atribuciones y responsabilidades están definidas. Las condiciones para el liderazgo “formal” parecen estar establecidas, si bien existe una considerable variabilidad en cuanto a su situación en cada entidad federativa. Además, cambios recientes en la situación a nivel federal hacen pensar en cierta inestabilidad o indefinición sobre el lugar jerárquico que corresponde a la función de la calidad a nivel central.

La función de calidad a nivel federal

La función de calidad está presente en el organigrama de la Secretaría de Salud, pero en años recientes ha disminuido su nivel jerárquico. Antes aparecía nominalmente como Subsecretaría de Innovación y Calidad, cuyo nombre cambió en 2010 a Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, de la cual depende la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, unidad creada desde 2001. No obstante, cabe la posibilidad de que esta Dirección General se reorganice y sus funciones se distribuyan de manera diferente. La situación actual es la siguiente:

El artículo 9 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud establece las atribuciones de la *Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud*. Dos de ellas se refieren de manera explícita a su responsabilidad en temas de calidad:

- I. Proponer al secretario de Salud la política nacional para elevar continuamente la calidad de servicios de atención médica y asistencia social...

- XII. Promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil, para la realización de acciones conjuntas y suma de esfuerzos en favor de la calidad de los servicios de salud que recibe la población...

El artículo 18 del mismo reglamento define las atribuciones de la *Dirección General de Calidad y Educación en Salud* (DGCES). De las 32 atribuciones vigentes, diez hacen referencia explícita a su papel como instancia responsable de impulsar la mejora de la calidad de los servicios de salud en el país. El siguiente párrafo resume las materias que abordan:

Conducir la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social; establecer los instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes, así como promover, supervisar y evaluar su cumplimiento; desarrollar y aplicar modelos para el monitoreo y evaluación de la calidad de la atención médica que proporcionan los sectores público, social y privado, e identificar la opinión y percepción del usuario; diseñar, operar y evaluar proyectos estratégicos para la gestión de calidad entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas; establecer las bases para el desarrollo de competencias para la mejora de la calidad en los sectores público, social y privado; desarrollar y operar modelos de gestión financiera y mecanismos para el control administrativo de recursos orientados a apoyar el desarrollo de las estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud; diseñar y operar sistemas de reconocimiento a los establecimientos para la atención médica y proponer esquemas de incentivos en el Sistema Nacional de Salud; regular y operar el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud; establecer, emitir y operar los instrumentos y mecanismos necesarios para el desarrollo del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en los establecimientos de atención a la salud incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, e impulsar la participación ciudadana como mecanismo para la evaluación de la calidad de los servicios de salud.

La DGCES cuenta con dos direcciones generales adjuntas: la de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación y la de Calidad en Salud. Esta última tiene tres Direcciones de Área: Seguridad del Paciente, Evaluación de la Calidad y Mejora de Procesos.

En la figura 1.1 se muestra el organigrama autorizado para la DGCEs hasta el nivel de direcciones de área.

La estructura para las tres direcciones de área se describe a continuación.*

Dirección de Seguridad del Paciente

- Subdirección de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente

Dirección de Evaluación de la Calidad

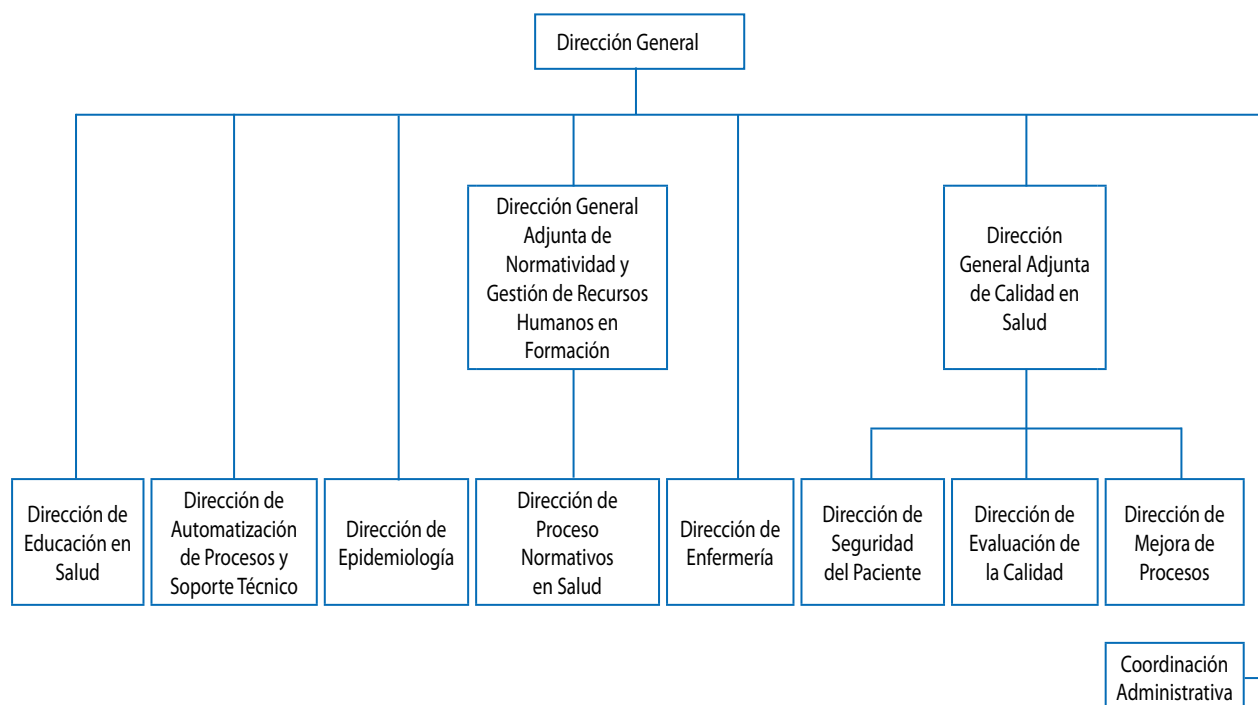
- Subdirección de Acreditación y Garantía de Calidad
 - ▶ Departamento de Acreditación de Establecimientos de Salud
 - ▶ Departamento de Sistemas de Reconocimiento

Dirección de Mejora de Procesos (vacante al momento de la consulta)

- Subdirección de Vinculación Ciudadana
 - ▶ Departamentos de Monitoreo y Fortalecimiento Ciudadano
 - ▶ Departamento de Calidad Percibida en la Atención Médica
- Subdirección de Gestión de la Calidad (vacante al momento de la consulta)
 - ▶ Departamentos de Monitoreo, Mejora y Estandarización de los servicios de salud
 - ▶ Departamento de Impulso a la Gestión

En suma, la estructura directiva en el nivel federal para impulsar la mejora de la calidad de los servicios de salud en México está integrada por un subsecretario, un director general, un director general adjunto, tres directores de área, cuatro subdirecciones y seis jefes de departamento.

* Según el directorio publicado en la página electrónica de la DGCEs, (<http://www.calidad.salud.gob.mx/somos/directorio.html>). Consultada el 24 de junio de 2013.



Fuente: Página electrónica de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. <http://www.calidad.salud.gob.mx/somos/organigrama.html>. Consultada el 24 de junio de 2013.

Figura 1.1. Organigrama de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

La función de calidad a nivel de las entidades federativas

A pesar de las Instrucciones emitidas por el nivel federal la función de calidad aparece de manera heterogénea en la estructura organizativa de las entidades federativas. Sin embargo, estas Instrucciones parecen haber propiciado la existencia del área de calidad en las entidades federativas así como la de gestores de calidad y Comités de Calidad y Seguridad de Paciente, principalmente en los hospitales y jurisdicciones sanitarias.

La información analizada para este apartado fue obtenida de las páginas electrónicas de las secretarías o servicios de salud de las entidades federativas. Se identificó la descripción de la estructura orgánica de cada una tomando en cuenta las instancias en cuyo nombre figuran las palabras *calidad*, *certificación* o *acreditación*. No se consideraron las instancias que dependían de los regímenes estatales de protección social en salud (REPS) ni de las áreas de regulación sanitaria.

El área de calidad en el organigrama de las entidades federativas

Para los Sesa de tres entidades federativas no fue posible obtener ni la imagen ni la descripción del organigrama (Guanajuato, Tabasco y Zacatecas). En otros tres casos no se identificó un área de calidad en la estructura orgánica (Coahuila, Guerrero y Jalisco). La estructura identificada en las 26 entidades restantes se comenta a continuación.

En primer lugar se observó una gran disparidad en la jerarquía de los puestos relacionados con la gestión de la calidad. Se identificaron desde subsecretarías hasta una subdirección que dependían directamente del titular de los servicios de salud, pasando por direcciones generales, subdirecciones generales y direcciones de área. En dos casos (Morelos y Sinaloa) se identificaron estructuras de alta jerarquía que no dependían directamente del titular. Se registraron hasta seis niveles en los organigramas revisados. En algunas entidades federativas se encontró que sólo había una posición relacionada con la gestión de la calidad, en tanto que en otras se identificaron posiciones en más de un nivel. La situación más común es la de baja jerarquía y dependencia indirecta del titular. El cuadro 1.1 muestra los principales resultados al respecto.

Como se puede notar en el cuadro 1.1, diez entidades federativas tienen un área de calidad que depende directamente del titular, aunque una de ellas tiene una jerarquía menor. Por otro lado, en 16 Sesa el área de calidad no depende del titular, siendo 12 de ellas de baja jerarquía (en el caso de Baja California Sur no se especifica el cargo de la persona responsable). En Morelos y Sinaloa las áreas de calidad no dependen del titular, pero son de alta jerarquía. Destaca el caso del Distrito Federal en el que se observó que el área de calidad está en el sexto nivel en relación con el titular.

Sólo en una minoría de entidades (ocho) se describe una estructura de apoyo bajo la responsabilidad del área de calidad. Las entidades federativas que parecen tener las estructuras más sólidas en este sentido son Sinaloa, en cuyo organigrama aparecen seis áreas de este tipo; Oaxaca y Sonora con cinco, y Quintana Roo y Tamaulipas con tres.

Cuadro 1.1. Posición y jerarquía de las áreas de calidad en los Servicios Estatales de Salud

Jerarquía Alta (11)	Dependencia del titular	
	Directa (10)	Indirecta (16)
Direcciones Generales	Aguascalientes Campeche*	Morelos* Sinaloa*
Subdirecciones Generales	Nuevo León Oaxaca*	
Direcciones de Área	Querétaro Quintana Roo* San Luis Potosí* Sonora* Tamaulipas*	
Media (3)	Chihuahua	Estado de México Veracruz
Baja (12)		Baja California Baja California Sur Chiapas Colima Distrito Federal Durango Hidalgo Michoacán Nayarit Puebla Tlaxcala Yucatán
Jefaturas de Departamento		

* En la descripción de la estructura orgánica se identifican además una o más instancias que dependen directamente del área responsable de la calidad.
Fuente: elaboración propia con información de las páginas electrónicas de los Servicios Estatales de Salud.

En síntesis, las áreas de calidad en las entidades federativas difieren mucho en cuanto a su posición en el organigrama, su jerarquía y su número. Esta situación fue detectada por la propia DGCEs la cual, en marzo de 2007, giró la instrucción 7/2007 en la que se anuncia la realización de un análisis de la ubicación de la calidad en la estructura organizacional de los servicios de salud. Para ello envió un cuestionario que debió haber sido respondido por los responsables de calidad de las entidades federativas. Si bien no se difundieron los resultados específicos del cuestionario, en 2011 la DGCEs emitió la Instrucción 275/2011 que incluye una serie de recomendaciones sobre la necesidad de una configuración transversal de las áreas de calidad, las cuales deberían centrarse en los siguientes temas:

- Garantía de la calidad
- Calidad percibida
- Seguridad del paciente
- Calidad técnica
- Gestión de apoyos y reconocimientos a la mejora de la calidad
- Institucionalización de la calidad

La Instrucción también describe con detalle las funciones para cada tema. Estas funciones son numerosas y amplias y, en general, corresponden a las líneas de acción de Sicalidad. Llama la atención que por un lado se extiendan las funciones de las áreas estatales a todo el sector, incluyendo los establecimientos médicos privados, pero por otro se deja a criterio de las autoridades estatales la jerarquía que corresponda al Responsable Estatal de Calidad. Lo que sí se sugiere es que el área de calidad sea una coordinación o una dirección cercana a los titulares de los Servicios de Salud en cada entidad federativa.

Gestores de calidad

El área de calidad es parte formal de la estructura de las entidades federativas ya que está formada por puestos con funciones específicas descritos en las estructuras orgánicas de los Sesa. Además, en las entidades federativas se ha promovido la figura de gestor de calidad, principalmente en hospitales y en jurisdicciones sanitarias (Instrucción 108/2008). La diversidad de funciones propuestas para los gestores comprenden desde la planeación hasta la evaluación de las acciones para la

mejora de la calidad, incluyendo su ejecución y el enlace con los avales ciudadanos. Destaca la serie de funciones referidas al propósito de expandir las acciones definidas en el programa Sicalidad.

En el cuadro 1.2 se presenta la estructura mínima de apoyo directivo que debería estar funcionando en los servicios de salud de las 32 entidades federativas, según el número de jurisdicciones sanitarias y de unidades hospitalarias tanto de la Secretaría de Salud federal como de los propios Sesa.

Comités de Calidad y Seguridad del Paciente

En la instrucción 117/2008 se recomienda la creación de Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (Cocasep) en todos los hospitales y jurisdicciones sanitarias. Las funciones principales de estos comités son el análisis de problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente y la recomendación al equipo directivo de la unidad o jurisdicción de acciones a favor de la mejora continua en estas tres dimensiones. La Instrucción establece también la composición de los Cocasep e identifica al director del establecimiento como presidente y al gestor de calidad como secretario técnico. Una instrucción posterior, la 171/2009, propone la creación de este tipo de comités en unidades de atención primaria. También identifica al Cocasep como responsable de la integración del plan de mejora de la calidad y la seguridad del paciente en la unidad y como coordinador de diversos subcomités técnicos médicos (mortalidad, seguridad del paciente y expediente clínico, entre otros).

Cuadro 1.2. Estructura mínima de apoyo directivo para la mejora de la calidad en los servicios de salud de las 32 entidades federativas

Estructura	Número
Responsables estatales de calidad (REC)	32
Gestores de calidad en las jurisdicciones sanitarias (GCJ)	234*
Gestores de calidad en unidades de más de cuatro núcleos básicos	518 [‡]
Gestores de calidad en hospitales de la Secretaría de Salud federal y los Sesa (GCH)	719 [§]

* Con datos del Sistema Nacional de Información en Salud –SinaiS (www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/rel_ef_js_mpios.xls. Consultado el 1 de julio de 2013).

[‡] Datos proporcionados por la DGACS el 6 de septiembre de 2013. No incluye información de Baja California, Baja California Sur y Jalisco.

[§] Con información del Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011.²¹

El cuadro 1.3 presenta el número y cobertura de Cocasep jurisdiccionales, en centros de salud con más de cuatro núcleos básicos y en hospitales.

Cuadro 1.3. Cobertura de Cocasep en jurisdicciones sanitarias, centros de salud con más de cuatro núcleos básicos y hospitales

Tipo de Cocasep	Total	Cobertura	Porcentaje
Jurisdicción sanitaria	216	197	91.2
Centros de salud con más de cuatro núcleos básicos	518	465	89.77
Hospitales	631	552	87.48
Total	1365	1214	88.94

* Elaboración propia, con datos proporcionados por la DGACS el 6 de septiembre de 2013. No incluye información de Baja California, Baja California Sur y Jalisco.

Composición y funciones del Comité Nacional por la Calidad en Salud y los Comités Estatales de Calidad en Salud

El análisis jurídico estructural de Sicalidad realizado en la evaluación externa 2011 caracteriza al Conacas como un órgano concentrado y consultivo que depende de la administración pública federal centralizada, creado por acuerdo del secretario de Salud. Al ser concentrado y centralizado, no cuenta con patrimonio ni recursos propios y su operación depende de los recursos humanos, materiales y financieros de la Secretaría de Salud.²² Para dar cuenta de su naturaleza y objeto, se transcribe a continuación el artículo 1 del *Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud*, publicado el 24 de diciembre de 2007:

Artículo 1. Se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud, como un órgano asesor de la Secretaría de Salud, que tiene por objeto unificar los criterios para la aplicación de las políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes, coordinar acciones en el Sistema Nacional de Salud enfocadas a mejorar la calidad en la atención a la salud, difundir la medicina basada en la evidencia, formular recomendaciones y efectuar el seguimiento de los indicadores sustantivos de calidad técnica y calidad percibida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.²²

Entre sus principales funciones destacan las siguientes:

- Proponer un programa de trabajo que sirva como directriz para la conformación de políticas, planes o programas de calidad en las instituciones de salud.
- Propiciar la coordinación entre los diferentes niveles de gestión de las instituciones públicas, privadas y sociales que integran el Comité, con el propósito de impulsar programas de capacitación para la mejora de la calidad y promover el reconocimiento de las experiencias exitosas en materia de calidad en las instituciones de salud.
- Estudiar las principales causas de inconformidades y quejas en relación con la calidad en la prestación de servicios en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El acuerdo establece que la presidencia del Conacas corresponde a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (antes Subsecretaría de Innovación y Calidad). La coordinación general corresponde al Comisionado Nacional de Arbitraje Médico y el Director General Adjunto de Calidad en Salud será el secretario técnico.

También podrán formar parte del Conacas funcionarios de alto nivel responsables de las áreas de atención médica y servicios de salud de las principales instituciones del sector (IMSS, ISSSTE, Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, entre otras), así como representantes de organizaciones civiles y tres representantes de las entidades federativas. El acuerdo indica además que podrán ser invitados a las sesiones del comité representantes de instituciones nacionales o internacionales, públicas o privadas, de carácter asistencial, académico o científico, de reconocido prestigio y con amplios conocimientos en la materia objeto del comité.

El artículo 10 indica que el Conacas deberá sesionar de manera ordinaria por lo menos tres veces al año con la posibilidad de realizar sesiones extraordinarias a solicitud del presidente.

Con respecto a los Cecas, la DGCES emitió la *Instrucción 98/2008 recomendaciones para la composición de los comités estatales de calidad en salud*. Ahí se presenta como su objetivo general

Ser la instancia promotora y coordinadora del establecimiento y desarrollo del Sistema Integral de Calidad en Salud en el ámbito estatal, integrando las políticas que en materia de calidad y seguridad del paciente se realicen en el ámbito estatal.

Se recomienda que los Cecas estén integrados por el titular de los Servicios de Salud, quien será presidente, y el responsable Estatal de Calidad, quien se desempeñará como secretario técnico. En reflejo de la composición del Conacas, también participarán los titulares de las delegaciones del IMSS y del ISSSTE, el Comisionado Estatal de Arbitraje Médico y los equivalentes locales de los servicios médicos de Pemex, Sedena y Secretaría de Marina. Se recomienda asimismo la participación del director del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, del Programa IMSS-Oportunidades y de representantes de dos universidades públicas y dos universidades privadas, entre otros.

La instrucción indica que cuando sea posible acudir a las sesiones de los Cecas un representante de la DGCEs para informar sobre los avances de Sicalidad y de los acuerdos del Conacas.

Al igual que el Conacas, los Cecas deberán sesionar de manera ordinaria por lo menos tres veces por año, con la posibilidad de realizar sesiones extraordinarias a solicitud del presidente.

Análisis del desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad

Sabido es que la estructura de una organización puede ser considerada una condición necesaria pero no suficiente para el cumplimiento de las funciones. Es necesario valorar el desempeño de la estructura existente para contribuir a la función de calidad. En el siguiente apartado se incluyen algunos resultados y conclusiones tomados de los informes de las evaluaciones externas realizadas a Sicalidad entre 2009 y 2012.^{20,21,22,23} Si bien los objetivos de las primeras tres evaluaciones fueron amplios, para la elaboración de este apartado se tomó en cuenta lo relacionado con el desempeño y funciones de los responsables estatales (REC) y los gestores de calidad de las jurisdicciones sanitarias (GCJ) y los hospitales (GCH). El desempeño de la estructura de apoyo federal, representada por la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud (DGACS), se analiza a partir de las conclusiones de las mismas evaluaciones 2009 a 2011. Con base en la evaluación 2012, se presenta además un resumen de los aspectos más relevantes de la gestión estratégica del programa de acción Sicalidad realizado por esta Dirección General Adjunta.

Con el propósito de no alterar la lógica que orientó las evaluaciones externas, se analiza en primer término el desempeño de los REC y los GCJ, después el de los Cocasep y por último el de la DGACS. Se incluyen un resumen de la gestión estratégica de Sicalidad y algunos comentarios sobre el desempeño del Conacas y los Cecas.

Desempeño de los responsables estatales de calidad y los gestores de calidad jurisdiccionales

En el cuadro 1.4 se detalla el número de entidades, REC, GCJ y GCH que participaron en cada evaluación.

Aunque el número de entidades participantes es relativamente reducido, pueden extraerse algunas conclusiones generales tales como:

- i) Ha habido un avance considerable en la institucionalización de la figura de los REC y los GC. Todas las entidades federativas cuentan con un REC. En la evaluación 2009 se informa que, de los 95 hospitales que participaron en el estudio, 90.5% cuenta con GC. En la evaluación 2011, 15 de 20 responsables estatales de calidad reportan que en más de 75% de las unidades y jurisdicciones ya hay un GC designado.
- ii) Las evaluaciones coinciden en señalar que el trabajo de los REC ha contribuido a que en prácticamente todo el país se hayan implementado las líneas de acción de Sicalidad, si bien de manera heterogénea. Esta condición se asume generalmente como favorable aunque, como se verá más adelante, representa al mismo tiempo una desviación del objetivo de mejorar de la calidad de los servicios de salud.

Cuadro 1.4. Entidades federativas, responsables estatales de calidad (REC) y gestores de calidad participantes en las evaluaciones externas

Evaluación externa	Entidades participantes	REC	GCJ	GCH
2009	10	10	10	30
2010	13	13		86
2011	7	20		
2012		1		

Fuente: Elaboración propia a partir de la información reportada en las evaluaciones externas al Sicalidad realizadas en 2009, 2010, 2011 y 2012.

- iii) Una parte importante del tiempo de los REC y de los gestores de calidad se dedica a apoyar el proceso de acreditación. Se reportan comentarios de los gestores en torno de la falta de supervisión por parte de los REC y en especial de la DGACS a las unidades que están por participar en la auditoría para la acreditación.
- iv) La mayoría de los GC (77% en la evaluación de 2009) desempeña otras funciones que incluyen desde la dirección de la unidad hasta actividades relacionadas con la contabilidad, pasando por atención médica y vigilancia epidemiológica. Su nombramiento formal responde a otras funciones que también deben realizar, por lo que carecen de un equipo que los apoye en el impulso a la mejora de la calidad. Esta situación propicia la dispersión y resta efectividad a su desempeño como gestores de calidad. En la evaluación 2010 se consideró el desempeño de los GC como bajo.

Las evaluaciones sucesivas aportan otros datos interesantes a tener en cuenta en una posible formulación de estrategias que refuercen el ejercicio de liderazgo efectivo tanto de los REC como de los GC.

Capacitación para el ejercicio de las funciones de los REC y gestores de calidad

Las actividades de capacitación existentes son al parecer insuficientes e incompletas.

En la evaluación 2009 se observó que

“la mayoría de los REC están capacitados en el programa Sicalidad, pero muestran poco conocimiento de sus objetivos y estrategias, les falta conocimientos sobre temas específicos de calidad.”²⁰

En el informe de la evaluación 2010, nueve de los trece REC reportaron haber recibido capacitación por parte de los responsables de los proyectos de Sicalidad mediante diversos medios (internet, visitas a las oficinas de la DGCE y participación en reuniones y cursos estatales). Algunos además se inscribieron a cursos de capacitación de manera independiente. La mayoría de los GC de nuevo ingreso habían sido capacitados en mejora continua y calidad de la atención y en el marco del programa de inducción de la DGCE, pero parecían carecer de capacitación específica sobre Sicalidad ya que se observó desconocimiento sobre los objetivos de este programa.

Resulta interesante la diferencia observada en el nivel de conocimiento de los objetivos, estrategias y líneas de acción del programa Sicalidad. Esta diferencia es mayor entre los gestores de calidad de las unidades que entre los REC y los gestores de calidad jurisdiccionales.

Perfil profesional y proceso de selección

Las evaluaciones sugieren que no hay un patrón uniforme en el perfil profesional y el proceso de selección. El problema puede ser mayor entre los GCJ y los GC de las unidades de atención

El informe de la evaluación 2010 incluye un apartado que describe el perfil de los REC. De los 13 REC entrevistados, ocho tienen maestría, cuatro tienen especialidad y uno, licenciatura. Los posgrados están relacionados con las áreas de salud y calidad. Todos reportaron amplia experiencia laboral en áreas relacionadas con la calidad y la administración. Siete fueron designados directamente por el titular de los servicios; tres recibieron invitación, dos dijeron desconocer el procedimiento mediante el cual se les asignó el cargo y uno concursó con un proyecto para obtener el puesto.

Entre los GC surgió el tema de la falta de un nombramiento específico que los respalde en las actividades que realizan.

En la evaluación 2009 se encontró que la profesión dominante entre los gestores de calidad en unidades es la de medicina, seguida por enfermería y trabajo social. La mayoría son jóvenes que tienen máximo un año desempeñándose como gestores.

Funciones, dedicación y coordinación entre REC, GCJ y el resto de la estructura para la función de la calidad

Parece haber cierta discordancia entre las funciones a desempeñar descritas en diversos documentos y lo que se realiza en la práctica, además de algunos problemas evidentes de coordinación entre los diversos actores encargados de la función de calidad.

i) En relación con los REC

Los REC indican en general que dedican el cien por ciento de su tiempo a desempeñar las funciones que les corresponden. Estas incluyen planeación, organización y difusión de los programas desarrollados a nivel nacional relacionados con el mejoramiento de la calidad de

la atención coordinados por Sicalidad. Para ello deben dar asesoría y capacitación a todos los hospitales y unidades médicas ubicados en los tres niveles de atención, con el fin de que puedan implementar los programas con el mismo nivel de operatividad. Los REC también dan seguimiento y evalúan las funciones desempeñadas en las unidades; participan en los Cocasep; apoyan al personal para gestionar recursos que coadyuven en la operatividad de las líneas estratégicas; funcionan de enlace con otras instituciones para impulsar las estrategias en todo el estado; dan a conocer guías de procedimientos; buscan estrategias de mejora y coordinan las estrategias para acreditar y certificar unidades, entre otras tareas.²¹ Asimismo, los REC se desempeñan como secretarios técnicos de los comités estatales de calidad.

Sin embargo, la evaluación 2011 destacó la imposibilidad de los REC para dar seguimiento a los Cocasep dado que debe haber uno por cada jurisdicción sanitaria y por cada hospital de los Sesa en la entidad a su cargo. De hecho, los integrantes de los Cocasep dijeron desconocer tanto a los GCJ como las funciones que les corresponde desempeñar.

En esta misma evaluación se llama la atención acerca de la escasa difusión que los REC hacen de los acuerdos tomados en los comités estatales de calidad, sobre todo entre los gestores de calidad jurisdiccionales, ya que solo seis de los veinte REC que reportaron al respecto afirmaron hacerlo.

También en la coordinación de los REC hacia arriba parece haber problemas. En las evaluaciones 2009 y 2010 los REC entrevistados reconocieron que la relación con la DGCES es adecuada, pues esta les brinda capacitación y asesoría para el desarrollo de los proyectos. No obstante, mencionaron la necesidad de fortalecer el seguimiento. En 2011, de los 18 REC que respondieron a una pregunta sobre los mecanismos de coordinación con la DGCES, diez opinaron que los mecanismos son adecuados, siete que son poco adecuados y uno que no son nada adecuados. El informe advierte que las valoraciones positivas pueden estar influenciadas por la posición jerárquica de los REC, la cual puede favorecer la comunicación directa con autoridades federales.

ii) En relación con los GCJ

Los GCJ son designados con base en su trayectoria y la posición que ocupan en la estructura de los Sesa. Sus fun-

ciones principales son supervisión y asesoría en torno de la implementación de las líneas de acción de Sicalidad en las unidades. Sin embargo, el desempeño de sus funciones se ve obstaculizado debido a que no cuentan con un nombramiento como gestores de calidad. El 80% de ellos desempeña actividades vinculadas con la aplicación de herramientas de calidad y reingeniería de procesos, políticas de mejora continua, seguimiento del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas) y análisis de quejas, sugerencias y felicitaciones depositadas en los buzones. Los GCJ indican que también participan en convocatorias de Sicalidad, realizan el programa anual de capacitación en calidad, proponen acciones correctivas y forman parte de la red de gestores de calidad.²⁰

Los REC entrevistados en la evaluación 2009 reconocen el papel medular de los gestores de calidad de las jurisdicciones sanitarias, ya que son su enlace más directo con las unidades de atención.

La mayor parte de las unidades, sobre todo hospitalarias, cuentan con gestores de calidad cuyas actividades inciden de manera directa en la implementación de los lineamientos sobre calidad. Entre las funciones más relevantes están el apoyo al funcionamiento de los Cocasep, asesoramiento a los equipos de trabajo para participar en los Compromisos de Calidad mediante Acuerdos de Gestión y asesoramiento al personal para participar en el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal en Salud.*

Desempeño de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente

En la evaluación 2009 se analiza de manera indirecta el desempeño de los Cocasep a través de la ejecución del Programa de Seguridad del Paciente en 21 establecimientos y 10 jurisdicciones sanitarias de 10 entidades federativas. En términos generales, se observó que el Programa de Seguridad del Paciente se aplica de manera amplia y tiene efectos benéficos sobre los pacientes. No obstante, se recomienda definir mecanismos de seguimiento e involucrar a los familiares de pacientes y personas que asisten a las unidades de atención.

La evaluación 2010 incluyó 90 entrevistas a integrantes de Cocasep de 79 hospitales, así como la aplicación de una cédula para verificar el funcionamiento

* Para mayor información sobre estos programas, se sugiere consultar la siguiente dirección electrónica: <http://www.calidad.salud.gob.mx/convocatorias.html>

de diversas líneas de acción, entre ellas el Cocasep en 95 hospitales. La evaluación no incluyó Cocasep de jurisdicciones sanitarias o de establecimientos del primer nivel. No obstante, es muy probable que algunos resultados sean válidos también para estos. Por ejemplo, se observó que en la mayoría de los hospitales (77%) existía el Cocasep; también se identificó un desempeño heterogéneo, así como la necesidad de fortalecer la difusión, la capacitación y el seguimiento entre el personal de las unidades.

En contraste con lo anterior, en la evaluación 2011 se sostiene que los Cocasep, a pesar de su poca articulación con los Comités Estatales de Calidad y el Comité Nacional por la Calidad en Salud,

...se mostraron como instancias muy funcionales a nivel operativo; sus participantes muestran compromiso y conocimiento de los componentes y las líneas de acción de Sicalidad; esto resulta relevante en especial para el funcionamiento de las iniciativas relacionadas con la calidad técnica y seguridad del paciente.²²

Desempeño de la DGACS

Las conclusiones generales de las evaluaciones externas muestran una tendencia interesante que sugiere la necesidad de replantear de manera profunda, tanto la estrategia para mejorar la calidad, como el fortalecimiento de la estructura de responsabilidades y liderazgo para llevarla a cabo.

i) En la evaluación 2009, dentro de una descripción generalmente positiva, se identificaron limitaciones importantes en la operación del programa relacionadas con la insuficiencia de presupuesto, seguimiento y capacitación.

Sicalidad ha constituido una red de procesos que abarcan los distintos niveles de gobierno y de organización de los servicios médicos con potencialidades para mejorar la calidad de la atención médica. Existe una sólida consistencia de sus objetivos con los del Plan Nacional de Salud al desprender de éste sus componentes.

Ha establecido una articulación fluida entre sus operadores en los niveles estatal, jurisdiccional y de unidades de atención, respaldados por un so-

porte de asesoría a nivel central de la DGCE y DGACS que fortalece su aplicación. El contenido de sus estrategias estimula la conformación de una cultura de mejoramiento de la calidad en los servicios médicos.²⁰

Uno de los objetivos de esta evaluación fue identificar las fortalezas y debilidades del funcionamiento de los acuerdos de gestión de calidad, capacitación y del Premio Nacional de Calidad (PNC) y Premio a la Innovación en Calidad Salud (PNIC). Los resultados revelaron una capacidad muy limitada para otorgar incentivos financieros, tanto por la cantidad de recursos entregados como por las dificultades administrativas. En el primer sentido, llama la atención que 171 (8.3%) de los 2071 proyectos presentados hayan recibido financiamiento. En cuanto a lo administrativo, la evaluación reporta, entre otras deficiencias, retrasos de entre 2.5 y 6.5 meses en los procesos de selección y premiación; retraso en la transferencia de recursos a las entidades federativas (mediados de octubre) que ponen en riesgo el cumplimiento de los objetivos de los proyectos, y la aplicación de instrumentos poco adecuados para dar cuenta del desarrollo de los proyectos

...en la medida que sólo informaron sobre porcentajes o indicadores poco precisos...

Para el PNC, hasta ahora, no se contempla una modalidad de evaluación del avance de los proyectos beneficiados, lo cual supone falta de control en el uso de los recursos públicos otorgados²⁰ (p. 28).

La evaluación reconoce que la mayoría de los temas de los proyectos financiados están enfocados en las líneas de acción de Sicalidad.

Es relevante que la evaluación detectó que la falta de presupuesto para financiar proyectos de acuerdos de gestión, la asignación tardía y la variación de los techos presupuestales genera o acentúa inequidades entre Sesa y unidades de atención.

Ello indica con claridad que el manejo de los incentivos se dirige a estimular la participación de las unidades en las líneas de acción de Sicalidad y no tanto a promover acciones de mejora efectiva que tengan un impacto en la salud de la población.

ii) A diferencia de las conclusiones generales de la evaluación 2009, que destacaban los avances y recomendaban la consolidación de Sicalidad, en las conclu-

siones de la evaluación 2010 se pone el acento en la heterogeneidad, tanto en la participación en las líneas de acción como en el desempeño. La evaluación 2010 también observa que los componentes del programa Sicalidad han tenido un efecto bajo en la satisfacción de los usuarios.

iii) El informe final de la evaluación 2011 reconoce que la calidad ya está posicionada en la agenda del Sistema Nacional de Salud, pero también destaca la necesidad de replantear la política de calidad sobre la base del derecho a la protección de la salud.

Este informe insiste en la heterogeneidad en la ejecución y los resultados del programa. También indica que las respuestas de los participantes eran menos favorables y más críticas conforme eran más cercanos a la operación. Una conclusión reveladora afirma que

Existe aceptación y percepción positiva de Sicalidad aun cuando entre los REC prevalecen visiones burocráticas que obedecen a la lógica de programa impuesto verticalmente desde esferas centrales de la SS (Secretaría de Salud), lo que hace suponer que se acepta como parte de la gestión que deben realizar, sin expresar un compromiso de fondo y auténtico con la mejora de la calidad de la atención²² (p. 103).

Es probable que lo anterior sea un factor que determine la persistencia de la heterogeneidad en la ejecución de las líneas de acción y una evidencia de la necesidad de involucrar a los REC en su diseño e implantación.

iv) La evaluación 2012 incluyó el análisis de los informes de las evaluaciones anteriores a partir del modelo de gestión estratégica propuesto por Moore^{16,17} y cuyos aspectos más generales fueron descritos en el marco conceptual de este capítulo. Esta evaluación es la base de las siguientes conclusiones:

- En el planteamiento del propósito (dimensión sustantiva) de Sicalidad se cometió una serie de errores conceptuales y estratégicos al definir la misión del programa que tuvieron repercusiones importantes en sus dimensiones política y operativa. Los más graves fueron carecer de un concepto claro de calidad de los servicios de salud y, en los hechos, elevar a la categoría de misión la estrategia política de situar la calidad en la agenda del sistema de salud. Ello diluyó la verdadera misión que en el Plan Nacional de Desarrollo se le encomendó a la DGCEs: mejorar los servicios de salud.
- En la gestión política se cuidaron aspectos formales, necesarios pero no suficientes, como la formulación de nuevos proyectos e incrementos al presupuesto. Sin embargo, los indicadores utilizados para evaluar el desempeño del programa no permiten identificar mejoras en el nivel de la calidad de los servicios de salud, mucho menos la repercusión en la mejoría de la salud de la población, y sólo dan mediana cuenta de la participación de los establecimientos en las líneas de acción.
- La altísima rotación de los titulares de la DGCEs entre 2006 y 2013 (en promedio uno por año) se ha traducido, en el mejor de los casos, en un apoyo débil y discontinuo, que en última instancia propició que se perdiera capacidad para impulsar las líneas de acción de Sicalidad.
- En relación con lo anterior, es significativo el cambio de nombre de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, por el de Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, ya que de ella dependen la DGCEs y la DGACS. La interpretación menor, es que el tema de la calidad de la atención perdió visibilidad en la dependencia responsable de impulsar la política nacional en la materia, con lo cual pueden anticiparse cambios en cascada, tanto en la estructura orgánica como en el posicionamiento del tema y sus consecuentes acciones dirigidas a su mejoría.
- Los procesos clave de Sicalidad se enfocaron en buscar la propia legitimación al centrarse en la promoción de las líneas de acción y en la obtención de datos para integrar los reportes rutinarios. La dispersión y falta de integración de las acciones propiciaron sobrecarga de trabajo en los REC y los gestores de calidad, con la consecuente respuesta burocrática exigida por el propio diseño del sistema. Se identificaron importantes deficiencias en la gestión operativa de procesos relacionados con el apoyo a REC y gestores de calidad y la administración de recursos financieros e incentivos. Sobre este último punto, se detectó un efecto contrario al esperado, tanto por el retraso en la entrega de recursos, como por la profundización de las inequidades entre las unidades participantes.

- Es relevante que la acreditación y la re-acreditación no parecen haber contribuido de manera notoria a mejorar la capacidad instalada de los establecimientos.

En suma, las grandes y graves deficiencias en el diseño y en la gestión estratégica para la calidad de la atención que se ha implementado hasta ahora, llevan a la conclusión de que es urgente replantear la estrategia sobre bases conceptuales más firmes, con un despliegue de acciones más realista, así como fortalecer la responsabilidad efectiva y la capacidad de liderazgo de los responsables de implementarla. También es necesario considerar en todo momento la meta estratégica global de elevar el nivel de la calidad de la atención para mejorar la salud de la población.

Desempeño del Consejo Nacional por la Calidad en Salud y los Comités Estatales de Calidad en Salud

Uno de los objetivos de la evaluación externa a Sicalidad realizada en 2011 fue medir la pertinencia y eficacia de los acuerdos tomados en el Comité Nacional por la Calidad en Salud y su reproducción en las entidades federativas o regiones administrativas. Para darle cumplimiento, la evaluación incluyó el análisis jurídico estructural del Conacas y la revisión de actas tanto del Conacas como de cuatro Cecas (Estado de México, Guanajuato, San Luis Potosí y Sonora), así como de la información sobre calidad de la atención disponible en las páginas electrónicas de las principales instituciones públicas del sector. Se entrevistó también a los enlaces institucionales de calidad (EIC) que participan en el Conacas, así como a los EIC del IMSS y del ISSSTE que formaban parte de los Cecas de los cuatro estados mencionados más los de Guerrero y Querétaro (originalmente se había incluido a Chiapas, pero en el momento de la evaluación el Cecas no se había constituido).

Entre los hallazgos más sobresalientes respecto del desempeño de estas dos instancias destacan los siguientes:

i) En relación con el Conacas

El carácter concentrado y consultivo del Conacas parece limitar su capacidad para coordinar de manera efectiva las acciones del Sistema Nacional de Salud para mejorar la calidad de los servicios y la seguridad de los pacientes. Es decir, el Conacas es un órgano creado por acuerdo del secretario de Salud, para asesorar a la propia

Secretaría en la materia. Además, en la práctica se centró en promover la asociación de los establecimientos de las instituciones participantes a las líneas de acción de Sicalidad (ver Instrucciones 68/2008, 122/2008, 138/2008, 165/2009, 200/2009, 215/2010, 250/2010 y 300/2011). Al ser este un programa institucional (de la Secretaría) se enfrentaron serias dificultades para ser adoptado por otras instituciones, sea porque en su diseño no se consideraron la normatividad y condiciones particulares de estas, o porque alguna de ellas, como el IMSS, ya aplica su propia estrategia.

En el informe de la evaluación se identifican además tres funciones que no estuvieron contempladas en el Acuerdo y que, sin embargo, resultan esenciales para el funcionamiento del Conacas. Estas funciones son:

- a) apoyar a la Secretaría con estudios e investigaciones especializadas;
- b) emitir opiniones y recomendaciones de temas específicos que someta a su consideración la Secretaría;
- c) participar en eventos, consultas públicas, foros, reuniones públicas de información, talleres de educación y formación²² (p. 31).

Los EIC reconocen al Conacas como una instancia que favorece la coordinación de acciones sectoriales para la mejora de la calidad de la atención. Sin embargo, admiten la dificultad para instrumentar los acuerdos de manera homogénea debido a las condiciones y normatividad de cada institución, lo cual propicia que se prioricen acciones diferentes que reflejan la debilidad en la capacidad de rectoría de la Secretaría de Salud. De lo anterior se desprende la necesidad de adecuar las acciones al contexto y la lógica institucionales.

En cuanto al funcionamiento del Conacas, la evaluación reveló un déficit en el número de sesiones ordinarias en el período evaluado; debieron haber sido nueve pero únicamente se realizaron seis. En el periodo comprendido entre 2008 y 2012 se observa un déficit un poco mayor, pues de las 15 sesiones requeridas tan sólo se realizaron nueve.*

Otros aspectos relevantes que afectan el funcionamiento del Conacas es la frecuente rotación de los representantes de las instituciones que asisten a las sesiones, así como la falta de asistencia de su Presidente. En relación con la asistencia, el informe refiere lo siguiente:

* Con información obtenida en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/Conacas.html> el 12 de septiembre de 2013.

El promedio de asistencia para el periodo de análisis fue de 79%. El año en que las sesiones contaron con mayor porcentaje de asistencia fue 2008 (entre 94.1 y 88.2%), mientras que en 2010 se registró el promedio más bajo (entre 64.7 y 76.5%), lo que denota un decremento progresivo en la asistencia, que quizá puede atribuirse a falta de interés²² (p. 37).

En el informe se da cuenta de una importante variabilidad en la asistencia de los representantes a las sesiones, así como de la escasa representación estatal. La información contenida en las actas no permite identificar si los tres representantes fueron invitados y aceptaron, mientras que en las listas se registra la asistencia del representante del Estado de México en cinco de las seis sesiones y una del representante de Guerrero.

En el período analizado el Conacas aprobó 35 acuerdos (un promedio de 11.5 acuerdos por año), diecisiete de ellos durante su primer año de operación. Aun cuando el número de acuerdos es relativamente reducido, la evaluación indica que la información contenida en las actas no permite dar seguimiento al nivel de cumplimiento de 28 de ellos. Esta situación, junto con la necesidad de dar mejor seguimiento a los acuerdos comentada por los EIC, hace suponer que en efecto muchos de los acuerdos de este comité se toman sin que posteriormente haya un seguimiento y verificación de su cumplimiento.²²

Aun cuando una de las funciones primordiales del Conacas es el estudio de las principales causas de inconformidades y quejas en relación con la calidad en la prestación de servicios en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, ninguno de los 35 acuerdos aprobados se relaciona con él.

ii) En relación con los Comités Estatales de Calidad en Salud

Para la evaluación 2011 se solicitaron actas de los Cecas de siete entidades federativas, pero se obtuvo respuesta de cuatro de ellas las cuales presentaron 26 actas. Dichas entidades y el número de actas que presentaron fueron el Estado de México, que presentó un acta; Guanajuato, tres; San Luis Potosí, siete y Sonora, quince.

Aunque el informe indica que las dificultades para obtener las actas y su reducido número impiden generalizar los resultados del análisis, sí es posible construir una imagen global del funcionamiento de los Cecas. Por ejemplo, se observa una asistencia reducida a las sesiones: San Luis Potosí reportó una asistencia promedio de

28.6%; Sonora, 37.4%, y Guanajuato, 46.3%, con un promedio de suplencias muy alto (27.8%).

En general se puede apreciar baja asistencia y muy alta suplencia, lo que puede reflejar la poca importancia que se le da al Cecas en el los estados. Con excepción de la primera sesión de instalación, prácticamente en todas las subsiguientes decrece la presencia de los representantes de las instituciones, quienes por su nivel de responsabilidad delegan en funcionarios menores la representación institucional²² (p. 48).

En promedio se establecieron siete acuerdos por sesión, mientras que en la única acta que entregó el Estado de México se consignaron doce acuerdos.

Por último, el informe destaca la cantidad mínima de acuerdos que especifican su vínculo con el Conacas (uno en Sonora y ninguno en las otras tres entidades federativas) o con los Cocasep. En este caso, sin embargo, se precisa que no puede interpretarse como una desvinculación del contenido de los acuerdos con (...) el Cocasep, ya que muchos de los componentes de calidad percibida, calidad técnica, así como de calidad de la gestión de los servicios de salud e institucionalización de la calidad se relaciona con el ámbito de aplicación de las unidades de atención donde el Cocasep participa en su implantación²² (p. 52).

Conclusiones y brechas

Fundamento legal de la función de calidad

La mejora de la calidad de los servicios de salud es un mandato vigente tanto para la Secretaría de Salud federal como para las entidades federativas, si bien con cierta indeseable variabilidad y algunas excepciones.

Estructura jerárquica y organizacional para la función de calidad

La estructura de apoyo directivo para el impulso a la mejora de la calidad en los servicios de atención primaria de los Sesa, es amplia y está consolidada. La función de calidad es visible en la figura de Responsables Estatales de Calidad incluida en los organigramas de los servicios de salud. Sus principales atribuciones y responsabilidades están definidas, si bien se ubican en diversos niveles jerárquicos y existe una considerable

variabilidad en cuanto a su situación en cada entidad federativa. La situación más común es la de baja jerarquía y dependencia indirecta del titular.

En las entidades federativas se ha promovido también la figura de gestor de calidad, principalmente en hospitales y en jurisdicciones sanitarias, así como la creación de Comités de Calidad y Seguridad del paciente (Cocasep) en los hospitales, jurisdicciones sanitarias y centros de salud de más de cuatro núcleos básicos. Sin embargo, suelen desempeñar múltiples funciones distintas de la gestión para la mejora de la calidad y presentan perfiles y capacidades heterogéneos.

A nivel federal, en años recientes se han hecho cambios importantes en la estructura organizacional para la función de calidad, lo cual ha representado un retroceso que hace pensar en cierta inestabilidad o indefinición relacionada con el lugar jerárquico que debe corresponder a la función de la calidad a nivel central.

No obstante la importancia formal del Conacas y los Cecas, en la práctica se identifican situaciones que limitan su funcionamiento y capacidad para coordinar acciones y dar seguimiento a los acuerdos establecidos durante las sesiones que logran llevarse a cabo.

Desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad

En los Sesa se ha institucionalizado una dinámica centrada en el cumplimiento meramente formal de la información requerida por la DGACS respecto a sus múltiples líneas de acción. Así lo reconocen los propios directivos de esta unidad, quienes afirman que lo más valioso del sistema implementado para registrar los resultados de indicadores sobre diversos aspectos de los servicios (Indicas) es el desarrollo de una cultura del reporte.²³ El desarrollo de una cultura para la mejora de la calidad, sin embargo, es incipiente.

Los responsables estatales de calidad (REC) y los gestores de calidad (GC) dedican una parte importante de su tiempo a apoyar el proceso de acreditación. La mayoría de los GC desempeña otras funciones que corresponden a su designación formal e incluyen desde la dirección de unidades hasta actividades contables, pasando por atención médica y vigilancia epidemiológica. Esta situación propicia la dispersión y resta efectividad a su desempeño como gestores de calidad. En la evaluación 2010 se consideró el desempeño de los GC como bajo.

Las evaluaciones realizadas revelan problemas de coordinación de los REC, tanto hacia abajo como hacia arriba. La descoordinación es particularmente relevante entre REC, gestores de calidad jurisdiccionales y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente.

En relación a la DGACS, las últimas evaluaciones manifiestan la necesidad de un replanteamiento en profundidad tanto de la estrategia para mejorar la calidad como del fortalecimiento de la estructura de responsabilidades y liderazgo para llevarla a cabo.

También se ha mencionado que resulta incorrecto y limitado considerar como criterio de éxito el nivel de participación en las acciones definidas desde el ámbito federal. El criterio de éxito y la movilización de recursos y voluntades –característica principal del liderazgo efectivo– debe reenfocarse hacia la mejora de la calidad que lleve a su vez a la mejora del estado de salud de la población, en línea con las prioridades nacionales de salud.

El Conacas y los Cecas parecen ser instancias formales con capacidad ejecutiva muy limitada. La naturaleza jurídica del Conacas, en tanto órgano concentrado y de carácter consultivo, restringe de manera importante su capacidad para la coordinación sectorial. Ello puede ocurrir también con los Cecas. En el caso del Conacas es notoria la debilidad para hacer difusión e impulsar el cumplimiento sectorial de los acuerdos. Tanto para el Conacas como para los Cecas, circunstancias como la inasistencia de los titulares, el bajo promedio de asistencia y la rotación de sus integrantes indican que no se les brinda la importancia que requiere para coordinar de manera efectiva y dar seguimiento a las estrategias institucionales para la mejora de la calidad.

Por último, parece faltar una coordinación clara que promueva la responsabilidad institucional de cada nivel jerárquico como vigilante del cumplimiento de normas y como creador de valor público por propia iniciativa. Una situación claramente relacionada con acciones específicas, formativas y de otro tipo, que conduzcan al incremento de la capacidad de liderazgo de aquellos que están obligados a ejercerlo.

Referencias

1. Deming WE. Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A., 1989.

2. Juran JM. Juran y el liderazgo para la calidad: un manual para directivos. Madrid: Díaz de Santos, S.A., 1990.
3. Ishikawua K. Guía de control de calidad. E.U.A.: UNIPUB, 1985.
4. Baldrige Performance Excellence Program. 2011 – 2012 Health care criteria for performance excellence [monografía en internet]. Gaithersburg, MD: National Institute of Standards and Technology, United States Department of Commerce, 2010 [consultado 2013 Julio 1]. Disponible en: http://www.nist.gov/baldrige/publications/upload/2011_2012_Health_Care_Criteria.pdf.
5. Bestatén M. Notas técnicas de prevención No. 870. Excelencia empresarial y condiciones de trabajo: el modelo EFQM 2010 [monografía en internet]. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2010 [consultado 2013 junio 22]. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/856a890/870w.pdf>
6. Instituto para el Fomento a la Calidad Total, A. C. Modelo nacional para la competitividad. Micro y pequeñas empresas [monografía en internet]. México: Instituto para el Fomento a la Calidad Total, A. C., 2013 [consultado 2013 mayo 17]. Disponible en: <http://competitividad.org.mx/>
7. Instituto para el Fomento a la Calidad Total, A. C. Modelo nacional para la competitividad. Medianas y grandes empresas [monografía en internet]. México: Instituto para el Fomento a la Calidad Total, A. C., 2013 [consultado 2013 mayo 17]. Disponible en: <http://competitividad.org.mx/>
8. Rovetta, J, Armella R. Los beneficios de implementar sistemas de gestión de la calidad certificados bajo normas ISO 9000 en organizaciones de salud [monografía en internet]. Buenos Aires: Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales privados de la República Argentina, S/A [consultado 2013 mayo 17]. Disponible en : <http://www.raa.com.ar/nota01.html>
9. Saturno PJ. Calidad en salud. En Hernández, M. y Lazcano E. Salud Pública. Teoría y Práctica. México: El Manual Moderno, 2013.
10. Secretaría de Salud. Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México: Secretaría de Salud, 2001.
11. Secretaría de Salud Modelo de gestión de calidad total [monografía en internet]. México: Secretaría de Salud, 2013 [consultado 2013 julio 3]. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/pnc/>
12. Saturno PJ. Estrategias de implantación. Diseño de un plan de actividades para la implantación de un sistema de gestión de la calidad. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 2: Diseño e implantación de programas de gestión de la calidad, Unidad Temática 4. 2ª Ed. Murcia: Universidad de Murcia, 2008.
13. Moore M. Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. México: Paidós, 1998.
14. Moore M, Khagram S. On creating public value. CSRI, Working Paper No. 3, Harvard University Press, 2004.
15. French JRP, Raven B. Bases del poder social. En Cartwright D, Zander A. Dinámica de grupos. Investigación y teoría. México: Trillas, 1971.
16. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud Sicalidad. México: Secretaría de Salud, 2007.
17. Secretaría de Salud. Evaluación Técnico-Financiera de Sicalidad 2008. Informe Final [monografía en internet]. México: Secretaría de Salud, 2009 [consultado 2013 abril 22]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/Sicalidad.html
18. Secretaría de Salud. Evaluación del programa Sicalidad 2010. Informe final [monografía en internet]. México: Secretaría de Salud, 2010 [consultado 2013 abril 22]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/Sicalidad.html
19. Secretaría de Salud. Evaluación Sicalidad 2011. Informe Final [monografía en internet]. México: Secretaría de Salud, 2011 [consultado 2013 abril 17]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/Sicalidad.html
20. Secretaría de Salud. Evaluación externa Sicalidad 2012. Informe [monografía en internet]. México: Secretaría de Salud, 2012 [consultado 2013 mayo 7]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/Sicalidad.html
21. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011. México: Secretaría de Salud- Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2012.
22. Córdova JA. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2007.
23. Secretaría de Salud. La calidad de la atención en México a través de sus instituciones. 12 años de experiencia. México: Secretaría de Salud, 2013.

Componente 2. Sistema de información

Estrategia de mejora de la calidad basada en la información: diseño o rediseño de sistemas de información capaces de medir cambios en proceso y resultados, útiles y utilizados para la gestión de la calidad

Introducción

La información es un elemento fundamental para la toma de decisiones en los procesos de planeación, operación y evaluación de los programas y políticas de salud. También es un componente fundamental en la evaluación de la calidad de los servicios de salud. Los sistemas de información rutinarios en salud, como el *Sistema Nacional de Indicadores de Calidad* (Indicas), son insumos y herramientas para la toma de decisiones que deben propiciar mayor efectividad de los programas de salud en cuanto permiten el monitoreo continuo y la evaluación de resultados. Este monitoreo e integración se incorporan en una de las estrategias para la mejora de la calidad de los programas de atención en salud.^{1,2}

El Indicas, implementado desde 2003, es el sistema de información rutinario que sirvió tanto a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como al Sistema Integral de Calidad en Salud (SICalidad), integrado en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). Se trata de una herramienta de carácter gerencial para el registro y vigilancia de la calidad de los servicios y la seguridad del paciente en las unidades de atención médica. La función principal del Indicas es monitorear las acciones reportadas por las unidades de atención en todo el sector salud. La información es recabada cada cuatrimestre a través del software Indicas II y enviada en forma electrónica mediante el sistema Indicas Web. Las bases de datos del Indicas se alimentan con información derivada de encuestas, expedientes clínicos, notas de enfermería y registros de la unidad de atención médica. Esta información también se utiliza para generar indicadores de seguimiento y comparabilidad sobre calidad técnica, calidad percibida y calidad de la gestión.

El programa Sicalidad fue objeto de varias evaluaciones en el periodo 2008 a 2012, pero no hubo una evaluación específica sobre el sistema de información. Sin embargo, estas evaluaciones recomendaron hacer un seguimiento sistemático cercano y oportuno de los indicadores definidos por el programa, avanzar en la integración de un sistema de información único y reducir las irregularidades, la fragmentación y la parcialidad en los flujos de información.

Este reporte tiene el objetivo de presentar un diagnóstico del Indicas, de sus flujos de recolección y análisis de datos, responsabilidades y utilización de la información con miras a establecer los puntos que se requiera reforzar para cumplir con la vigilancia de los indicadores de calidad y ejercer así la función de calidad en la estructura del sistema de salud mexicano. La existencia de otros sistemas de indicadores para el monitoreo de la calidad en el sistema público correspondientes a programas como *Oportunidades*, Seguro Popular, y el Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención se considera una disfuncionalidad, por lo que esos programas serán tratados de manera tangencial.

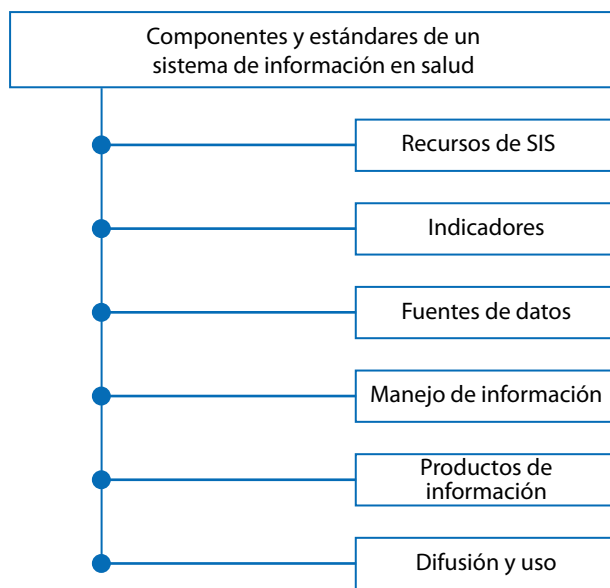
Metodología de análisis

Marco de referencia y estándares para los sistemas nacionales de información en salud de la Red de la Métrica en Salud

En la comunidad internacional hay un creciente interés por el desarrollo de los sistemas de información en salud (SIS) y en los procesos para mejorar su desempeño y producir información más precisa, completa y oportuna. Con este fin, en 2005 se creó en la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Red de la Métrica de la

Salud (HMN por sus siglas en inglés), la cual funciona como una asociación global dedicada al fortalecimiento de los SIS. La HMN ha desarrollado un marco de referencia¹ en el que se definen los estándares confiables para SIS, así como un conjunto de herramientas y lineamientos para su diagnóstico y para el desarrollo de planes orientados a su fortalecimiento. El marco de referencia define los componentes de los SIS (figura 2.1). Estos son: 1) recursos; 2) indicadores; 3) fuentes de datos; 4) manejo y procesamiento de datos; 5) productos de información; 6) disseminación, y uso de la información. Así pues, para contar con buena información con cobertura, calidad, oportunidad y confiabilidad, el Indicas requiere de características específicas agrupadas en estos seis componentes que culminan con la utilización de la información en la toma de decisiones para la gestión de la calidad.

1) *Recursos*: los recursos del sistema de información en salud incluyen infraestructura, recursos humanos y financieros para su desarrollo y operación, así como coordinación y liderazgo que incluyan la conformación de comités intersectoriales y la vinculación con las políticas nacionales y políticas internacionales. Es



Fuente: Marco de referencia y estándares para los sistemas nacionales de Información en Salud de Health Metrics Network (HMN-OMS).

Figura 2.1. Componentes y estándares de un sistema de información en salud

necesario contar con un marco normativo y regulatorio para dar sustento legal a la operación del sistema.

2) *Indicadores*: el sistema ha de contar en primer lugar con buenos indicadores. El esquema más elemental⁴ para analizar si los indicadores cumplen los requisitos exigibles es considerar su:

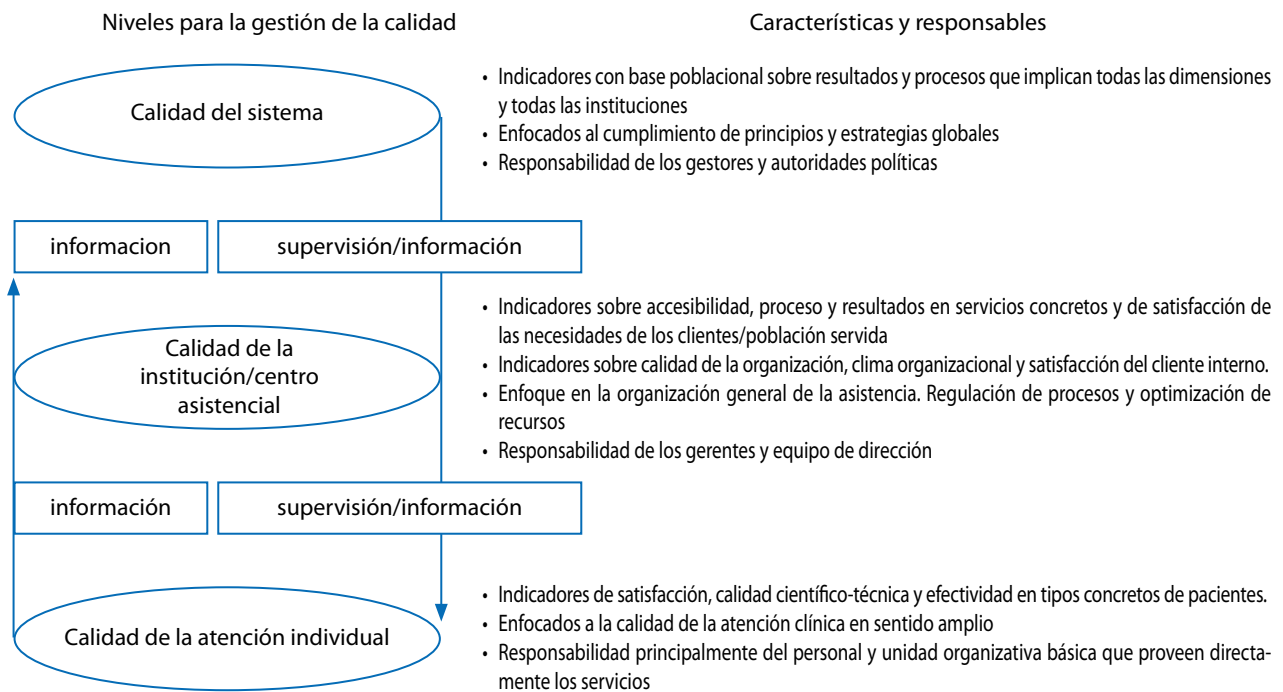
- *Validez*: ¿miden lo que se quiere y tiene qué medir?
- *Fiabilidad*: ¿serán medidos e interpretados de la misma forma por diversos evaluadores?
- *Adecuación/utilidad*: ¿sirven para los propósitos a los que se espera contribuya su medición?

Esta última característica implica un esquema jerarquizado de indicadores, de especial relevancia en los sistemas de gestión de la calidad que deben considerar la existencia de diversos niveles de responsabilidad y posibilidades de actuación para la mejora según los niveles existentes en el esquema también jerárquico del sistema. La información debe ser utilizada para la toma de decisiones y para realizar actividades de mejora en el nivel que corresponda. La figura 2.2 presenta un esquema que refleja la necesaria jerarquización del sistema de indicadores.

Hay otras consideraciones relevantes como la factibilidad de medición, pero las tres características mencionadas son las primeras a considerar. Todas ellas deben comprobarse empíricamente antes de adoptar unos determinados indicadores. También se puede hacer una valoración subjetiva o cualitativa para detectar fallos evidentes en cualquiera de las tres características esenciales mencionadas.

En definitiva, un buen sistema de información para la calidad debe considerar un conjunto de indicadores válidos, con metas claras, que reflejen de manera objetiva el desempeño de los programas que pretende evaluar en términos de su confiabilidad y utilidad para el control y mejora continua de la calidad. Además, los indicadores deben concordar con las prioridades nacionales y deben estar armonizados en el contexto global para permitir la comparación internacional.

3) *Fuentes de datos*: Las fuentes del sistema de información en salud pueden ser agrupadas en dos grandes categorías: las poblacionales y las institucionales. Las fuentes poblacionales miden los eventos que se generan en todas las personas o tienen una representatividad de la población. Las me-



Fuente: Saturno PJ: Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 4: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad Temática 19. 1ª Ed. Universidad de Murcia, 2008.^{3,4}

Figura 2.2. Indicadores por niveles para la gestión de la calidad. Características y responsables

diciones se hacen mediante procesos de selección muestral apropiados incluyendo censos, estadísticas vitales y encuestas poblacionales. Las fuentes de datos institucionales incluyen registros de servicios otorgados, registros de recursos, historias clínicas o expedientes clínicos electrónicos, encuestas a población atendida y métodos de observación directa del servicio. Cada tipo de indicador se diseña para ser medido de preferencia con base en una determinada fuente de datos.

4) *Manejo de la información*: engloba todos los aspectos ligados a la gestión de los datos incluyendo recolección sistemática de información y estandarización de formatos, almacenamiento adecuado y accesibilidad de datos a mediano y largo plazo, control de calidad y el flujo. Es importante evaluar la adecuación de los datos de origen, las técnicas estadísticas y los métodos de estimación utilizados para generar los indicadores. Ello facilitará su validación (precisión, oportunidad, exhaustividad, confiabilidad, periodicidad, coherencia, desagregación

y confidencialidad, seguridad y accesibilidad de los datos). En el procesamiento se realiza la integración de los datos, la revisión y limpieza de las bases y la compilación y almacenamiento en repositorios que faciliten el análisis.

5) *Productos de la información*: Si bien es primordial contar con datos de buena calidad, también es necesario transformar los datos en información útil. En ese momento la información se convierte en evidencia que puede ser utilizada por tomadores de decisiones. Esa síntesis de evidencias adquiere aún más fuerza cuando se formula para ser difundida de manera tal que contribuya a modificar o a aclarar la percepción de los problemas que se pretende conocer. En eso consiste el proceso de transformar la evidencia en conocimiento y ese proceso, al aplicarse, puede dar lugar a decisiones que afecten directamente a la mejora de la calidad y en última instancia a la salud de la población. Es necesario que el sistema de información pueda monitorear los cambios en calidad y salud, midiendo los cambios en los indicadores. Así

es como se percibe la promoción de una cultura en la que el proceso de toma de decisiones es iterativo y se basa en la evidencia aportada por un sistema de información adecuado (figura 2.3).

6) *Difusión y uso*: La información puede utilizarse a distintos niveles del sistema de salud para fines diversos (prestación de los servicios, gestionar el sistema, planeación, sensibilización y formulación de políticas). Lo importante en cualquier caso, incluyendo la gestión de la calidad, es vincular la producción y la utilización de los datos ya que existe una relación dinámica entre la demanda, la oferta y la calidad de la información. De esta manera se puede desarrollar una cultura que promueva la demanda y el uso de información con acciones concretas tales como asignación de presupuesto, planeación de recursos, gestión cotidiana de cuyo desempeño responden los responsables de programas, etcétera. En el caso concreto de la gestión de la calidad, el monitoreo de indicadores es principalmente una actividad de control de cambios e identificación de problemas sobre los que hay que realizar acciones de mejora.

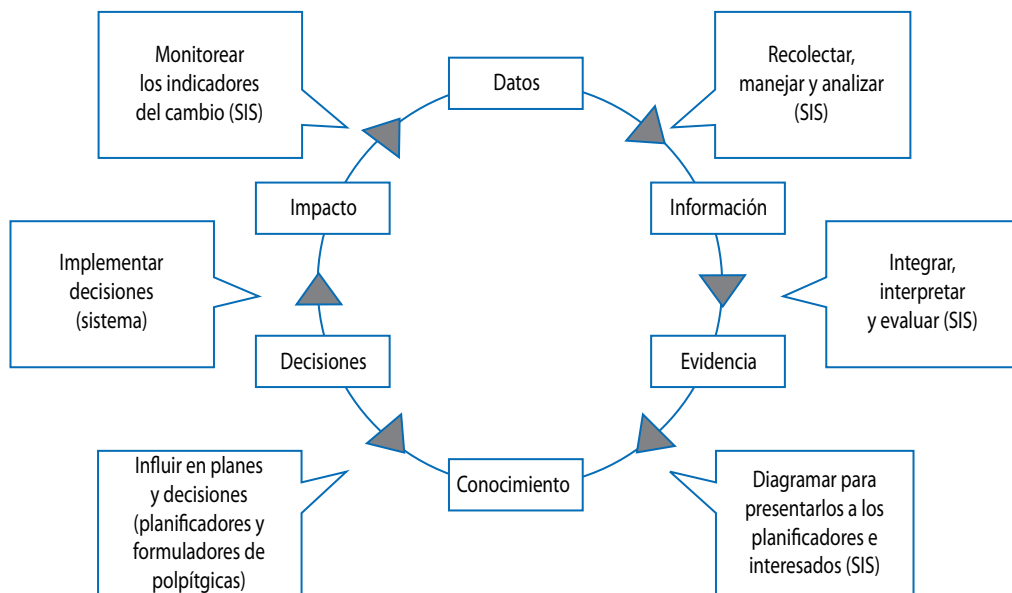
Fuentes de información analizadas

Se hizo una evaluación documental del Sistema de Indicadores de Calidad a través de una búsqueda sistemática de bibliografía realizada por dos bibliotecólogas y de documentos sugeridos por expertos del grupo de trabajo de la evaluación de Sicalidad. También se utilizaron documentos publicados por el programa Sicalidad e Indicas en su página en internet,⁵ resultados de evaluaciones previas del programa Sicalidad e Indicas y el resumen de indicadores con sus resultados publicados a través del sistema Indicas web en línea.⁶

Métodos empleados para resumir la información

Se elaboraron fichas resúmenes de la bibliografía recabada. La revisión fue realizada por cuatro expertos en sistemas de información en salud con el fin de sistematizar la información obtenida sobre Indicas.

Los criterios de búsqueda específicos fueron la información mencionada en cada documento sobre el Sistema Nacional de indicadores Indicas, organizada en



Fuente: Marco de referencia y estándares para los sistemas nacionales de Información en Salud de Health Metrics Network (HMN-OMS).

Figura 2.3. Flujo de la información en salud

los seis componentes del marco conceptual: 1) recursos; 2) indicadores; 3) fuentes de datos; 4) manejo y procesamiento de datos; 5) productos de información; 6) disseminación y uso de la información.

Recursos: se analizó la estructura organizacional del Indicas, los establecimientos que reportan y la normatividad que da sustento al sistema, entre ellos la NOM-035-SSA3 en materia de información en salud.⁷

Indicadores: se revisó si existe un listado mínimo de indicadores con metas claras que reflejen de manera objetiva el desempeño del programa Sicalidad, con ciertas características:

Cobertura: que reporten todas las entidades federativas, instituciones del sector salud y sus unidades

Oportunidad: que sean reportados en los tiempos estipulados, con *calidad* en términos de la *veracidad* de la información

Validez: que midan calidad de los servicios que pretenden medir y si se basan o no en evidencia

Fiabilidad: si la información ha sido o no empíricamente comprobada, y si hay indicios claros de ambigüedad de los términos que describen el indicador

Utilidad: para identificar problemas de calidad y controlar los cambios que concuerden con las prioridades nacionales y se reflejen en los planes de desarrollo del sistema de indicadores estadísticos nacionales.

También se revisó si estos indicadores se generan por nivel de responsabilidad (local, estatal, federal) y si se distingue qué indicadores son útiles para gestionar mejoras en cada uno de los niveles: calidad de la atención individual, institucional, y del sistema.

Fuente de datos: se revisaron las posibles fuentes de información que utiliza el Indicas, además de la recabada por el programa de cómputo de Indicas para la medición de los indicadores del Sicalidad. El análisis de los formatos utilizados y los procesos de muestreo para la obtención de la información con representatividad también aportan información sobre los niveles de confiabilidad y validez de los indicadores que se miden.

Manejo de la información: se revisó el demo del programa de captura del Indicas, los resultados del sistema Indicas web, los flujos de transmisión de datos en el sistema y el almacenamiento de los datos para analizar aspectos de precisión, oportunidad, ex-

haustividad, confiabilidad, periodicidad, coherencia y desagregación, así como la confidencialidad, seguridad y accesibilidad de los datos. También se revisó el planteamiento y descripción de los indicadores y las técnicas para su generación.

Productos de la información: se revisaron los resultados sobre los indicadores de Sicalidad publicados en boletines, informes y documentos, entre otros. También se revisó si los resultados se analizan en combinación con otras fuentes y si el programa se evalúa con relación a los problemas a que se enfrentan los sistemas de salud. Este apartado es analizado de forma más exhaustiva e independiente en la segunda parte de este documento, donde se comparan los resultados del Indicas con los que se obtienen a partir de otras fuentes (anexo 2.A).

Difusión y uso: se revisó la evidencia del uso de la información en el nivel local, estatal y federal para gestionar el sistema, formular políticas, vincular los datos con la asignación de presupuesto, promover la planeación basada en indicadores a corto o mediano plazo o, al menos, la utilización de la información con la gestión cotidiana del desempeño.

Resultados de los análisis

Recursos

El Indicas responde a un marco teórico adecuado y ha desarrollado una red de recolección de datos considerable, incluyendo soporte electrónico en muchos casos, aunque con un nivel de implementación desigual. La gran mayoría de los datos se reportan desde unidades de la Secretaría de Salud (SSa), aunque hay diferencias entre entidades federativas y no hay evidencia en cuanto a la formación para una adecuada recolección y manejo de la información por parte del personal que se encarga de hacerlo. En general, la traducción del marco teórico a la práctica es notoriamente deficiente, como podrá apreciarse en los diversos apartados de este análisis diagnóstico.

Marco teórico y normativo del Indicas

El Sistema Nacional de Indicadores (Indicas) da soporte al Sistema Integral de Calidad (Sicalidad), ubicado en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), de la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud (SSa) de México. Se creó en 2001

en el marco del programa de la *Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de Salud 2001-2006* y a partir de 2007 se desarrolla en el programa del Sistema Integral de Calidad en Salud.⁸ Está definido como una herramienta que permite registrar y monitorear los indicadores de calidad en las unidades médicas, así como dar seguimiento a través de cada unidad en el tiempo y ofrecer comparabilidad entre unidades de salud y agregaciones por niveles. Así, el Indicas ayuda a cumplir el objetivo de los proyectos de Sicalidad, es decir, implantar un sistema integral de calidad en salud, que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad.⁹

Los objetivos específicos de Sicalidad se enfocan en:

- a) Garantizar la calidad técnica y seguridad del paciente, mediante la mejora continua en la atención, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería.
- b) Calidad percibida por los usuarios. Considerar las expectativas y la voz de los ciudadanos y desarrollar acciones destinadas a mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios de salud.
- c) Calidad en la gestión de los servicios de salud. Conducir, bajo la rectoría de la SSA, transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad.

Las acciones de Sicalidad también están destinadas a prevenir y reducir la infección nosocomial, proporcionar calidad en la atención materna, contar con un expediente clínico integrado y de calidad, desarrollar unidades de cuidados paliativos para los pacientes en situación terminal y mejorar la atención y resolución de los servicios de urgencias.¹⁰

Desde mayo de 2013 el sistema Indicas está vinculado al Observatorio de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (Ocasep) con el fin de integrar evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión de servicios de salud. Tiene los siguientes objetivos:

- i) Incorporar a las instituciones del sector salud al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas).
- ii) Fomentar el registro de la información al sistema de forma consistente y completa.

iii) Hacer del Indicas un instrumento de apoyo en la toma de decisiones para mejora de los servicios de salud dentro de cada unidad médica.

iv) Hacer uso y análisis de la información obtenida del sistema, así como retroalimentación por parte del sistema.⁵

El Indicas se reglamenta a partir del Plan de Acción Específico 2007-2012¹⁰ del Sistema Integral de Calidad en Salud Sicalidad y la Norma 035 en Materia de Información en Salud (NOM-035-SSa3- 2012).⁷ Esta Norma establece los criterios y procedimientos que se deben de seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la información, así como los establecimientos e instituciones obligadas a reportar.²

Recursos humanos para el Indicas

En términos de recursos humanos en las unidades de atención, al menos en los Sesa el Indicas cuenta con gestores de calidad, los cuales son generalmente médicos, enfermeras o trabajadores sociales. La mayoría de ellos concentran y hacen el seguimiento del Indicas y comunican la información al Gestor de Calidad en las Jurisdicciones y después al Responsable Estatal de Calidad. Por lo general esa información se transmite de manera fragmentada e incompleta.¹¹

No hay evidencia de que este personal tenga capacitación suficiente para asegurar la calidad de la recolección de datos. Se han realizado algo más de 70 capacitaciones desde el inicio del sistema sobre la operación de este sistema. En 2013 se hicieron tres (Puebla, Hidalgo y Morelos). La capacitación tiene una duración de seis horas un solo día. Por otra parte, en la página de internet del Indicas hay una sección de "Autocapacitación"* que contiene cinco apartados: "Sistema Indicas en Sicalidad", "Indicas como Ciclo de Mejora", "Acciones de mejora y documentación de las mismas", "Estructura de Indicadores", e "Indicadores de Enfermería". En estos apartados hay información y herramientas que aclaran algunas cuestiones sobre el sistema de recolección de datos. Sin embargo dos de ellos, los relativos a la mejora, al parecer no son utilizados ya que no hay reportes

* Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud. Indicas. Herramientas de autocapacitación. http://dgces.salud.gob.mx/Indicas/doctor/estructura_indicadores.pdf (consultado en julio de 2013)

consolidados sobre ciclos de mejora a pesar de haber formatos para documentarlos (ver más adelante).

Tampoco resulta claro quiénes son los encargados o cuál es el mecanismo, si hay alguno, para asegurar de la calidad de los datos. Los cuadernillos de recolección requieren la validación del responsable del establecimiento de salud y del supervisor jurisdiccional (anexo 2.B) y, por otra parte, en los indicadores de calidad percibida se contrastan los resultados por los avales ciudadanos. Además falta una vinculación automatizada para validar los datos institucionales y los de avales ciudadanos para este tipo de indicadores de calidad percibida.

La información reportada se consolida cuatrimestralmente a nivel central y se hace accesible en la página electrónica del sistema* alojada en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud.

En el primer cuatrimestre de 2013 (último sobre el que hay datos en el momento de elaborar este informe) reportaron al Indicas 10 842 unidades, pertenecientes en su mayoría a la SSa (86 por ciento). Las demás unidades pertenecen a otras instituciones tales como el ISSSTE (233 unidades, 2.1%); IMSS (113 unidades, 1.0%); IMSS oportunidades (1026 unidades, 9.5%); Pemex (10 unidades, 0.1%); Fuerzas Armadas (20 unidades, 0.2%); gobierno del estado (104 unidades, 1.0%); universidades (2), privados (8) y otros (2 unidades). Hay cierta variabilidad entre entidades federativas, puesto que en tres de ellas (Chihuahua, Durango y San Luis Potosí) la mayoría de las unidades que reportan no pertenecen a la SSa. De hecho, en estas tres entidades las unidades de la SSa representan la mitad o menos del total de unidades que reportan, esta situación general se ha mantenido en los últimos años, como puede apreciarse en el cuadro 2.1.

Otro dato relevante es que la implementación del Indicas en unidades de los Servicios Estatales de Salud es mayoritaria en relación al total de unidades que reportan y se aprecia un incremento relativo en años recientes. Sin embargo, esa implementación alcanza tan sólo cerca de 50% de todas las unidades existentes según datos del Sinais referentes a 2013, mientras que la meta en el plan de acción para 2007 era 98 por ciento.¹⁰

* Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud [página electrónica del sistema Indicas]. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/IndicasII/index.php>

Indicadores

El análisis de los indicadores que integran el Indicas evidencia problemas en todos los aspectos primarios considerados: validez, fiabilidad y utilidad.

El sistema utiliza una estructura y terminología peculiar que distingue tres niveles de agregación para la descripción de los indicadores. Sin embargo ello no implica que sea un sistema jerarquizado ni que cada nivel tenga que controlar y responder con mejoras a sus indicadores específicos según su nivel de responsabilidad respectivo, lo cual le resta utilidad. Casi todos los indicadores son los mismos para cualquier nivel del sistema de salud, con la única distinción de primer y segundo nivel de atención en algunos de ellos.

No hay referencia alguna al nivel de evidencia científica para apoyar la validez de los indicadores. Además, para la agregación de los datos se utiliza un sistema de ponderación arbitrario sin que se explique su lógica. El mecanismo de priorización de los temas y aspectos a medir no es claro y se evidencia, por ejemplo, una ausencia de indicadores de prevención y promoción de la salud. No se incluyen tampoco indicadores de resultado en ninguno de los niveles del sistema (a excepción del nivel tensional y de glucemia como parte de los indicadores compuestos sobre atención al paciente hipertenso y diabético respectivamente). Más aún, existen deficiencias en la descripción de los indicadores y del proceso que se miden (la documentación antecedente de los cuadernillos de recolección de datos actuales data de 2002, durante la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud), denominado Lineamientos operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad (primer y segundo nivel de atención). En estos cuadernillos solo se definen índices e indicadores, lo cual genera problemas de interpretabilidad y por tanto de fiabilidad en las mediciones. A continuación se presenta el análisis detallado que da origen a estas conclusiones

Problemas de validez

La validez del sistema de indicadores que utiliza Indicas puede ser cuestionada desde tres aspectos: i) lógica y representatividad de la forma de agregar los datos en relación a la calidad del servicio; ii) selección o representatividad de los aspectos que se miden en relación a la calidad de los servicios que deben representar; y iii) grado de evidencia científica en que se basan. Para

Cuadro 2.1. Unidades que reportan datos a Indicas (% sobre total unidades que reportan)

Estados	2009			2010			2011			2012			2013		
	3er Cuatr.	2º Cuatr.	1er Cuatr.	3er Cuatr.	2º Cuatr.	1er Cuatr.	3er Cuatr.	2º Cuatr.	1er Cuatr.	3er Cuatr.	2º Cuatr.	1er Cuatr.	3er Cuatr.	2º Cuatr.	1er Cuatr.
Aguascalientes	86(96.6)	93(93.9)	87(87.8)	89(89.0)	89(89.9)	89(89.9)	93(91.2)	95(91.3)	95(89.6)	94(91.2)	95(89.6)	94(91.2)	96(87.2)	98(84.4)	113(86.9)
Baja California	63(85.1)	81(85.2)	102(87.9)	89(86.4)	88(88.0)	104(98.1)	103(90.4)	98(85.9)	100(86.9)	98(84.4)	100(86.9)	98(84.4)	113(86.9)	98(84.4)	113(86.9)
Baja California Sur	37(100)	33(89.1)	41(93.1)	27(93.1)	40(93.0)	27(93.1)	29(90.6)	43(93.4)	45(93.7)	43(93.4)	45(93.7)	43(93.4)	34(94.4)	43(93.4)	34(94.4)
Campeche	57(60.6)	99(72.2)	90(69.7)	101(73.1)	106(73.6)	106(74.1)	109(77.3)	91(86.6)	108(97.2)	104(98.1)	108(97.2)	104(98.1)	112(97.3)	104(98.1)	112(97.3)
Coahuila de Zaragoza	63(58.3)	102(69.3)	121(74.6)	111(72.5)	123(74.5)	125(74.8)	124(76.1)	122(74.3)	136(97.8)	100(72.4)	136(97.8)	100(72.4)	124(75.1)	100(72.4)	124(75.1)
Colima	83(100)	109(100)	91(98.9)	96(100)	119(99.1)	118(99.1)	121(99.2)	123(99.1)	122(99.1)	124(99.2)	122(99.1)	124(99.2)	117(99.1)	124(99.2)	117(99.1)
Chiapas	252(97.7)	175(96.6)	284(96.8)	216(96.8)	260(93.2)	305(98.0)	281(97.9)	240(97.1)	330(98.8)	320(97.8)	330(98.8)	320(97.8)	290(98.6)	320(97.8)	290(98.6)
Chihuahua	178(55.9)	173(67.3)	170(53.7)	167(56.0)	159(49.6)	154(47.2)	157(48.6)	163(48.5)	160(48.6)	157(48.1)	160(48.6)	157(48.1)	149(46.2)	157(48.1)	149(46.2)
Distrito Federal	135(80.4)	134(68.3)	139(69.1)	132(70.2)	156(48.7)	164(73.5)	163(71.5)	168(73.6)	166(71.9)	170(75.9)	166(71.9)	170(75.9)	172(75.4)	166(71.9)	172(75.4)
Durango	139(46.0)	186(62.0)	208(54.7)	213(55.6)	208(56.6)	174(50.1)	196(53.4)	201(53.8)	211(55.2)	203(54.0)	211(55.2)	203(54.0)	192(52.6)	203(54.0)	192(52.6)
Guanajuato	393(93.1)	434(90.6)	471(90.5)	457(91.7)	472(92.1)	473(93.2)	476(92.2)	503(92.4)	505(90.8)	484(91.6)	505(90.8)	484(91.6)	518(91.0)	484(91.6)	518(91.0)
Guerrero	458(100)	552(98.7)	509(99.0)	370(98.6)	553(99.1)	584(98.9)	519(100)	663(99.2)	661(99.5)	673(99.6)	661(99.5)	673(99.6)	702(99.3)	673(99.6)	702(99.3)
Hidalgo	137(83.0)	250(85.0)	305(83.3)	317(85.4)	413(87.8)	415(85.0)	430(85.3)	355(82.9)	424(85.8)	403(84.7)	424(85.8)	403(84.7)	447(85.8)	403(84.7)	447(85.8)
Jalisco	455(99.7)	411(99.5)	421(98.1)	425(99.0)	458(98.8)	499(99.2)	471(99.4)	482(99.4)	495(99.4)	395(99.5)	495(99.4)	395(99.5)	455(99.4)	395(99.5)	455(99.4)
México	432(97.9)	567(98.9)	657(98.9)	736(99.7)	950(86.4)	949(98.2)	958(97.2)	1001(94.0)	1041(93.2)	1069(93.2)	1041(93.2)	1069(93.2)	1108(93.3)	1069(93.2)	1108(93.3)
Michoacán	304(92.9)	276(90.7)	316(91.3)	241(88.6)	243(87.9)	292(89.3)	287(88.0)	271(87.4)	337(91.2)	339(90.6)	337(91.2)	339(90.6)	362(91.4)	339(90.6)	362(91.4)
Morelos	206(88.0)	213(89.1)	214(86.9)	211(88.6)	219(55.9)	215(87.5)	217(87.1)	217(87.1)	213(86.3)	216(86.4)	213(86.3)	216(86.4)	207(87.7)	216(86.4)	207(87.7)
Nayarit	148(91.9)	134(60.0)	150(72.1)	131(85.0)	103(99.6)	145(63.6)	175(62.1)	164(64.0)	142(64.0)	147(86.5)	142(64.0)	147(86.5)	145(63.9)	147(86.5)	145(63.9)
Nuevo León	215(97.7)	279(99.6)	210(99.5)	253(99.2)	265(95.8)	238(99.1)	253(99.6)	266(98.2)	274(99.3)	241(99.6)	274(99.3)	241(99.6)	284(99.3)	241(99.6)	284(99.3)
Oaxaca	340(91.4)	328(95.0)	387(95.5)	447(95.1)	463(89.2)	512(96.4)	440(96.9)	536(96.9)	501(97.5)	546(98.6)	501(97.5)	546(98.6)	595(98.2)	546(98.6)	595(98.2)
Puebla	402(76.5)	430(84.8)	503(80.9)	475(83.6)	554(99.4)	553(87.2)	530(88.0)	531(87.6)	519(84.8)	491(84.8)	519(84.8)	491(84.8)	550(85.5)	491(84.8)	550(85.5)
Querétaro	40(97.5)	162(99.3)	185(99.4)	188(99.4)	190(99.3)	141(99.3)	180(99.4)	190(99.4)	195(99.5)	187(99.5)	195(99.5)	187(99.5)	184(99.5)	187(99.5)	184(99.5)
Quintana Roo	120(97.5)	151(98.6)	143(97.2)	123(97.6)	146(44.6)	105(98.1)	95(99.0)	166(98.2)	179(99.0)	187(98.9)	179(99.0)	187(98.9)	182(99.5)	187(98.9)	182(99.5)
San Luis Potosí	191(44.3)	200(43.1)	204(43.4)	147(35.7)	211(62.6)	208(43.7)	211(44.6)	215(44.6)	222(45.4)	225(47.3)	222(45.4)	225(47.3)	225(47.2)	225(47.3)	225(47.2)
Sinaloa	187(95.4)	191(67.7)	173(66.2)	150(75.0)	193(99.3)	224(70.2)	225(78.1)	224(81.4)	233(83.8)	193(80.1)	233(83.8)	193(80.1)	224(81.8)	233(83.8)	224(81.8)
Sonora	101(100)	102(96.2)	114(97.4)	69(97.1)	148(97.6)	151(97.4)	174(97.8)	184(98.4)	187(97.5)	180(98.9)	187(97.5)	180(98.9)	172(98.3)	187(97.5)	172(98.3)
Tabasco	397(99.3)	398(98.7)	360(98.6)	411(96.9)	328(77.9)	395(98.7)	446(98.7)	436(98.8)	399(99.3)	323(99.1)	399(99.3)	323(99.1)	311(99.0)	399(99.3)	311(99.0)
Tamaulipas	79(98.7)	70(89.7)	86(70.8)	98(81.6)	92(96.8)	129(86.0)	154(88.6)	173(88.7)	158(86.3)	181(88.7)	158(86.3)	181(88.7)	188(89.5)	181(88.7)	188(89.5)
Tlaxcala	170(96.6)	182(97.3)	189(97.4)	183(97.3)	186(84.1)	186(96.8)	188(96.9)	189(96.9)	188(96.9)	187(96.9)	188(96.9)	187(96.9)	189(96.9)	188(96.9)	189(96.9)
Veracruz	397(90.0)	457(82.3)	533(84.0)	481(85.7)	461(70.0)	486(82.3)	454(78.5)	515(78.6)	494(78.9)	547(93.8)	494(78.9)	547(93.8)	555(91.7)	547(93.8)	555(91.7)
Yucatán	133(76.0)	143(71.5)	142(86.0)	146(76.0)	147(69.2)	151(72.2)	151(89.9)	146(90.6)	146(78.1)	150(85.7)	146(78.1)	150(85.7)	155(91.7)	146(78.1)	155(91.7)
Zacatecas	148(72.1)	161(68.8)	165(68.1)	165(73.6)	162(84.5)	164(54.5)	166(54.8)	170(42.4)	162(48.1)	166(51.6)	162(48.1)	166(51.6)	167(49.7)	162(48.1)	167(49.7)
Total	6546(85.2)	7276(84.6)	7760(83.9)	7465(85.0)	8305(84.6)	8587(84.4)	8576(84.7)	8941(84.6)	9148(85.0)	8943(86.3)	9148(85.0)	8943(86.3)	9324(86.0)	8943(86.3)	9324(86.0)

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (Indicas). Página web.

entender mejor las características del sistema conviene describir la forma en que se agregan los datos y reflexionar después sobre las otras dos características relacionadas con la validez.

i) Lógica y representatividad de la forma de agregar los datos

El sistema distingue tres niveles de agregación que denomina “índices”, “indicadores” y “variables”. En realidad las “variables” son los indicadores de base o aspectos que se agregan como indicadores compuestos en lo que se llama “indicadores”, que a su vez se agregan en los llamados “índices”. Los “índices” son de tres tipos: "trato digno o calidad percibida", "calidad de la organización", y "calidad técnica o calidad de la atención médica". En todos ellos se distingue entre primer y segundo nivel y en el caso de la “calidad de la organización” se distingue entre primer nivel rural y urbano (entre otras cosas porque, como veremos más adelante, los estándares de calidad son diferentes). Esta estructura está representada en la figura 2.4. De aquí en adelante, para entender lo que hay detrás de cada “índice” e “indicador”, nos centraremos en los del primer nivel aunque la lógica de construcción es semejante para el segundo nivel.

Cada uno de los “índices” agregan y ponderan una serie de “indicadores”:

El índice **“Trato digno en primer nivel”** incluye:

“Satisfacción por la oportunidad en la atención” (ponderación: 15%)

“Satisfacción por la información proporcionada por el médico” (ponderación: 35%)

“Satisfacción por el surtimiento de medicamentos” (ponderación: 20%)

“Satisfacción por el trato recibido” (ponderación: 30%)

El “índice” **Organización de los servicios primer nivel** incluye:

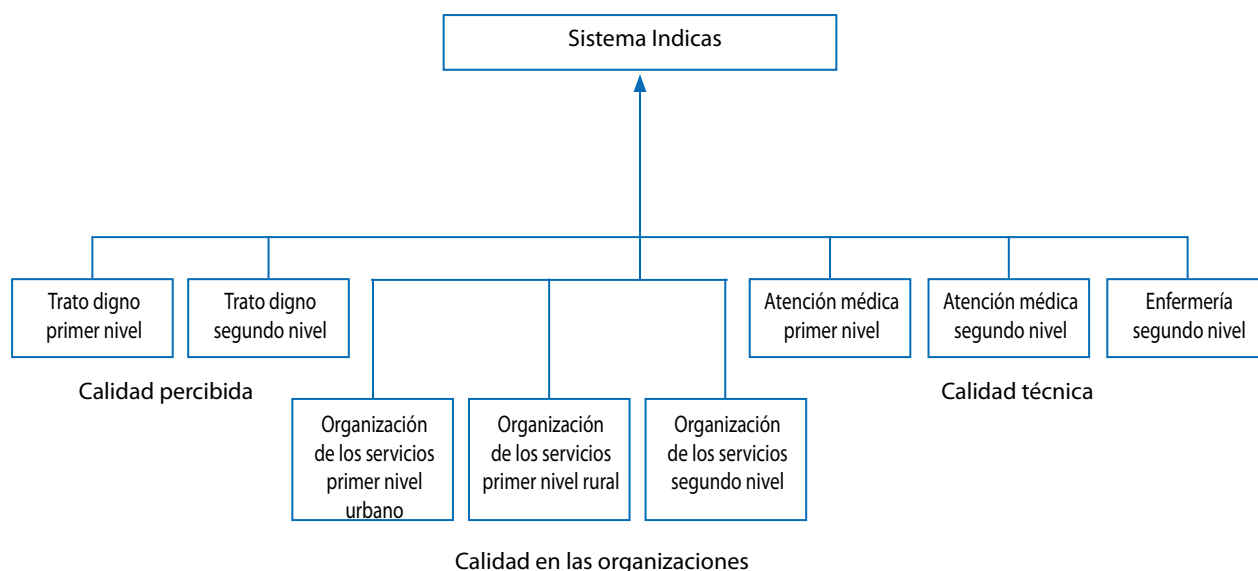
“Tiempo de espera en consulta externa” (ponderación: 15%)

“Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta (ponderación: 25%)

Suministro completo de medicamentos (ponderación: 60%)

La diferencia entre este “índice” en el medio rural y el urbano consiste en una “variable” más y un estándar diferente en el “indicador” “*Tiempo de espera en consulta externa*”, como veremos más adelante.

Finalmente el “índice” **atención médica efectiva del primer nivel**, incluye los “indicadores”:



Fuente: Estructura indicadores. Herramientas de Auto capacitación. Indicas.¹²

Figura 2.4. Estructura actual de los indicadores del Indicas agrupados en “índices”

- Atención prenatal (ponderación: 20%)
- Atención al menor de cinco años con EDA (ponderación: 10%)
- Atención al menor de cinco años con IRA (ponderación: 10%)
- Atención al paciente hipertenso (ponderación: 25%)
- Atención al paciente diabético (ponderación: 35%)

Para completar el esquema, cada uno de estos “Indicadores” se calcula con base en una serie de “variables” (en realidad sub-indicadores o indicadores componentes de estos indicadores compuestos). Estas “variables” también son ponderadas de forma arbitraria o al menos no explicada ni justificada, tal como se refleja en el cuadro 2.2 (en cuatro partes, una para cada “índice”). El

listado debajo de cada “indicador” es lo que se denominan “variables” para calcularlo.

Como puede observarse, son cuestionables tanto la representatividad de las “variables” elegidas bajo cada “índice” como la ponderación arbitraria, la existencia de “variables” que no cuentan para los “indicadores e incluso los estándares que incluyen una discriminación inexplicable entre el tiempo de espera estándar para el medio urbano (30 minutos) y el rural (50 minutos).

ii) Selección o representatividad de los aspectos que se miden en relación a la calidad de los servicios que deben representar.

También es importante considerar hasta qué punto lo que se mide representa adecuadamente la calidad de los

Cuadro 2.2. Estándares y ponderación de “variables” e “indicadores” para el cálculo de los “índices” de calidad en el primer nivel de atención en el sistema Indicas

1. Índice trato digno

Trato digno primer nivel	Satisfacción por la oportunidad en la atención (15)	Satisfacción por la información proporcionada por el médico (35)	Satisfacción por el surtimiento de medicamentos (20)	Satisfacción por el trato recibido (30)
Trato digno segundo nivel	Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera (100)	Porcentaje de usuarios a los que el médico les permitió hablar de su estado de salud (17)	Porcentaje de usuarios satisfechos con la cantidad de medicamentos recibida (100)	Porcentaje de usuarios que consideran bueno el trato recibido en la unidad médica (100)
Organización de los servicios en primer nivel urbano	>=85 >=70 <85 <70	Porcentaje de usuarios a los que el médico les explicó sobre su estado de salud (20)	>=95 >=80 <95 <80	Total de quejas (0)
Organización de los servicios en primer nivel rural	Estándar: 85	Porcentaje de usuarios a los que el médico les explicó sobre el tratamiento a seguir (23)	Estándar: 95	Área del servicio que el personal le dio mal trato (0)
Organización de los servicios de urgencias		Porcentaje de usuarios a los que el médico les explicó sobre los cuidados a seguir (14)		>=90 >=70 <90 <70 Estándar: 90
Atención médica efectiva primer nivel		Porcentaje de usuarios que consideran clara la información que les proporcionó el médico (26)		
Atención médica efectiva en segundo nivel		>=85 >=70 <85 <70		Por índice: >=90 >=70 <90 <70
Enfermería en segundo nivel		Estándar: 85		Estándar: 90

continúa...

servicios de primer nivel. No se entiende muy bien, por ejemplo, que entre todos los servicios a prestar a los niños no exista ninguna medida sobre prevención y promoción de la salud. También llama la atención la poca consistencia de las “variables” elegidas para la atención prenatal y para la atención a padecimientos crónicos en los que, de nuevo, no existe indicador alguno que mida prevención, promoción o incluso continuidad de cuidados. Pueden hacerse reflexiones similares sobre las “variables” e “indicadores” incluidas en el “trato digno” que en teoría deberían servir para identificar problemas a mejorar en la dimensión de atención centrada en el paciente.

iii) Grado de evidencia científica en que se basan los indicadores

El principal argumento para justificar la validez de un indicador es el nivel de evidencia científica existente sobre su relevancia, sobre todo en los indicadores referentes a la calidad de la atención clínica pero también en las demás dimensiones. Se supone que los indicadores del sistema Indicas tienen esta característica pero no hay reflexión ni justificación sobre la fuente que los respalda.

...continuación

2. Índice de la organización de los servicios en primer nivel urbano

Trato digno primer nivel	Tiempo de espera en consulta externa medio urbano (15)	Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta (25)	Surtimiento completo de medicamentos (60)
Trato digno segundo nivel	Tiempo máximo para recibir consulta (0)	Porcentaje de usuarios atendidos entre 0 y 30 minutos (100)	Porcentaje de medicamentos surtidos de manera completa a la primera vez (100)
Organización de los servicios en primer nivel urbano	Tiempo mínimo para recibir consulta (0)	>=80 >=70 <80 <70	Medicamentos no surtidos completos (0)
Organización de los servicios en primer nivel rural	Tiempo promedio para recibir consulta (100)	Estándar: 80	>=95 >=80 <95 <80
Organización de los servicios de urgencias	Porcentaje de usuarios atendidos entre 31 y 40 minutos (0)		Estándar: 95
Atención médica efectiva primer nivel	Porcentaje de usuarios atendidos entre 41 y 50 minutos (0)		
Atención médica efectiva en segundo nivel	Porcentaje de usuarios atendidos entre 51 y 60 minutos (0)		
Enfermería en segundo nivel	Porcentaje de usuarios atendidos en más de 60 minutos (0)		
	>=30 >30		
	Estándar: 30 minutos		

Por índice:
>=90 >=70 <90 <70
Estándar: 90

continúa...

...continuación

3. Índice de atención médica efectiva primer nivel

Trato digno primer nivel	Tiempo de espera en consulta externa medio rural (15)	Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta (25)	Surtimiento completo de medicamentos (60)
Trato digno segundo nivel	Tiempo máximo para recibir consulta (0)	Porcentaje de usuarios atendidos entre 0 y 50 minutos (100)	Porcentaje medicamentos surtidos de manera completa a la primera vez (100)
Organización de los servicios en primer nivel urbano	Tiempo mínimo para recibir consulta (0)	$\geq 80 > 70 < 80 < 70$	Medicamentos no surtidos completos (0)
Organización de los servicios en primer nivel rural	Tiempo promedio para recibir consulta (100)	Estándar: 80	$\geq 95 > 80 < 95 < 80$
Organización de los servicios de urgencias	Porcentaje de usuarios atendidos entre 51 y 60 minutos (0)		Estándar: 95
Atención médica efectiva primer nivel	Porcentaje de usuarios atendidos entre 61 y 70 minutos (0)		
Atención médica efectiva en segundo nivel	Porcentaje de usuarios atendidos en más de 71 minutos (0)		Por índice: $\geq 90 > 70 < 90 < 70$ Estándar: 90
Enfermería en segundo nivel	$\geq 50 > 50$	Estándar: 50 minutos	

continúa...

Problemas de fiabilidad

El proceso de construcción de indicadores debe incluir un pilotaje empírico que demuestre su fiabilidad. Estos indicadores pueden adoptarse y proponerse para uso general sólo después de probar que su descripción e instrucciones para medirlos no tienen problemas de interpretabilidad al ser usados por los diversos tipos de personas que se espera los utilicen. Una de las formas de expresar la fiabilidad de un indicador es observar la concordancia –por ejemplo mediante el cálculo del índice *kappa* en el necesario pilotaje previo– y adjuntar

este valor como una de las características del indicador en los documentos que lo describen.

En ausencia de prueba empírica, una forma de valorar la posible existencia de problemas de fiabilidad por problemas de interpretación es analizar el grado de ambigüedad de los términos que se utilizan en la descripción del indicador.

En el caso de las “variables” e “indicadores” del Indicas no hemos encontrado referencia a la comprobación empírica de su fiabilidad antes de generalizar su uso. En cambio en diversas “variables” cabe al menos la sospecha de que estén sujetas a una interpretación arbitraria al ser

...continuación

4. Índice de atención médica efectiva primer nivel

Trato digno primer nivel	Atención prenatal (20)	Atención al menor de 5 años con EDA (10)	Atención al menor de 5 años con IRA (10)	Atención al paciente hipertenso (25) Porcentaje de expedientes con registro de peso corporal (20)	Atención al paciente diabético (35)
Trato digno segundo nivel	Porcentaje de expedientes con registro de peso en la última nota (20)	Porcentaje de expedientes con registro de evaluación del estado de hidratación (30)	Porcentaje de expedientes con registro de evaluación de la frecuencia respiratoria (30)	Porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial en la última nota (30)	Porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial en la última nota (10)
Organización de los servicios en primer nivel urbano	Porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial en la última nota (20)	Porcentaje de expedientes con registro de indicación de continuar con la alimentación habitual del menor (20)	Porcentaje de expedientes con registro de búsqueda de signos clínicos de infección respiratoria baja (40)	Porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial por debajo de 140/90 mm hg en una nota de los últimos 3 meses (50)	Porcentaje de expedientes con registro de solicitud de Glucemia en los últimos 3 meses (0)
Organización de los servicios en primer nivel rural	Porcentaje de expedientes con registro de foco fetal después de 24 semanas de embarazo (40)	Porcentaje de expedientes con registro de prescripción de un esquema de hidratación (30)	Porcentaje de expedientes con registro de capacitación al cuidador para la identificación de signos de alarma o dificultad respiratoria (30)	>=63 >=60 <63 <60	Porcentaje de expedientes con registro de revisión de pies en los últimos 3 meses (30)
Organización de los servicios de urgencias	Porcentaje de expedientes con registro de EGO en una nota de los últimos 3 meses (20)	Porcentaje de expedientes con registro de orientación al cuidador acerca de los signos de alarma o referencia (20)	>=95 >=90 <95 <90	Estándar: 95	Porcentaje de expedientes con registro de peso corporal (20)
Atención médica efectiva primer nivel	>=95 >=90 <95 <90	>=95 >=85 <95 <85	>=95 >=90 <95 <90	>=69 >=65 <69 <65	Estándar: 95
Atención médica efectiva en segundo nivel	Estándar: 95	Estándar: 95	Estándar: 95	Estándar: 95	Por índice:
Enfermería en segundo nivel		Estándar: 95		>=90 >=70 <90 <70	Estándar: 90

Fuente: Indicas. Herramientas de autocapacitación. Estructura de indicadores (consultado en Julio de 2013) http://dgces.salud.gob.mx/IndicasII/doctos/estructura_indicadores.pdf

medidas. Por ejemplo al medir el “registro de orientación al cuidador acerca de los signos de alarma y referencia” en los niños con enfermedad diarreica aguda (EDA), o el “registro de búsqueda de signos clínicos de infección respiratoria baja” en los niños con infección respiratoria aguda (IRA), se supone que todos los usuarios del sistema Indicas buscan los mismos signos y que además todos siguen el mismo criterio para dar por adecuado el registro (al ser varios signos es posible dar por bueno el registro aunque aparezca sólo uno, o buscarlos todos). Otras veces los problemas provienen de la forma en que están formuladas las preguntas en la encuesta a pacientes. Por ejemplo, la satisfacción con el surtimiento de medicamentos se mide a través del “porcentaje de usuarios que están satisfechos con la cantidad de medicamentos recibidos”, mientras que el tiempo de espera preguntando “hora y minuto” en que

los pacientes llegaron al centro y “hora y minuto” en que fueron atendidos. En general cabe una duda más que razonable sobre la fiabilidad de los indicadores utilizados. No existe un documento técnico suficientemente detallado con la descripción de los indicadores que permita que se puedan estandarizar y calcular de manera exactamente igual en cada uno de los establecimientos.¹⁷

Problemas de utilidad

Los indicadores válidos y fiables son útiles para la gestión de la calidad si son adecuados para que el personal del nivel de responsabilidad para el que están diseñados pueda reaccionar y tomar decisiones para mejorar los problemas que se detecten. Esta concepción jerárquica no está presente en el sistema Indicas. Al parecer todos sus indicado-

res están pensados, desde su origen en el Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, para utilizar sus resultados en términos de dinámicas de mejora en el nivel de la unidad de atención.

Uno de los formatos que deben llenar las unidades, corresponde a las iniciativas de mejora frente a los indicadores problemáticos, pero al parecer estos formatos no se utilizan para este fin a ningún nivel del sistema de salud. Existe la posibilidad de que las jurisdicciones y las entidades federativas analicen la variabilidad en sus unidades correspondientes y reaccionen a ella, al igual que a nivel federal con respecto a la variabilidad entre entidades federativas, pero ello sólo se propone en documentos referenciados como “Herramientas de autocapacitación”.

Fuente de datos

El Sistema Integral de Calidad (Sicalidad), cuenta con varios sistemas de información potenciales, algunos específicos para cada uno de los proyectos de Sicalidad, entre ellos:

1. El Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE)
2. Estímulos a la calidad del desempeño
3. Sistema Nacional de Acreditación
4. Premio Nacional de la Calidad
5. Sistema Nacional de Residencias Médicas
6. Acuerdos de gestión
7. Financiamiento en capacitación
8. Registro de aval ciudadano
9. Sistema Nacional de Administración de la Capacitación
10. Sistema Nacional de Indicadores en Salud (Indicas)

Sin embargo, no existe una integración entre las diversas fuentes de datos y el Indicas opera de forma autónoma e independiente de las demás. A ello hay que añadir que la información e indicadores utilizados en al menos de 25 programas de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud¹³ se miden y evalúan también de forma independiente.

La fuente de datos para los indicadores de calidad consiste en encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios de los servicios, así como expedientes clínicos y registros de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Esta información es capturada en el Indicas,

un programa de cómputo creado en 2002 y que ha evolucionado hasta el programa actual Indicas II (2009).¹⁴ Este programa se instala de forma local en cada establecimiento de salud para capturar la información. El manual de instalación, el manual del usuario y el manual de uso de la página de internet están disponibles en línea.¹⁵ El establecimiento debe registrarse en el sistema Indicas II para recibir un nombre de usuario y una contraseña. La información digitalizada se envía electrónicamente cada cuatro meses a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud a través del programa Indicas Web o de la página de internet de Indicas para el seguimiento de los indicadores.

Las encuestas de satisfacción son aplicadas por el personal que labora en los centros de salud, lo que genera conflicto de intereses.²²

La información de base se recaba mediante formatos específicos para cada “variable” e “indicador”. Los formatos se concentran en el Cuadernillo Indicas 2010 que incluye información sobre la muestra a realizar, así como los formatos de recolección y concentración de datos y los formatos de documentación y seguimiento de acciones de mejora. En el caso de la información para los indicadores del primer nivel de atención se manejan 18 formatos para la recolección y concentración de datos (anexo 2.B) más otros correspondientes a los resultados del aval ciudadano, aunque estos datos no se incluyen en los consolidados de datos del Indicas. En el Indicas tampoco aparece información sobre la documentación y seguimiento de acciones de mejora a pesar de que existe un formato para obtener datos al respecto.

Manejo de la información

El sistema tiene establecido un flujo específico para la información, la cual es recolectada en formatos y papel y posteriormente registrada en un programa de captura, para luego ser enviada y recopilada en el Indicas web, cuenta con soporte electrónico en la mayoría de las unidades de atención y en todos los niveles jerárquicos superiores. Sin embargo un análisis detallado del flujo establecido revela que la realidad es distinta al planteamiento teórico, ya que existen fallas de base importantes en cuanto a las recomendaciones sobre la muestra a utilizar, la calidad de la información recolectada y sobre el contenido de los formatos que incluyen información que no se utiliza, adicionalmente los indicadores y variables utilizan información que no es recogida en estos formatos.

En teoría, una vez capturada en el sistema local del Indicas la información de encuestas a usuarios, expedientes clínicos y registros de unidades de acuerdo con los formatos de recolección, se establece el circuito descrito en la figura 2.5. La información concentrada de cada establecimiento se envía a través del Sistema Web al nivel federal para ser revisada y consolidada con el resto de establecimientos. Ello permite hacer análisis comparativos entre unidades y tendencias históricas por establecimiento, jurisdicción, estatales y nacionales. Esta información está “semaforizada” mediante colores, verde si alcanza el nivel deseado según el estándar establecido o rojo si se desvía negativamente. Sin embargo, de acuerdo con algunas evaluaciones,²⁴ el personal operativo considera que la retroalimentación no es suficiente. Esto genera que el personal no tenga certeza sobre la incidencia de sus reportes en la toma de decisiones en el nivel federal, lo que puede desmotivar al recurso humano en el esfuerzo por mejorar la calidad de la información.

En teoría también, la publicación del monitoreo en la unidad médica permite revisar la información y definir, plantear y evaluar acciones de mejora que posteriormente puedan ser difundidas (figura 2.5). La realidad es que no hay evidencia de que se realice lo correspondiente a la mejora, o al menos no hay información sobre esta parte del circuito. Lo que al parecer ocurre es que los datos se transmiten para que se consoliden a nivel central y se publiquen en la página de internet de Indicas. Sería necesario revisar los sistemas locales de cada entidad federativa y en las unidades para valorar en qué medida se realizan y publican acciones de mejora. Es notorio asimismo que, mientras que el flujograma se refiere a “indicadores”, los formatos e instrucciones de cálculo a nivel de unidad reflejan exclusivamente las llamadas “variables”. Existen otros ejemplos de defectos de base en el diseño tales como el muestreo aconsejado, así como solicitar información que después no se utiliza al tiempo que se utiliza otra información que no consta en los formatos de recolección de datos.

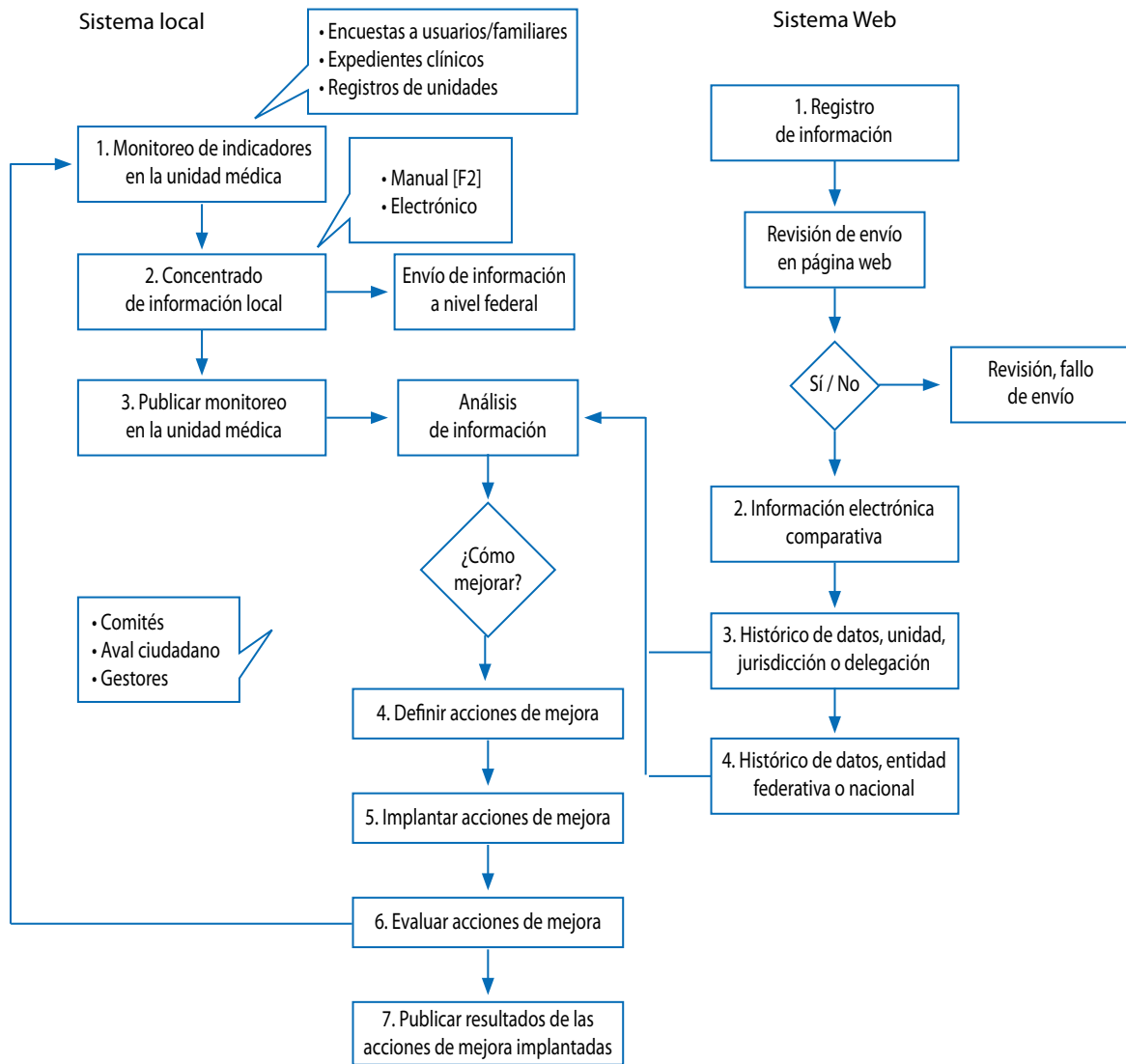
Muestreo aconsejado para recoger la información

En las instrucciones para la recolección de datos se indica que para el monitoreo óptimo de los indicadores se requiere un tamaño de muestra estadísticamente representativo. Sin embargo las instrucciones no mencionan

que la representatividad depende no sólo del número de casos sino fundamentalmente de que los datos sean necesariamente seleccionados de manera aleatoria. Existen otras instrucciones cuestionables sobre el número de casos, tanto en relación al número de encuestas a realizar (para las “variables” que darán con base en los indicadores de trato digno y organización de los servicios) como para los registros clínicos a revisar para los indicadores de Atención Médica Efectiva.

Tabla muestral de encuestas a realizar para los indicadores de trato digno y organización de los servicios en primer nivel. Las instrucciones indican el número de encuestas mensuales según el número de consultas pero no explican la necesidad de que sean aleatorias. También establecen diferencias en cuanto a precisión esperada en el medio urbano y rural, donde es menor, y recomiendan la realización de un número relativamente elevado de encuestas mensuales. Sin embargo, se puede recurrir a métodos de muestreo tales como el LQAS (Lot Quality Acceptance Sampling) que, si se utilizan de manera correcta, permiten identificar problemas a nivel local y realizar agregados representativos a nivel jurisdiccional, estatal y nacional. La tabla muestral aconsejada aparece en el anexo 2.B de este documento.

Tabla muestral para los indicadores de atención médica efectiva en primer nivel. En este caso también se ignora la necesidad de que el muestreo sea aleatorio para que sea representativo, pero además el número de casos que se establece impide extraer conclusiones en la mayoría de las unidades de atención. Se establece la revisión mensual de diez expedientes clínicos por cada Núcleo Básico del establecimiento de salud, de los cuales dos corresponden a atención prenatal, uno a EDA, uno a IRA, cuatro a diabetes y dos a pacientes hipertensos. La selección es sistemática pero no aleatoria y, obviamente, los cálculos de porcentajes de cumplimiento por unidades de atención tienen una confiabilidad mínima en el caso de unidades con un número elevado de unidades básicas. Por ejemplo, en el caso de evaluación de la atención a EDA e IRA en niños, la unidad de atención debería contar con 15 unidades básicas. Así, al revisar un caso mensual en cada una de ellas se obtendrían 15 casos mensuales en total. Pero no se puede entender que los cálculos de estos indicadores a nivel de unidad de atención realizados con las premisas existentes puedan considerarse representativos.



Fuente: Indicas. Herramientas de autocapacitación. Estructura de indicadores [consultado en julio del 2013]. Disponible en: http://dgces.salud.gov.mx/IndicasII/doctos/estructura_indicadores.pdf

Figura 2.5. Flujograma teórico del Sistema Nacional de Indicadores Indicas

En otros casos la definición del indicador implica una característica determinada (por ejemplo 24 semanas o más de embarazo para ciertos indicadores de atención prenatal) sin que se establezca un mecanismo de sustitución para los casos que no cumplan este requisito. Lo único que aparece en el formato de recolección de datos es la opción “no aplica”, sin que se aclare cómo se consideran estos casos para el cálculo de los indicadores. La tabla muestral detallada puede aparecer en el anexo 2.B.

Uso de la información. Es necesario revisar si toda la información que se recopila en realidad se utiliza. Los informes disponibles en la página de internet utiliza esa información mientras que calculan otra que no aparece en los formatos de recolección de datos. Hay que tener en cuenta que también existen informes que se difunden en el nivel local pero de los cuales no tenemos evidencia.

Todos los formatos de recolección de datos tienen casillas para información que después no se refleja en

el análisis de los datos. Por ejemplo, para los indicadores de trato digno se pregunta el “turno”, si el encuestado es “usuario o familiar”, el “género” y el “área en la que el paciente recibió mal trato”. También en los formatos para “atención médica efectiva” se pregunta “turno”, “edad” y “género”, entre otros datos que no se tabulan. Llama la atención, sin embargo, que en el consolidado de datos a nivel central aparecen los indicadores según tipo de afiliación o programa al que pertenece el paciente (por ejemplo Seguro Popular, *Oportunidades*, entre otros) cuando esta información no se solicita en los formatos de recolección de datos. No está claro en qué nivel y con base en qué fuente se asignan estas categorías para el cálculo de los indicadores o si lo que ofrece el Indicas a nivel central es un consolidado que suma información proveniente de todos los programas. Al parecer, al inicio se hizo una validación en la plataforma en internet sobre el tipo de programa al que pertenece la unidad médica. La validación utilizó fuentes externas, en especial la Dirección General de Información en Salud, pero esas fuentes no están actualizadas.

Productos de la información

El sistema genera información disponible en línea sobre los “índices” “indicadores” y “variables”. El sistema también genera, a petición del usuario y si existe la información correspondiente, un reporte y una gráfica de la información incluso, a nivel de unidad de atención. Esto permite la evaluación comparativa de referencia nacional, estatal, jurisdiccional y municipal, así como la evolución histórica. La información se puede desagregar también por programas (PAC, *Oportunidades*, Seguro Popular, *Procedes*, *Arranque Parejo*, y *Población Indígena*), si bien este tipo de desagregación no está actualizado.

Lo más llamativo de la información de Indicas son los niveles consistentemente elevados (más de 90%) en prácticamente todas las “variables”, “indicadores” e “índices”, con un coeficiente de variabilidad entre entidades federativas generalmente bajo. Esto nos llevó a realizar un análisis comparativo con información sobre los mismos aspectos obtenida de otras fuentes como la Ensanut, Encel y otras bases de datos. Nuestro análisis reveló la inconsistencia y probable falta de confiabilidad del Indicas y se incluye como anexo 2.A de este documento. Al parecer, al diseñar el Indicas no se pro-

curó la posibilidad de comparar la información con el contexto internacional o por lo menos no se utiliza de manera rutinaria.

Uso y difusión de la información

La información, además de aparecer en la página electrónica, se utiliza principalmente para las evaluaciones externas periódicas que se han realizado al Sistema Integral de Calidad entre 2003 y 2012. También aparece en boletines mensuales que se han publicado desde 2007 y por lo menos hasta el primer trimestre de 2013 y en el monitoreo de los programas de Sicalidad, entre otros. Sin embargo las fallas encontradas en los elementos analizados ponen en duda la utilidad real del sistema y reflejan la necesidad de rediseñarlo de manera integral.

Conclusiones y brechas

La Encuesta Nacional de “Calidad de vida profesional y compromiso con la calidad” de 2009 encontró que el Indicas es el proyecto de Sicalidad más conocido por los profesionales de la salud, lo que constata que este sistema ha tenido una buena difusión e interacción con los establecimientos de salud.¹⁶ Sin embargo hay aspectos que se deben de mejorar.

Recursos

Los recursos desplegados en todo el país en cuanto infraestructura y normatividad han sido considerables. Se supone que la distribución ha sido uniforme pero la implementación aún no es mayoritaria y se centra casi exclusivamente en unidades de los Servicios Estatales de Salud (Sesa). Un análisis más pormenorizado permitiría apreciar si hay también un diferencial entre la implementación del sistema en unidades de primer nivel con respecto a las demás.

No hay evidencia de la formación de los recursos humanos para una adecuada recolección y manejo de la información. En las unidades de atención no existen plazas para personal especializado en Sistemas de Información en Salud que administre los sistemas actuales que recopile y reporte la información de Indicas con criterios de buena calidad, oportunidad, cobertura y confiabilidad o que desarrolle planes de trabajo para el mejoramiento continuo de los sistemas de información.

Indicadores

El análisis de los indicadores que integran el Indicas evidencia los problemas en los aspectos primarios considerados: validez, fiabilidad y utilidad. Además, los indicadores son los mismos para cualquier nivel del sistema de salud, con la única distinción de primer y segundo nivel de atención en algunos de ellos.

No existe referencia alguna a evidencia científica que apoye la validez de los indicadores, además de que la agregación de los datos se hace mediante un sistema de ponderación arbitrario cuya lógica no está explicada. Tampoco está claro el mecanismo de priorización de los temas y aspectos a medir y se evidencia una ausencia de indicadores de prevención y promoción de la salud. No se incluyen tampoco indicadores de resultado o de impacto en ninguno de los niveles del sistema, mientras que las deficiencias en la descripción de los indicadores de proceso que se miden hacen suponer problemas de interpretabilidad y por tanto de fiabilidad en las mediciones. No existe un documento técnico suficientemente detallado con la descripción de los indicadores que permita que se puedan estandarizar y calcular de manera exactamente igual en cada uno de los establecimientos.

El sistema utiliza una estructura y terminología peculiar que distingue tres niveles de agregación para la descripción de los indicadores (“índices”, “indicadores”, y “variables”), con composición y cálculos ponderados de carácter arbitrario, o al menos sin justificar.

Fuentes de datos

Las fuentes de información para el Sicalidad son variadas de acuerdo a los proyectos y líneas de acción del programa. La más consolidada es el Indicas, que depende de diversas fuentes al interior de las unidades de atención tales como encuestas de satisfacción, expedientes clínicos, subsistema de prestación de servicios y registros de atención. Se utilizan en total 18 formatos para la recolección y concentración de datos, más otros correspondientes al aval ciudadano.

Las encuestas del Indicas son entregadas al personal que labora en los centros de salud para que ellos mismos las apliquen, lo que genera conflicto de intereses.

Otras posibles fuentes de información existentes no son integradas para monitorizar la calidad.

Manejo de la información

Se encontró que los datos que generan las líneas de acción y proyectos de Sicalidad se reportan periódicamente desde el nivel local hacia los niveles estatal y federal mediante un sistema automatizado y oportuno, si bien falta aumentar la cobertura estimada en cerca de 50% de las unidades de atención de los Sesa.

Un análisis detallado de los flujos establecidos revela, por una parte, que la realidad es distinta al planteamiento teórico y, por otra, que existen fallas básicas en relación a la muestra recomendada y al contenido de los formatos. Estos formatos incluyen información que no se utiliza, además de que los cálculos responden exclusivamente a las llamadas “variables”.

Falta supervisión por parte del ente federal sobre los datos capturados en el Indicas, por lo que no es posible hacer ajustes o realizar acciones de mejora continua en la calidad del reporte. También falta incorporar un proceso de supervisión desde el área nacional hacia los establecimientos de la calidad de la salud, consistencia y confiabilidad de los datos capturados, así como a parte de las capacitaciones sobre el uso del sistema.

De acuerdo con algunas evaluaciones²⁴ el personal operativo considera que la retroalimentación no es suficiente, un factor que puede desmotivar al recurso humano en el esfuerzo de mejorar la calidad de la información.

Productos de la información

El sistema genera información sobre los “Índices” “Indicadores” y “Variables” disponibles en línea lo que permite la evaluación comparativa de referencia nacional, estatal, jurisdiccional y municipal, así como la evolución histórica. La información se puede desagregar también por programas (PAC, *Oportunidades*, Seguro Popular, *Procedes*, *Arranque Parejo* y *Población Indígena*), aunque no está claro en qué momento y con base en qué fuente de datos se obtiene esta categorización.

Son llamativos los niveles consistentemente elevados (por encima de 90%) en prácticamente todas las “variables”, “indicadores” e “índices”, con un índice de variabilidad entre entidades federativas generalmente bajo. Esta variación es inconsistente, tanto al interior

de entidades federativas como entre ellas, con los datos sobre los mismos aspectos obtenidos de fuentes como la Ensanut, Encel, y otras bases de datos.

No se realiza, ni parece haberse pretendido a nivel alguna, una comparación con estándares internacionales.

Uso y difusión de la información

La información está disponible en la página electrónica y se utiliza principalmente para evaluaciones externas periódicas realizadas al Sistema Integral de Calidad, así como en los acuerdos de gestión financiados por la Di-

rección General de Calidad y Educación en Salud (DG-CES). La DGCES genera instrucciones orientadas a la utilización de los resultados del monitoreo en Indicas por los diversos comités de calidad locales (Cocasep), estatales (Ceca) y nacional (Conacas).

Conclusión general

Las fallas encontradas en los elementos analizados cuestionan seriamente la utilidad real del sistema de indicadores para la calidad existente y señalan la necesidad de hacer un rediseño integral del mismo.

Anexo 2.A

Análisis comparativo de indicadores de la calidad de la atención en el primer nivel según diversas fuentes

La calidad de la atención es heterogénea entre entidades e instituciones de salud e incluso a nivel del proveedor de servicios.^{26,27} Por ello es necesario contar con más información objetiva en variables clave de calidad de la atención médica^{28,29} para incentivar una mayor rendición de cuentas, mejorar la oportunidad y efectividad de la toma de decisiones y maximizar así la eficiencia de los esfuerzos para reducir las brechas entre actores del sistema y grupos de pacientes.³⁰

El sistema de indicadores de calidad Indicas⁵ de la SSA fue concebido como herramienta gerencial para los tomadores de decisiones de los distintos niveles que conforman el sistema nacional de salud. Actualmente, las entidades federativas alimentan la plataforma electrónica de Indicas con información auto-reportada del desempeño en calidad para tres ejes temáticos: Atención efectiva, Organización de los servicios y Trato digno. La estructura de los indicadores que conforman cada eje, sus fórmulas de cálculo y circuitos de recolección de información se describen en el apartado correspondiente de este documento.

Por otra parte, las encuestas nacionales de salud y las evaluaciones específicas de sistemas de salud incorporan de manera rutinaria la medición de acceso efectivo a servicios básicos de salud, así como indicadores de satisfacción con la atención recibida. La virtud principal de estas fuentes primarias es contar con la perspectiva del usuario de servicios. Hasta ahora no se ha realizado un análisis en México que compare los resultados de los indicadores de calidad reportados por la SSA con lo observado en las encuestas nacionales. Ese análisis resulta pertinente para valorar la concordancia con esta plataforma y, de manera indirecta, su confiabilidad. Este ejercicio de comparación también servirá para orientar las estrategias en la reducción de brechas entre entidades federativas.

Objetivos:

- Realizar un análisis comparativo de los niveles de calidad de acuerdo a las distintas fuentes de información disponibles en el país.

Valorar cuantitativamente la coherencia entre, por un lado, la información que reportan las entidades federativas por vía del auto-reportaje de las unidades de atención y, por otro, datos observados en encuestas a hogares y entrevistas de salida en los centros de salud.

Metodología

Fuentes de información

Para el análisis comparativo de los indicadores de calidad se tomaron como base la estructura y ejes temáticos del sistema de indicadores Indicas de la SSA. Las fuentes primarias fueron la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut), la Encuesta de Evaluación Rural 2007 (Encel) y la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (Encelurb) del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. También se utilizaron datos primarios del estudio de evaluación al programa Unemes-EC, desarrollado en 2012 por Octavio Gómez-Dantés *et al.* A continuación se describen las características y diseño de cada encuesta.

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas) fue concebido como plataforma electrónica para la evaluación de calidad de los servicios de salud. Integra información rutinaria de las 32 entidades federativas sobre indicadores de trato digno, organización de los servicios, atención médica efectiva y, en el ámbito hospitalario, la "calidad en enfermería.

La Ensanut³¹ es una encuesta probabilística nacional con representatividad estatal, polietápica, estratificada y por conglomerados. En 2012 se aplicó en 50 528 hogares mediante 96 031 cuestionarios individuales y 14 104 cuestionarios, para valorar las características de la utilización de los servicios de salud. La valoración incluyó la medición de biomarcadores clave en un subconjunto de adolescentes y adultos. La encuesta implementó una sobremuestra en los hogares con mayor carencia y vulnerabilidad del país. Para la planeación de la encuesta se utilizó un efecto del diseño de 1.836, se utilizaron los ponderadores probabilísticos y se con-

sideraron los distintos estratos para la inferencia de indicadores a nivel nacional.

La Encel 2007³² incorporó a 554 localidades de la muestra original de la evaluación experimental del Programa Oportunidades, que comprendieron a 34,202 hogares en 13 entidades federativas. 82.9% de las localidades corresponden al grupo tratamiento y 17.1% a comunidades control, con un efecto del diseño de 1.7. Para el cálculo de los indicadores de calidad se utilizó el módulo de entrevistas de salida aplicado en unidades de atención primaria. En la muestra 21% de los centros de salud de los Sesa correspondieron a zonas urbanas.

La Encelurb 2009³³ tuvo un diseño cuasiexperimental que se construyó a partir del plan de incorporación al Programa Oportunidades. Se encuestó a 34,044 individuos que corresponden a 6 272 hogares en 16 entidades federativas. Debido a la forma en que se construyó el marco muestral, la evaluación no posee representatividad estatal ni regional por lo que no se utilizaron ponderadores para hacer inferencias poblacionales. Se utilizó el módulo sociodemográfico de la encuesta para la construcción de los indicadores de calidad, ya que incorpora un componente de salud.

La encuesta de evaluación al programa Unemes-EC³⁴ realizada en 2012 integró a 30 unidades en 20 entidades federativas. El programa Unemes-EC fue creado como instancia intermedia entre el primer y segundo nivel de los Servicios Estatales de Salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas (DM, HTA, obesidad, dislipidemia y síndrome metabólico) no reactivos a tratamiento en centros de salud. La muestra incluyó 1 566 expedientes de pacientes con cinco o más meses de tratamiento en las unidades, además de 1 200 entrevistas de salida para medir la satisfacción con los servicios otorgados.

Construcción de indicadores de calidad

Tanto en la consulta realizada de forma electrónica al sistema Indicas como para el análisis de las encuestas, se consideró dentro de la muestra analítica al subconjunto de pacientes que se atendieron en centros de salud de los Servicios Estatales de Salud (Sesa) de la SSa. Por lo tanto, la muestra analítica de Ensanut incluyó 4 562 observaciones del módulo de utilización de servicios, que representan a 2 599 159 utilizadores de servicios de los Sesa en el país. El módulo de salud infantil incluyó a 16 344 individuos menores de cinco años, que representan

a 13 123 142 a nivel nacional. El módulo de salud en el adulto con enfermedades crónicas o pacientes embarazadas incluyó a 3 088 observaciones, que representan a 3 423 760 utilizadores de servicios de los Sesa. La muestra analítica de Encel consideró a 891 utilizadores de servicios de los Sesa. De la Encelurb, se incluyeron a 2 557 individuos que utilizaron algún servicio de los Sesa en los últimos 12 meses. Finalmente, los indicadores de satisfacción de Unemes-EC fueron calculados con las 1,200 entrevistas de salida, mientras que la muestra analítica de biomarcadores comprendió a 970 pacientes con DM, HTA o DM+HTA.

La consulta electrónica que se realizó a la plataforma Indicas recuperó los valores medios a nivel estatal reportados en los tres cuatrimestres de 2012. Con el número de unidades de atención primaria que reportaron en cada periodo se construyó un promedio del indicador anual, ponderado por el tamaño de muestra de cada subperiodo.

Para ser consistentes con la estructura de Indicas y facilitar la comparabilidad de los datos, la desagregación por localidad urbana/rural se realizó únicamente para los indicadores de organización de los servicios. Para cada fuente de información, se reportan las entidades federativas con los valores máximos y mínimos observados, así como un coeficiente de variación simple (valor máximo ÷ valor mínimo). Para efectos de la clasificación de entidades son relevantes únicamente Indicas y Ensanut, ya que cuentan con representatividad estatal, a diferencia de Encel, Encelurb y el estudio Unemes-EC.

La comparación de indicadores de calidad se hizo con base en la estructura del sistema Indicas. Con la información de las encuestas nacionales y la evaluación a Unemes-EC se construyeron indicadores con información sobre aspectos equivalentes a los de Indicas. Los detalles sobre las fórmulas de cálculo utilizadas en cada encuesta se detallan en el anexo 2.C. Toda vez que existió heterogeneidad entre fuentes de información en el criterio para el cálculo de cada indicador, se realiza una breve discusión sobre el posible efecto que tienen los distintos criterios para explicar la variación en la comparación de los indicadores.

Clasificación de las entidades

Se construyó un indicador para comparar el desempeño de las entidades federativas en relación a las variables de

atención médica efectiva, organización de los servicios y trato digno. Este indicador de posición relativa de las entidades se comparó entre fuentes de información, para dar una idea de la congruencia entre lo reportado en Indicas y los resultados de encuesta a usuarios de servicios de salud de los Sesa. Ensanut es la única que cuenta con representatividad estatal, por lo que se eligió como la fuente de comparación para el sistema Indicas.

Para calificar la posición de las entidades federativas dentro de cada eje temático, se seleccionaron aquellos indicadores del Indicas que tuvieron un equivalente en Ensanut. Así, para el desempeño entre entidades en Atención efectiva, se incluyeron tres indicadores de atención prenatal, tres indicadores de atención al menor de cinco años con enfermedad diarreica, un indicador para las enfermedades respiratorias agudas, dos indicadores de pacientes con DM y un indicador de usuarios con HTA. El eje de Organización de los servicios incluyó cuatro indicadores, tiempo promedio de espera y surtimiento íntegro de medicamentos para los entornos urbano y rural. De los indicadores de trato digno, que en Indicas se reportan solo a nivel nacional, se tomaron seis indicadores que tuvieron un equivalente con datos de Ensanut.

Con este conjunto de indicadores de información equivalente se calculó una medida de resumen para calificar a las tres entidades mejor posicionadas en cada eje temático, así como las tres que tuvieron menor desempeño. Se construyeron variables categóricas para cada indicador, con rango de 1 a 32 para calificar la posición relativa de cada entidad, con excepción de organización de los servicios rurales, que excluyó al Distrito Federal. Primero se ordenaron los indicadores de forma ascendente para aquellos que se expresaron como porcentaje, dado que todos ellos se interpretan como “mayor es mejor”. El tiempo promedio de espera para ser atendido en consulta se ordenó de forma descendente, para expresar que un menor tiempo de espera es más deseable. Finalmente, la clasificación agregada se calculó al sumar las variables categóricas (1-32) para cada eje temático y dividiéndolas por el número de indicadores de cada tema.

Para evaluar la coherencia entre la clasificación de las entidades entre las dos fuentes de información, se realizaron pruebas de correlación de rango (τ de Kendall)* entre las variables agregadas de ordenamiento por eje temático, transformadas a cuartiles para relajar la severidad de la prueba. Así, se midió la coherencia entre sistemas de que una entidad pertenezca al mismo cuartil de la distribución,

que podemos interpretar como “muy buen” desempeño, “bueno”, “regular” o “pobre”. Esta prueba no-paramétrica brinda información acerca de la similitud (asociación) entre dos listas de variables ordinales, en este caso, la posición relativa de cada entidad en el sistema Indicas contra lo observado en Ensanut.

Resultados

Indicadores de atención efectiva

Atención prenatal

Los indicadores de cobertura de intervenciones de atención prenatal se obtuvieron de Ensanut, Encel y Encelurb, y su comparación con el sistema Indicas se muestra en el cuadro 2A.1.

En relación al indicador de porcentaje de expedientes con registro de peso corporal, las cuatro fuentes muestran un cumplimiento mayor a 90%. Encelurb reporta 100 por ciento; sin embargo el tamaño de muestra para este indicador es pequeño ($n=18$). Indicas reporta para 2012 la segunda cifra más alta, 98.7% a nivel nacional. Tanto en Ensanut como en Encel se observó un cumplimiento de 94 por ciento. En cuanto a la variación entre entidades federativas, la fuente de información que exhibe mayores brechas es Ensanut, ya que en 22 entidades se encontró cumplimiento de 100% y en otras, como Estado de México, 73% de las mujeres encuestadas reportaron haber sido pesadas al menos una vez durante su último embarazo.

El valor del indicador de cumplimiento a la toma de presión arterial en este tipo de utilizadoras de servicios de salud fue muy similar entre Indicas y Ensanut (98.7 y 98.1%, respectivamente). Encel reporta 91.9% ($n=173$) y 100% en la muestra de pacientes de Encelurb. Se observó una variación de similar magnitud a nivel entidad federativa entre Ensanut y Encel (1.18 y 1.20).

En cuanto al registro de foco fetal en utilizadoras con al menos 24 semanas de embarazo, la única fuente primaria con información para construir un indicador equivalente fue Encel, que reporta 89.7% contra 96.5% en el

* La hipótesis nula es que las dos clasificaciones son independientes ($\tau=0$), esto es, que el ordenamiento de las entidades de acuerdo a un sistema de información no tiene asociación con el otro. El coeficiente de correlación de rango (τ) de esta prueba toma valores de $-1 \leq \tau \leq 1$, donde 1 indica concordancia perfecta y -1 se interpreta como que un ordenamiento es exactamente el inverso del otro.

sistema Indicas. En particular, la Encel preguntó a las pacientes encuestadas si habían escuchado el latido cardiaco fetal en su última consulta, asumiendo que este procedimiento involucra el registro del foco fetal. De nuevo, Encel reporta mayor variación entre entidades federativas que Indicas (1.38 y 1.10, respectivamente).

El indicador de cumplimiento a examen general de orina en los últimos tres meses en usuarias embarazadas es el que reportó menor cumplimiento de entre el conjunto de indicadores de atención prenatal efectiva; este hecho es consistente entre fuentes de información. Las entidades federativas reportaron en promedio 91.5% de cumplimiento a Indicas y en las encuestas Ensanut y Encelurb se observó alrededor de 85%. Mientras tanto las entrevistas de salida de Encel mostraron que 58.6% de las pacientes se les tomó una muestra de orina en su última consulta. Este hallazgo puede estar influido por la forma de medir la cobertura del servicio, ya que Ensanut y Encelurb preguntan si se realizó al menos un examen general de orina durante todo el embarazo. En cuanto a las brechas entre entidades, medidas por el coeficiente de variación, se encontró que Encel reporta diferencias de orden mayor a tres veces dado que Durango y Nayarit tuvieron cumplimientos de 100% y Oaxaca 27%.

Atención al menor de cinco años con enfermedad diarreica

En relación a la evidencia en el expediente sobre evaluación del estado de hidratación, no fue posible construir indicadores equivalentes con base en la información de las encuestas nacionales. Indicas reporta 92.8% de cumplimiento, con un coeficiente de variación simple de 1.26. Destacan Campeche, con 98.1% reportado, y Colima con 77.8%.

En cuanto al cumplimiento de la recomendación de continuar con alimentación habitual en el infante con enfermedad diarreica, se construyó un indicador equivalente con la información de Ensanut. Se calculó la proporción de usuarios menores de cinco años con enfermedad diarreica en las últimas dos semanas que recibieron atención médica y cuyo cuidador recibió indicaciones sobre cuidados generales. Al comparar las fuentes de información, Indicas reporta 90.4% de cumplimiento, con un coeficiente de variación de 1.43; destaca Tamaulipas con 68.3%. Ensanut mostró un menor valor nacional (86.1%) con una variación entre entidades de orden mayor a tres veces. En cinco entidades la

totalidad de los encuestados respondieron haber recibido indicaciones generales de cuidados por parte del proveedor y, en contraste, en Chihuahua solo tres de cada diez encuestados reportaron esta actividad.

La cobertura de prescripción de un esquema de rehidratación oral fue muy similar entre Indicas y Ensanut, con 91.2% y 91.6% respectivamente. Sin embargo la variación entre entidades fue mayor en los resultados de Ensanut (1.74 vs 1.38 en Indicas). La Encel exhibió un menor cumplimiento (51.2%), con amplia variación entre entidades (Puebla y Veracruz con 20%, Chiapas con 100%).

En cuanto a la proporción de expedientes con registro de orientación al cuidador acerca de signos de alarma o referencia, Indicas reporta 90.2% de cumplimiento. Destaca Tamaulipas con 67% en 2012. El indicador que se construyó con los datos de Ensanut mide la proporción de cuidadores que conocen por lo menos dos síntomas de deshidratación. La media nacional fue 23%, con una variación estatal de 6.94. Destacan Quintana Roo y San Luis Potosí, en donde sólo 8 de cada 100 encuestados tienen conocimiento adecuado sobre los síntomas de deshidratación.

Atención al menor de cinco años con enfermedad respiratoria aguda

La presencia de registros en el expediente sobre evaluación de la frecuencia respiratoria es medida y reportada únicamente por Indicas. La media nacional en 2012 es 96.6 por ciento, con baja variación entre entidades (1.16). Dos de ellas reportan cumplimiento casi total (Quintana Roo y Querétaro) mientras que Baja California Sur reportó 85.8 por ciento.

Una situación similar se observa en los registros en expediente sobre búsqueda de signos clínicos de infección de las vías respiratorias bajas. El sistema Indicas arrojó una media de 96.6%; la entidad mejor calificada fue Sinaloa (99.5%), en contraste con Tamaulipas (79%).

En cuanto al registro en expediente sobre capacitación para identificación de signos de alarma o referencia, Indicas reporta 92.9% de cumplimiento a nivel nacional. De nuevo, Tamaulipas destaca con el menor cumplimiento reportado (61.2%). Se construyó un indicador de conocimiento de al menos dos signos de alarma con la información de Ensanut en el que se observó una media nacional de 69.6 por ciento. Nuevo León fue

Cuadro 2A.I. Comparación de indicadores de atención efectiva en mujeres embarazadas y menores de 5 años, México 2013

Indicador	Indicador, 2012				Ensanut, 2012				Encelurb, 2009				
	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Media	
Atención prenatal	Porcentaje de expedientes con registro de peso corporal en la última nota	Nayarit (99.7)	Colima (92.3)	1.08	93.7	22 entidades (100)	Estado de México (73)	1.37	94.3	8 entidades (100)	Hidalgo, Oaxaca (89)	100	1.25
	Porcentaje de expedientes con registro de presión arterial en la última nota	Sinaloa (99.7)	Colima (92.3)	1.08	98.1	23 entidades (100)	Chiapas (85)	1.18	91.9	6 entidades (100)	Durango, Hidalgo (83)	100	1.20
	Porcentaje de expedientes con registro de foco fetal después de las 24 semanas de embarazo	Veracruz (99)	Colima (90.2)	1.10	-	-	-	-	89.7	8 entidades (100)	Hidalgo (72)	-	1.38
Atención menor de 5 años con enfermedad diarreica	Porcentaje de expedientes con registro de EGO en una nota de los últimos 3 meses	Yucatán (96.8)	Distrito Federal (81.6)	1.19	85.4	11 entidades (100)	Chiapas, Edo de México (66), Puebla (68)	1.51	58.6	Durango, Nayarit (100)	Oaxaca (27)	83.3	3.75
	Porcentaje de expedientes con registro de evaluación del estado de hidratación	Campeche (98.1)	Colima (77.8)	1.26	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Porcentaje de expedientes con registro de indicación de continuar con la alimentación habitual del menor	Campeche (97.8)	Tamaulipas (68.3)	1.43	86.1	5 entidades (100)	Chihuahua (30)	3.31	-	-	-	-	-
Atención menor de 5 años con enfermedad diarreica	Porcentaje de expedientes con registro de prescripción de un esquema de hidratación	Sinaloa (97.9)	Colima (70.1)	1.38	91.6	16 entidades (100)	Baja California (57)	1.74	51.2	Chiapas (100)	Puebla, Veracruz (20)	-	5.00
	Porcentaje de expedientes con registro de orientación al cuidador acerca de signos de alarma o referencia	Sinaloa (97.2)	Tamaulipas (67)	1.45	23.0	Michoacán (54), Distrito Federal (53)	Quintana Roo, San Luis Potosí (8)	6.94	-	-	-	-	-
	Porcentaje de expedientes con registro de evaluación de la frecuencia respiratoria	Quintana Roo, Querétaro (99.4)	Baja California Sur (85.8)	1.16	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atención menor de 5 años con infección respiratoria aguda	Porcentaje de expedientes con registro de búsqueda de signos clínicos de infección respiratoria baja	Sinaloa (99.5)	Tamaulipas (79)	1.26	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Porcentaje de expedientes con registro de capacitación al cuidador para identificación de signos de alarma o dificultad respiratoria	Sinaloa (98)	Tamaulipas (61.2)	1.60	69.6	Nuevo León (83)	Distrito Federal (51)	1.63	-	-	-	-	-

Fuente: elaboración propia con datos de Indicador, Ensanut 2012, Encelurb 2009 y Encelurb 2009.

la entidad mejor evaluada (83%) y el Distrito Federal tuvo resultado más bajo (51%). También se observó un coeficiente de variación estatal similar entre Indicas y Ensanut para este indicador (1.6).

Atención al paciente hipertenso

Los resultados de la comparación de indicadores de salud en el adulto se muestran en el cuadro 2A.2. El indicador de registro de medición de peso corporal en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial mostró un cumplimiento mayor a 90% a nivel nacional en las tres fuentes de información consultadas. Indicas reporta una media de 99.4 y la entidad con menor cumplimiento reportado en esta fuente es Tamaulipas (92.1%). Según datos de Encel, este indicador es de 90.4% en las 13 entidades analizadas, mientras que Veracruz destaca con 71% de pacientes hipertensos con medición de peso en su última consulta. Finalmente Unemes-EC, que atiende exclusivamente a pacientes con enfermedades crónicas no reactivas a tratamiento, reportó 100% de cumplimiento en la medición de peso de los pacientes con diagnóstico de HTA o DM+HTA en las 20 entidades que se visitaron para esta evaluación.

En cuanto a la medición de presión arterial en estos pacientes, las cinco fuentes consultadas mostraron cifras nacionales superiores a 90%. Destacan Ensanut y la evaluación a las Unemes-EC, donde a 100% de los pacientes con diagnóstico previo de HTA se les midió la presión en su última consulta. Indicas por su parte reporta 99.6% de cumplimiento, Encel 93.8% de cumplimiento en su última consulta (destaca Durango con 80%) y Encelurb reportó 96.5% de pacientes hipertensos con al menos una medición de presión arterial en los últimos 12 meses. En esta encuesta, Michoacán fue la entidad con menor cumplimiento (87%).

El indicador de control de hipertensión arterial con el criterio de 140/90 mm Hg se comparó con los resultados de la evaluación a las Unemes-EC. El sistema Indicas reporta la proporción de pacientes con registros de cifras de control en alguna nota médica de los últimos 3 meses, que a nivel nacional fue 84.5%. Morelos y Nuevo León fueron las entidades que reportaron mayores cifras de control en 2012 (94%), mientras que Sonora reportó 75%. En la información obtenida en la evaluación de Unemes-EC se encontró que 80% de los pacientes con diagnóstico de HTA o DM+HTA tuvieron cifras de control de presión arterial en su última nota

del expediente. Destaca Baja California Sur con 93% de pacientes hipertensos controlados y en contraste, sólo 6 de cada 10 pacientes de Puebla atendidos en Unemes-EC mostraron cifras por debajo de 140/90 mm Hg en su última nota del expediente.

Atención al paciente con diabetes mellitus

El indicador de medición de peso corporal en la última nota del expediente de pacientes con diagnóstico de DM o DM+HTA mostró cifras nacionales mayores a 95 por ciento, de acuerdo a las tres fuentes de información comparadas. El sistema Indicas reportó 99.5% en 2012, con una variación marginal entre entidades federativas. El máximo reportado fue en Querétaro (99.9) y el mínimo en Tamaulipas (94.8). Los resultados de las encuestas de salida de Encel muestran que a 95% de los utilizadores con diagnóstico de DM se les realizó esta medición en su última consulta. Siete entidades mostraron cumplimiento de 100%, mientras que en Aguascalientes el cumplimiento fue de 83%. Finalmente, la totalidad de los pacientes con DM atendidos en Unemes-EC fueron pesados en su última consulta

La medición del nivel de presión arterial en pacientes con DM también es superior al 90% en las fuentes consultadas, con excepción de Encel donde la media nacional alcanzó 89%. El sistema Indicas reportó 99.4% en 2012, también con una variación mínima entre entidades federativas. Los resultados de Ensanut y Unemes-EC muestran que 100% de los usuarios recibieron por lo menos una medición trimestral de presión arterial durante los últimos doce meses (medición de Ensanut) o una medición de este biomarcador en la última consulta (medición de Unemes-EC). Por último, la encuesta Encelurb reveló resultados similares a Encel ya que 90% de los usuarios con DM encuestados al término de su consulta respondieron haber recibido una toma de presión arterial. Resalta el caso de Colima, donde la media estatal fue 67%.

Los resultados sobre evidencia de exámenes de glucosa en sangre mostraron una amplia variabilidad entre fuentes de información. En la Ensanut se observó que a 45% de los utilizadores con diagnóstico de DM se les realizó una prueba de glucosa en sangre por lo menos una vez al trimestre en los últimos doce meses, con una importante variación entre entidades. Nayarit y Sonora tuvieron valores de 100%, mientras que en Coahuila 6% de los utilizadores recibieron cuatro o más exáme-

Cuadro 2A.2. Comparación de indicadores de atención efectiva en el adulto, México 2013

Indicador	Variable	Índices 2012						Enclurb, 2009						Unemes-EC 2012					
		Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.		
Atención al paciente hipertenso	Porcentaje de expedientes con registro de peso corporal	99.4	Quintana Roo (100)	Tamaulipas (92.1)	1.09	-	-	-	90.4	6 entidades (100)	Veracruz (71)	1.42	-	1000	-	-	1.00		
	Porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial en última nota	99.6	5 entidades (99.9)	Tamaulipas (95.6)	1.05	100	-	93.8	6 entidades (100)	Durango (80)	1.25	12 entidades (100)	1000	1000	-	-	1.00		
	Porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial por debajo de 140/90 mm Hg en una nota de los últimos 3 meses	84.5	Morelos, Nuevo León (94)	Sonora (75.1)	1.25	-	-	-	-	-	-	-	-	80.1	Baja California Sur (93)	Puebla (61)	1.54		
Atención al paciente diabético	Porcentaje de expedientes con registro de peso corporal en última nota	99.5	Quintana Roo (99.9)	Tamaulipas (94.8)	1.05	-	-	95.0	7 entidades (100)	Aguascalientes (83)	1.20	-	1000	-	-	-	1.00		
	Porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial en la última nota	99.4	Campeche, Sinaloa (99.9)	Tamaulipas (96.9)	1.03	100	-	89.0	7 entidades (100)	Veracruz (71)	1.42	6 entidades (100)	1000	1000	-	-	1.00		
	Porcentaje de expedientes con registro de solicitud de Glucemia en los últimos 3 meses	95.6	Coahuila, Quintana Roo (98.9)	Baja California Sur (85.3)	1.16	44.8	Navarrit, Sonora (100)	17.90	3 entidades (100)	Michoacán (43)	2.30	10 entidades (100)	1000	1000	-	-	1.00		
Atención al paciente diabético	Porcentaje de expedientes con registro de Glucemia por debajo de 140 mg en resultados de últimos 3 meses	64.9	Morelos, Nuevo León, Sinaloa (79)	Baja California Sur (33.3)	2.39	-	-	-	-	-	-	-	52.1	Colima (73)	Distrito Federal (26)	2.80			
	Porcentaje de expedientes con registro de revisión de pies en últimos 3 meses	96.4	Yucatán (99)	Distrito Federal (90.6)	1.09	14.7	27.09	58.3	Chiapas (90)	Puebla (28)	3.24	-	93.4	7 entidades (100)	Colima (56)	1.76			

Fuente: elaboración propia con datos de Índices, Ensanut 2012, Enclurb 2009 Y Unemes-EC 2012.

nes de glucosa en sangre en el último año. La Encel reportó 78% de utilizadores con examen de glucosa en sangre en su última consulta; tres entidades se ubicaron en cumplimiento de 100% y el estado más bajo, Michoacán, mostró un valor similar a la media nacional de este indicador en la Ensanut. Los resultados reportados por Indicas y por Encelurb fueron similares, 95.6% y 94.4% respectivamente, con coeficientes de variación similares (1.16 y 1.20). Es importante reiterar que el indicador de Encelurb se refiere a la última consulta y no a los últimos tres meses, como en el sistema Indicas. En las Unemes-EC, la totalidad de los utilizadores de las 20 entidades visitadas recibieron una prueba de glucosa en su última consulta.

Las cifras de control de pacientes con DM en referencia al biomarcador de glucosa en sangre sólo fueron comparables con datos de la evaluación a Unemes-EC. En estas unidades especializadas, poco más de la mitad de los pacientes tuvieron valores normales de glucosa en sangre en su última medición (<140 mg/dl), con una variación entre entidades del orden de tres. Colima fue el estado con mayor prevalencia de control del padecimiento (73%) mientras que en el Distrito Federal el indicador se ubicó en 26%. Los resultados reportados por Indicas muestran que 65% de los pacientes con DM tuvieron algún registro en su expediente con cifras de control en los últimos 3 meses, con una variación entre entidades similar en magnitud a la observada en Unemes-EC (entidades como Baja California Sur con 33% y otras como Morelos, Nuevo León y Sinaloa con 79 por ciento).

El indicador de prevalencia de revisión de pies exhibió variaciones importantes entre fuentes de información. Los valores encontrados en Indicas y Unemes-EC son superiores a 90%, aunque la variación estatal fue mayor en el estudio Unemes (1.76) dado que el estado con menor cumplimiento en este estudio, Colima arrojó 56%. La Encel reveló que a 58.3% de los pacientes con DM se les realizó revisión de pies en su última consulta y destaca Puebla con sólo 28% de cumplimiento. La fuente de información que encontró la menor prevalencia de revisión de pies fue Ensanut, con 14.7% de utilizadores de servicios que reportaron que se les realizó al menos una exploración de este tipo en los últimos 12 meses. La entidad mejor evaluada fue Nuevo León con 38% y la peor Chiapas, con 1 por ciento.

Indicadores de organización de los servicios

Tiempo de espera

Los indicadores de tiempo de espera son un importante marcador de satisfacción de la atención. Para su comparación con Indicas se utilizaron los datos de Ensanut, Encel y Unemes-EC, si bien estas tres se ubican solamente en zonas urbanas. Los datos de las encuestas utilizados para la comparación se obtuvieron por auto reporte del usuario de servicios, mientras que Indicas recolecta esta información de bitácoras de servicios. Los resultados de la comparación entre fuentes se presentan en el cuadro 2A.3.

Tiempos de espera en zonas rurales

El tiempo promedio para recibir consulta, una vez en el lugar de atención, mostró variaciones importantes entre fuentes de información. El sistema Indicas reportó el menor tiempo de espera, 26 minutos en zonas rurales. El coeficiente de variación simple entre entidades fue de casi cuatro unidades, ya que Colima reportó una media de 11 minutos y el Estado de México 43 minutos. Encel reporta una media de 65 minutos, con una variación entre estados similar en magnitud a la reportada por Indicas (Durango 168, Hidalgo y Oaxaca 43). Los usuarios encuestados en Ensanut reportaron el mayor tiempo de espera con 84 minutos a nivel nacional y también el mayor coeficiente de variación simple (Jalisco 157 y Colima 21). Existe una diferencia en la forma de medir el indicador en Ensanut y Encel. La primera se refiere al tiempo que hubo que esperar la última vez que el encuestado buscó atención médica ambulatoria, mientras que Encel realizó encuestas de salida en el exterior de las clínicas. Por ello esta diferencia en la temporalidad del evento pudo influenciar la diferencia en el indicadores entre encuestas.

El sistema Indicas desagrega el tiempo de espera para la atención en rangos y, para los centros de salud rurales, las categorías van de 0-50, 51-60, 61-70 y más de 70 minutos. De acuerdo a esta clasificación, Indicas reporta que en 2012 cerca de 90% de los usuarios de servicios esperaron entre 0 y 50 minutos; el mínimo, 77.6%, se observó en el Estado de México. Los resultados de Ensanut muestran que 51% de los encuestados esperaron

Cuadro 2A.3. Comparación de indicadores de organización de los servicios, México 2013

Entorno	Indicador	Variable	Índices, 2012					Encl, 2007					Unemes-EC, 2012				
			Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.
Rural	Tiempo máximo para recibir consulta (minutos)		131.7	Estado de México (199)	Nayarit (40)	4.98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Tiempo mínimo para recibir consulta (minutos)		3.4	Durango (7)	Colima (1)	8.34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Tiempo promedio para recibir consulta (minutos)		25.7	Estado de México (43)	Colima (11)	3.95	84.0	Jalisco (136.63)	Durango (168)	Hidalgo, Oaxaca (43)	3.88	-	-	-	-	-	-
	Porcentaje de usuarios atendidos entre 0 y 50 minutos		90.6	Nayarit, Yucatán (98.1)	Estado de México (77.6)	1.26	51.0	Colima (85)	Jalisco (22)	Sinaloa (33)	7.43	-	-	-	-	-	-
	Porcentaje de usuarios atendidos entre 51 y 60 minutos		2.0	Estado de México (4)	Nayarit (0.4)	10.61	14.2	Quintana Roo (20)	Baja California (3)	Puebla, Sinaloa (11)	8.00	-	-	-	-	-	-
	Porcentaje de usuarios atendidos entre 61 y 70 minutos		1.1	Estado de México (2.2)	Nayarit (0.2)	11.16	-	-	-	Michoacán (1)	-	-	-	-	-	-	-
	Porcentaje de usuarios atendidos en más de 71 minutos		6.2	Estado de México (16)	Yucatán (0.9)	17.90	34.8	Jalisco (67)	Colima (3)	Hidalgo (76)	7.00	-	-	-	-	-	-
	Porcentaje de medicamentos surtidos de manera completa a la primera vez		82.1	Guanajuato (95.8)	Michoacán (55)	1.74	79.9	Baja California, Guerrero, Hidalgo (66)	Agascalientes, Guerrero, Hidalgo (66)	Nayarit (79)	2.38	-	-	-	-	-	-
	Tiempo máximo para recibir una consulta (minutos)		211.4	Queretaro (329)	Morelos (144)	2.88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Tiempo mínimo para recibir consulta (minutos)		3.3	Tlaxcala (11)	Baja California Sur (0.1)	101.55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tiempo promedio para recibir consulta (minutos)		33.2	Estado de México (56)	Agascalientes (9)	6.06	95.0	Estado de México (133.4)	Nayarit (53.26)	Durango (193)	11.34	18.3	Agascalientes (76)	Oaxaca (8)	9.92	-	-	
Porcentaje de usuarios atendidos entre 0 y 30 minutos		84.1	Agascalientes (98.3)	Estado de México (67.3)	1.46	45.2	Nayarit (59)	Yucatán (3)	Chiapas (100)	8.60	90.5	5 entidades (100)	Agascalientes (35)	2.86	-	-	
Porcentaje de usuarios atendidos entre 31 y 40 minutos		3.4	Queretaro (7.1)	Colima (0.5)	14.24	1.6	Sinaloa (9)	6 estados (0)	Michoacán (33)	5.00	0.5	Chihuahua, Zacatecas (2.5)	Campeche, Guanajuato, San Luis Potosí (1.3)	2.00	-	-	
Porcentaje de usuarios atendidos entre 41 y 50 minutos		1.7	Oaxaca (2.5)	Agascalientes (0.2)	15.66	1.2	Quintana Roo (5)	17 estados (0)	Hidalgo (9)	3.74	0.5	Agascalientes (8)	Sonora (1)	9.00	-	-	
Porcentaje de usuarios atendidos entre 51 y 60 minutos		10.8	Estado de México (24.4)	Agascalientes (1)	25.49	10.8	Oaxaca (23)	Sinaloa (2)	Agascalientes (100)	6.50	5.0	Campeche (20)	Baja California Sur, Durango, Guanajuato (2.5)	8.00	-	-	
Porcentaje de usuarios atendidos en más de 60 minutos		-	-	-	-	41.1	Puebla (65)	Nayarit (17)	Durango (100)	7.25	3.4	Agascalientes (44)	Distrito Federal (1)	48.00	-	-	
Porcentaje de medicamentos surtidos de manera completa a la primera vez		81.9	Guanajuato, Puebla (92)	Michoacán (50.5)	1.82	74.5	Estado de México (89)	Hidalgo (47)	Agascalientes (100)	7.00	75.0	Distrito Federal (99)	Agascalientes (33)	2.97	-	-	

Fuente: elaboración propia con datos de Índices, Encl 2007, Enclurb 2009 Y Unemes-EC 2012.

entre 0 y 50 minutos en su última consulta (en Colima este indicador se asemeja al de Indicas, 85%); 14% entre 51-60 minutos y el resto 35% más de 71 minutos. Colima destaca en este rango con solo 3%. Los datos de Encel reflejan un panorama más desfavorable ya que 56% de la muestra (n=687) reportó haber esperado más de 71 minutos para ser atendido en su última consulta. Aunque el diseño de Encel no es representativo a nivel estatal, tiene menor sesgo de memoria porque se aplica mediante encuestas de salida.

Tiempos de espera en zonas urbanas

El tiempo medio de espera a nivel nacional para centros de salud urbanos fue consistentemente mayor que el observado en el entorno rural. La fuente que mostró el menor tiempo medio nacional fue Unemes-EC, con 19 minutos; no obstante la variación observada entre entidades es considerable (Aguascalientes [76], Oaxaca [8]). La fuente que mostró el segundo menor tiempo medio de espera fue Indicas, con 33 minutos y una variación de un orden de magnitud de 6 (Estado de México 56, Aguascalientes 9). Las encuestas Ensanut y Encel arrojaron valores muy similares, 95 y 94 minutos a nivel nacional respectivamente, mientras que en la Encel la variación entre entidades fue mucho mayor (Durango 193, Chiapas 17).

En cuanto a la distribución del tiempo de espera por rangos en el entorno urbano, Indicas lo separa en las categorías de 0-30, 31-40, 41-50, 51-60 y más de 61 minutos. En 2012, Indicas reporta que 84% de los pacientes esperaron 30 minutos o menos para ser atendidos. Sólo Unemes-EC supera a Indicas en este rubro ya que 91% de la muestra de pacientes entrevistados después de su consulta reportó esperar menos de 30 minutos. Las encuestas nacionales Ensanut y Encel muestran un panorama diferente, ya que en la primera 45% de la muestra se ubicó en este rango de tiempo y 33% en la segunda. Adicionalmente, en ambas encuestas una proporción importante de pacientes (41%) reportaron esperar más de 60 minutos. Destaca el caso de Aguascalientes ya que según Indicas es la entidad que más concentra pacientes en el rango 0-30, mientras que según Encel 100% de los pacientes encuestados (n=26) esperaron entre 51-60 minutos para recibir consulta. En la Ensanut se observó que en Aguascalientes (n=103) 47% de la muestra reportó esperar entre 0-30 minutos y 37% más de 61 minutos.

Surtimiento completo de medicamentos

El sistema Indicas reporta indicadores de surtimiento completo de recetas, desagregados por entorno rural/urbano. En unidades de atención primaria de zonas rurales, Indicas reportó para 2012 una media nacional de 82%. La entidad con el mayor porcentaje reportado fue Guanajuato, con 96% de prescripciones de medicamentos surtidas por completo. En el extremo opuesto, Michoacán reportó 55% durante ese periodo. El indicador nacional observado en Ensanut fue similar al de Indicas (80%), con el máximo en Baja California y Baja California Sur (95%) y el mínimo en Aguascalientes, Guerrero e Hidalgo (56). La menor prevalencia de surtimiento completo se observó en Encel, con 65.4% nacional. El máximo fue en Nayarit (79%) y el mínimo en Durango (33%). Es importante tomar en cuenta que la Encel se realizó en 2007, cinco años antes que las fuentes Indicas y Ensanut.

Según Indicas la prevalencia de surtimiento completo reportada en zonas urbanas y en zonas rurales es similar (82%). También son similares las posiciones relativas de las entidades, si bien Puebla está entre las entidades mejor evaluadas con 92%. En Michoacán, el indicador fue menor que el reportado en zonas rurales de la misma entidad (51%). Ensanut y Unemes-EC arrojan un valor medio nacional de 75% y las entidades mejor evaluadas fueron Estado de México (89%) en el caso de Ensanut y el Distrito Federal (99%) en el de Unemes-EC. De nuevo, la Encel muestra el menor indicador de surtimiento nacional (63%). Si bien en 2007 Aguascalientes fue la entidad mejor evaluada por la Encel (100%), sólo se contó con una observación de las 26 en la entidad. Por el contrario, en la evaluación a Unemes-EC, Aguascalientes (n=39) fue la entidad con la posición más baja (33%) de las 20 entidades visitadas.

Indicadores de trato digno

Satisfacción por la oportunidad en la atención

Los indicadores de satisfacción con la oportunidad en la atención recibida también mostraron variabilidad entre fuentes. Los resultados se presentan en el cuadro 2A.4. En cuanto a la satisfacción con el tiempo que los usuarios debieron esperar para consulta, se observó que el sistema Indicas y Unemes-EC reportan prevalencias de

satisfacción similares (93.4% y 92.7%, respectivamente). La Encel, que en 2007 también realizó encuestas de salida, reportó 62% de pacientes satisfechos con la oportunidad del servicio (tiempo “aceptable” o “corto”). Ensanut reportó en su muestra de hogares que 53.7% de los usuarios de servicios calificaron al tiempo de espera como “corto” o “muy corto”.

Satisfacción con la información proporcionada por el médico

El sistema Indicas ha implementado el reporte de cinco indicadores relacionados con distintos aspectos de la información que se intercambia en la relación médico-paciente. Se lograron construir indicadores equivalentes con la información de Ensanut (cuatro indicadores), Encel (dos indicadores) y Unemes-EC (cuatro indicadores).

El primer indicador mide el porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta ambulatoria de primer nivel permitió hablar sobre su estado de salud. Indicas reportó 98.7% en 2012, muy similar al resultado de Unemes-EC (98.9%) medido por la proporción de pacientes que después de su consulta calificaron como “bueno” o “muy bueno” el tiempo que el médico le dio para hacer preguntas sobre su padecimiento. Sin embargo la variación observada entre entidades fue mayor en Unemes-EC (2.05) comparada con Indicas (1.03). La Encel calculó la proporción de usuarios a quienes el proveedor del servicio escuchó con atención, arrojando una media nacional de 97.8%. Chiapas ocupó la última posición relativa en este indicador (88%).

Otro indicador de satisfacción con la información recibida es el porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa de primer nivel les explicó sobre su estado de salud. La fuente de información con el mayor valor medio nacional fue Indicas, que en 2012 reportó 99.1%, con variabilidad marginal entre entidades. La muestra de Unemes-EC se colocó en el segundo lugar con 97.8% de usuarios satisfechos es decir, que consideraron detallada la información del médico sobre su diagnóstico. La entidad con el menor valor medio fue Aguascalientes, con 90%. De acuerdo a Ensanut, a 84% de los usuarios se les dijo claramente cuál era su enfermedad. En seis entidades 90% de los pacientes recibieron esta información mientras que el valor mínimo para este indicador se encontró en el Distrito Federal y en San Luis Potosí (79%).

En relación a la información del proveedor sobre el tratamiento que deben seguir los usuarios del servicio, Indicas reportó 99.2% de cumplimiento, similar a lo observado en Unemes-EC (98%) respecto a los pacientes que consideraron detallada la información del médico acerca de su tratamiento. Ensanut vuelve a mostrar un indicador más bajo, ya que 86.5% de la muestra respondió que el proveedor le proporcionó explicaciones sobre su tratamiento y las entendió todas. Es posible que el indicador de Ensanut sea más bajo ya que la pregunta incluye haber entendido todas las explicaciones del médico.

El indicador de porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel explicó los cuidados que deben seguir (98.7% nacional en Indicas, 2012) se comparó con la proporción de usuarios a quienes el proveedor del servicio les explicó sobre su tratamiento y los medicamentos que deben tomar (85.4% en Ensanut). Baja California reportó el cumplimiento más alto en Indicas (99.8%) pero se ubicó entre las tres entidades con el indicador más bajo de acuerdo a Ensanut (75%).

El último indicador de satisfacción con el trato es el porcentaje de usuarios que consideraron clara la información que les proporcionó el médico de consulta externa en primer nivel. Los resultados de Indicas (97.5%), Encel (97.5%) y Unemes-EC (97.2%) son similares y en las tres fuentes se observó un coeficiente de variación de magnitud marginal entre entidades federativas. El indicador de Encel consideró a los usuarios a los que en su última consulta el proveedor respondió todas sus preguntas. El que se construyó para comparar a Unemes-EC con Indicas fue la proporción de usuarios que consideraron detallada la información del médico sobre su diagnóstico y evolución. Por último, para Ensanut se calculó la proporción de usuarios a quienes el proveedor dio explicaciones claras sobre su enfermedad, tratamiento y medicamentos que deben tomar (77.8%). Una posible explicación de que el indicador de Ensanut se menor al de las demás fuentes es que se construyó como la conjunción de tres reactivos diferentes en la encuesta. Este indicador puede ser más sensible a lo que se pretende medir en Indicas, ya que no todos los usuarios pueden saber cuál es la información deben recibir por parte del proveedor.

Cuadro 2A.4. Comparación de indicadores de satisfacción con la atención recibida, México 2013

Indicador	Indicac, 2012				Ensanut, 2012				Unemes-EC, 2012								
	Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.	Media	Entidad máx	Entidad mín	Coef. var.					
Satisfacción por la oportunidad en la atención	93.4	Nayarit (97.7)	Distrito Federal (88.4)	1.11	53.7	Chihuahua (74)	Yucatán (39)	1.92	62.0	Oaxaca (78)	Durango (8)	9.8	92.7	4 entidades (100)	Aguascalientes (49)	2.05	
Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les permitió hablar sobre su estado de salud	98.7	Baja California (99.9)	Distrito Federal (97.4)	1.03	-	-	-	-	97.8	5 entidades (100)	Chiapas (88)	1.1	96.9	10 entidades (100)	Veracruz (95)	1.05	
Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre su estado de salud	99.1	Baja California (99.8)	Distrito Federal (98.2)	1.02	84.0	6 entidades (90)	Distrito Federal, San Luis Potosí (79)	1.14	-	-	-	-	97.8	10 entidades (100)	Aguascalientes (90)	1.11	
Satisfacción por la información proporcionada por el médico	99.2	Baja California (99.9)	Aguascalientes (98.4)	1.02	86.5	Baja California Sur, Nuevo León, Tabasco (92)	Baja California, Puebla, Zacatecas (79)	1.18	-	-	-	-	98.0	8 entidades (100)	Coahuila (93)	1.08	
Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre los cuidados que deben seguir	98.7	Baja California (99.8)	Aguascalientes (97.4)	1.02	85.4	5 entidades (91)	Baja California, Hidalgo, Puebla (75)	1.46	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Porcentaje de usuarios que consideraron clara la información que les proporcionó el médico de consulta externa en primer nivel	97.5	5 entidades (99)	Distrito Federal (94.8)	1.04	77.8	Sonora (87)	Hidalgo (65)	1.47	97.5	3 entidades (100)	Querétaro (87)	1.2	97.2	9 entidades (100)	Aguascalientes (90)	1.11	
Satisfacción por el surtimiento de medicamentos	89.1	Guanajuato (96.8)	Michoacán (71)	1.36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Porcentaje de usuarios que consideran bueno el trato recibido en la unidad médica de consulta externa de primer nivel	97.0	Colima, Nayarit (98.9)	Distrito Federal (92.9)	1.06	83.2	Nuevo León (94)	Yucatán (71)	1.35	98.1	4 entidades (100)	Hidalgo (96)	1.0	98.4	15 entidades (100)	Aguascalientes (95)	1.05	
Total de quejas	8.5	Distrito Federal (30)	Nayarit (0.4)	83.55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: elaboración propia con datos de Indicac, Ensanut 2012, Enceurb 2009 Y Unemes-EC 2012.

Satisfacción con el trato recibido

En el rubro de satisfacción con el trato, Indicas reporta rutinariamente la proporción de usuarios que consideran “bueno” el trato recibido en la unidad médica ambulatoria de primer nivel. En las Unemes-EC se observó una elevada proporción de pacientes que calificaron al trato recibido por parte del médico como “bueno” o “muy bueno” (99.4%). En la Encel se preguntó a los usuarios si el médico o enfermera que los atendió los trató con respeto y dignidad y se encontró una media nacional de 98.1 por ciento. Indicas reportó 97% de usuarios que consideran “bueno” el trato recibido y Ensanut reportó 83.2% de usuarios satisfechos, al identificar a los pacientes que calificaron el servicio recibido como “bueno” o “muy bueno”. Nuevo León fue la entidad mejor evaluada (94%) y en Yucatán se observó 71% de usuarios satisfechos. Es importante mencionar que el indicador de Ensanut no hace referencia específica a aspectos del trato como calidad, respeto o dignidad.

Clasificación de las entidades

Los resultados de la posición relativa de las entidades federativas en los tres aspectos de calidad se presentan en el cuadro 2A.5. En el eje de Atención efectiva, la entidad mejor evaluada según Indicas fue Sinaloa y, según Ensanut, Nuevo León. Solo Michoacán conservó

un lugar entre las tres entidades mejor evaluadas entre ambas fuentes de información. Lo mismo puede decirse de Tamaulipas que aparece entre las tres entidades con menor nivel de cobertura de servicios básicos de salud. Sin embargo, la asociación entre ambas clasificaciones para este rubro de calidad es estadísticamente indistinta de cero ($\tau=0.004$).

En cuanto a los indicadores de Organización de los servicios, las fuentes de información no concuerdan sobre las entidades mejor evaluadas. Colima fue la entidad con mejor desempeño según Indicas y Nuevo León de acuerdo a Ensanut. Sin embargo sí concuerdan en cuanto a las de peor desempeño ya que Michoacán, el Distrito Federal e Hidalgo aparecieron en las clasificaciones de Indicas y Ensanut. A pesar de la concordancia observada en el grupo de las entidades menor evaluadas, el valor t fue relativamente bajo ($\tau=0.127$) y no se rechaza la hipótesis nula de que ambas clasificaciones son independientes.

En el rubro de trato digno, Sinaloa fue la entidad mejor evaluada según Indicas, mientras que según Ensanut Nuevo León fue de nueva cuenta la entidad con el mayor cumplimiento. El Distrito Federal y Chiapas fueron las entidades donde se observó menor cumplimiento a los indicadores. El valor de la prueba de concordancia entre ambas clasificaciones es evidencia sólida de que ambas listas son independientes ($\tau=-0.018$).

Cuadro 2A.5. Análisis de los estados mejor y peor evaluados, por fuente de información, México 2013

	Indicas		Ensanut		Coherencia entre clasificaciones	
	Primeros 3	Últimos 3	Primeros 3	Últimos 3	τ -a	valor p
Atención efectiva	Sinaloa	Colima	Nuevo León	Chiapas	0.004	0.9861
	Quintana Roo	Tamaulipas	Hidalgo	Tamaulipas		
	Michoacán	Chihuahua	Michoacán	Guanajuato		
Organización de los servicios	Colima	Michoacán	Nuevo León	Hidalgo	0.127	0.2810
	Durango	Distrito Federal	Baja California Sur	Distrito Federal		
	Yucatán	Hidalgo	Tamaulipas	Michoacán		
Trato digno	Sinaloa	Distrito Federal	Nuevo León	Chiapas	-0.0181	0.8893
	Nayarit	Chihuahua	Coahuila	Puebla		
	Yucatán	Aguascalientes	Sonora	Guanajuato		

Fuente: elaboración propia con datos de Indicas y Ensanut 2012

Al considerar los tres ejes de calidad analizados destaca Nuevo León, ya que de acuerdo a Ensanut fue la entidad mejor evaluada. Chiapas y Guanajuato aparecen entre las tres entidades con peor desempeño en dos de los ejes temáticos de calidad (Atención efectiva y Trato digno), mas no aparecen en la clasificación de las entidades con peor desempeño de acuerdo a Indicas.

Conclusiones

Con respecto a los indicadores de atención prenatal, se encontró una discrepancia importante entre lo reportado por Indicas y las encuestas de salud en lo referente al indicador de cobertura en el examen general de orina. La prevalencia del diagnóstico en Ensanut fue 6 puntos porcentuales más baja que en Indicas (85.4% por 91.5%), mientras que Encel fue de 8.2 puntos menor que la fuente oficial. Se considera que estos indicadores son válidos e incluso más severos que el de Indicas, ya que fueron contruidos sobre la base de pacientes que reportaron haber recibido al menos un examen de orina durante todo su embarazo, en contraste con la fuente oficial que intenta medir la presencia de registro de este examen en los últimos tres meses. Finalmente, Encel reporta 58.5% de cobertura (n=116); este resultado se relaciona con la construcción del denominador ya que hace referencia a aquellas mujeres con embarazo actual a quienes se les tomó una muestra de orina en su última consulta.

En cuanto al desempeño en la cobertura de atención en enfermedad diarreica del menor, la Ensanut encontró una prevalencia de indicaciones de continuar con la alimentación habitual del infante 4 puntos porcentuales menor que Indicas (90.4%). En cuanto a la prescripción del esquema de hidratación, se observó una concordancia entre lo reportado por Indicas y Ensanut. La Encel encontró 51.2% en la muestra de entidades y este hallazgo puede verse influido por un pequeño tamaño de muestra (n=41) y el hecho que Encel pregunta no sólo respecto a la prescripción sino también si recibieron las sales de rehidratación en la clínica. Por tanto, este indicador de Encel refleja también surtimiento completo de medicamentos. En cuanto a la orientación al cuidador sobre signos de alarma o referencia, se encontró una brecha importante entre Indicas y Ensanut (90.2% contra 23 por ciento). Ello puede deberse a que en Ensanut se preguntó a los pacientes qué síntomas de deshidratación conocían y se consideró como conocimiento adecuado el haber reportado por lo menos dos de las ocho opciones

de síntomas en la encuesta. Indicas, por su parte, refleja la existencia auto-reportada de registros en expediente clínico sobre esta actividad de información.

En el caso de las enfermedades respiratorias agudas sólo fue posible comparar el indicador de signos de alarma o dificultad respiratoria. El conocimiento efectivo del cuidador, entendido como conocer dos o más síntomas de dificultad respiratoria, fue 69.5% según Ensanut lo que refleja barreras al acceso a esta información por parte del proveedor ya que Indicas reporta una prevalencia de registros en expediente de 92.9 por ciento.

En el rubro de salud del adulto se encontraron pocas diferencias en la prevalencia de cobertura de actividades de control y prevención de enfermedades crónicas. En el caso de los pacientes con HTA en todas las fuentes resalta una cobertura mayor al 90% en lo referente a medición de peso corporal y toma de presión arterial. Incluso en Ensanut, de representatividad nacional, se observó que 100% de los pacientes con diagnóstico previo de HTA recibieron un examen de presión arterial en los 12 meses previos a la encuesta. Las Unemes-EC, que atienden exclusivamente a pacientes con enfermedades crónicas no reactivas a tratamiento tradicional, mostraron que la totalidad de sus usuarios recibieron mediciones de este tipo en la última nota del expediente. En cuanto a las tasas de control de HTA (140/90 mm Hg), Unemes-EC arroja 80.1% de pacientes controlados en su última nota, contra 84.5% de pacientes alguna vez controlados en los últimos tres meses.

En relación a la cobertura de servicios para el paciente con DM, los resultados de la comparación mostraron cumplimientos mayores al 90% en todas las fuentes, con excepción del indicador de solicitud de prueba de glucemia. Unemes-EC, Indicas y Encelurb mostraron cumplimientos mayores a 95 por ciento; sin embargo Encel encuentra 78% (examen realizado en su última consulta) y Ensanut 44.8% (al menos un examen trimestral en los 12 meses previos a la encuesta). Este último resultado puede estar influenciado por sesgo de memoria; sin embargo, dada la variación entre fuentes, es necesario indagar más profundamente en la situación real de la cobertura de exámenes de niveles de glucosa en sangre. Asimismo, se encontró variabilidad en el indicador de examen de revisión de pies. Unemes-EC fue el estudio que arrojó el indicador (93.4%) más cercano a lo que reportó Indicas en 2012 (96.4%); no obstante hay que señalar que estas unidades especializadas atienden a pacientes de mayor morbilidad

que la población general con diagnóstico de DM-II. Los resultados de Encel y Ensanut en este rubro son contradictorios, ya que 58.3% de los pacientes con DM de la primera encuesta (n=180) tuvieron revisión de pies en su última consulta, mientras que 14.7% de los pacientes con DM en Ensanut reportaron haber recibido este servicio al menos una vez en los últimos 12 meses.

En general, se encontró que los tiempos de espera en primer nivel fueron más elevados en los centros de salud localizados en áreas urbanas. También se observó una subestimación del tiempo promedio de espera para consulta auto-reportado por Indicas ya que, para el conjunto de unidades urbanas, Ensanut y Encel encontraron que los pacientes reportan haber esperado cerca del triple del tiempo para ser atendidos, una vez en el lugar de atención. A ello se suma que Encel realizó entrevistas de salida para la medición del tiempo de espera. El estudio Unemes-EC reveló un tiempo de espera promedio de 19 minutos y es consistente con las conclusiones obtenidas en relación a los niveles de saturación y productividad de estas unidades.¹⁰ En zonas rurales, Encel mostró que los pacientes esperaron, en promedio, 2.5 veces más que el tiempo medio nacional reportado por Indicas. La fuente Ensanut, que hace referencia a algún servicio de salud en las últimas dos semanas, encontró que los usuarios reportaron haber esperado 3.2 veces más tiempo que el observado en la fuente oficial.

En cuanto a la satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar los usuarios para ser atendidos en consulta, se observó que Unemes-EC reporta lo mismo que Indicas (93%). Las encuestas Ensanut y Encel mostraron valores menores, en cerca de 35 puntos porcentuales, que las primeras dos fuentes.

En el indicador de surtimiento íntegro de prescripciones de medicamentos no se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el entorno urbano y rural (82.1% y 81.9%, respectivamente). En las zonas urbanas, la muestra de Unemes-EC reprodujo la prevalencia de surtimiento completo observada en la Ensanut (75%) y Encel ubicó a este indicador en 62.9% nacional.

En cuanto a la satisfacción del usuario con la información proporcionada por el médico, se encontró de nuevo que la satisfacción en los usuarios de Unemes-EC se asemeja a lo reportado por Indicas, mientras que Ensanut encuentra porcentajes menores en aproximadamente 15 puntos porcentuales. El valor más bajo se observó en Ensanut, donde la proporción de usuarios a

los que se dio información sobre su diagnóstico, tratamiento y medicamentos a tomar fue 77.8%.

Indicas es la única fuente que reportó el porcentaje de usuarios satisfechos con la cantidad de medicamentos que le entregaron, por lo que no fue posible comparar este indicador con encuestas independientes. El valor reportado en la fuente oficial a nivel nacional es 89%, con el máximo observado en Guanajuato (96.8%) y el mínimo en Michoacán (71%). Es necesario discutir la pertinencia y sensibilidad a los cambios de este indicador, ya que asume que no existen asimetrías de información entre el paciente y el proveedor en cuanto a la idoneidad de la dosis y duración del tratamiento, o bien que esta asimetría existe pero que es homogénea entre grupos de población.

El indicador de satisfacción con el trato recibido también tuvo variabilidad estatal entre fuentes y se encontró que el menor valor fue el de Ensanut (82.2%). La prevalencia de satisfacción con el trato observada en Unemes-EC (99.4%) fue mayor que la reportada por Indicas (97%). En la Encel se observó un indicador comparable con el de estas dos fuentes.

No existen fuentes con un indicador equivalente al número de quejas que reporta Indicas. Se considera que este indicador debe ser revisado por las instancias competentes, sobre todo en cuanto a la validez del proxy y la utilidad del mismo para la toma de decisiones y comparación entre entidades y sistemas de atención. Que una entidad reporte mayor número de quejas por periodo puede ser reflejo también de características propias de los sistemas de recolección y la insistencia con la que se exhorta al paciente a poner de manifiesto alguna inconformidad con los servicios prestados. Un mejor indicador puede ser el porcentaje de quejas atendidas en los 30 días posteriores a su realización y su desagregación por tipo de proveedor (médico, enfermera(o), técnico de servicio, personal administrativo).

En general, Unemes-EC mostró altos niveles de calidad en todos los ejes. Esto puede ser reflejo de la reciente implementación del programa, de contar con presupuesto etiquetado del Seguro Popular y de la intensidad en la atención clínica dada la expectativa federal y estatal de mostrar efectividad en el control de los padecimientos crónicos de mayor prevalencia.

En el sistema Indicas, además de reportar en la mayoría de los casos mejores indicadores que los calculados con las encuestas nacionales, se observó una menor variación entre entidades. En particular, se identificó un

coeficiente de variación mayor a dos únicamente en los indicadores de porcentaje de pacientes con registro de control glucémico, tiempos de espera y número de quejas, mientras que las demás fuentes tendieron a mostrar variaciones más altas entre entidades. Al comparar las fuentes de representatividad estatal de Indicas con Ensanut, se observó que la segunda encuentra el doble de variabilidad entre entidades, con el criterio de un promedio simple de todos los indicadores analizados para cada fuente.

En general, el sistema Indicas debe fortalecer la confiabilidad de los indicadores de atención efectiva en lo que se refiere al cumplimiento del análisis urológico en atención prenatal, el examen glucémico en pacientes con DM y revisión de pies. También se debe fortalecer la educación del paciente acerca de signos de alarma o referencia para las enfermedades del menor. En el eje de organización de los servicios, se hizo evidente la brecha entre los tiempos de espera auto-reportados por las unidades de atención primaria y lo reportado por los utilizadores de dichos servicios y, por consiguiente, en la prevalencia de usuarios satisfechos con el tiempo de espera. También es necesario incrementar la sensibilidad del indicador de surtimiento completo de medicamentos, a pesar de que el indicador muestre un cambio positivo en el tiempo a nivel nacional como se observa en Ensanut (2012) al compararse con Encel(2007).

Discusión

Este ejercicio demostró la importancia de utilizar un conjunto de fuentes complementarias con datos primarios para comparar y verificar la percepción de los usuarios y los proveedores de servicios en la evaluación de la calidad de la atención médica en el país. El hallazgo de una sobrestimación de los niveles de calidad de la fuente oficial tiene implicaciones importantes para la planeación de los servicios, especialmente en la asignación de recursos para la mejora de la calidad y la implementación de nuevos modelos de atención.

Al comparar los indicadores medidos por medio de las encuestas de salud Ensanut y Encel, en general se observa concordancia en los resultados acerca de la calidad. En lo particular aparecen algunos resultados contradictorios entre Ensanut y Encel, por ejemplo, una diferencia de 43.6 puntos porcentuales en la calidad de la atención en pacientes con DM. Pero, por otro lado,

las dos encuestas contrastan con los resultados que arroja la fuente oficial.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Red de la métrica en salud. Marco de referencia y estándares para los sistemas nacionales de información en salud. Segunda Edición. Génova: OMS; 2008.
2. Ruelas-Barajas E. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. Salud Pública Mex 1992; 34: 29-45.
3. Saturno-Hernández PJ. Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 4: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad Temática 19. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.
4. Saturno-Hernández PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. Rev Calidad Asistencial 1998; 13:437-443
5. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [monografía de internet] México: Sistema Nacional de Indicadores en Salud Indicas. Disponible en <http://dgces.salud.gob.mx/IndicasII/index.php>
6. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [monografía de internet] México: Sistema Indicas Web V.II. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/IndicasII/consulta.php>
7. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana en materia de información en salud. NOM-035-SSA3-2012. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012.
8. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Análisis del sistema Indica con proyección a la mejora de los servicios de salud. México 2005
9. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [monografía de internet] México: Sistema Integral de Calidad en Salud. Indicas en el programa Sicalidad. Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/IndicasII/doctos/sist_Indicas_Sicalidad.pdf
10. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema integral de calidad en salud Sicalidad. México 2008.
11. Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Evaluación Técnico-financiera y de procesos del Sicalidad 2008 Informe Final. [monografía de internet] México: UAM Xochimilco [actualizado 2009 Noviembre 10]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/Sicalidad/EXT09_Sicalidad_IF.pdf
12. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [monografía

- de internet] México: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud Indicas [actualizado 2010 septiembre 10]. Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/IndicasII/doctos/estructura_indicadores.pdf
13. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Manual metodológico de Caminando a la Excelencia 2008-2012. México 2012. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/03_2012_Manual_Cam_Excelencia_vFinal_13nov12.pdf
 14. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [monografía de internet] México: Sistema Nacional de Indicadores en Salud Descargas Software Indicas II. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/IndicasII/descargas.php>
 15. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. [monografía de internet] México: Manuales del sistema nacional de indicadores en salud. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/IndicasII/manuales.php>
 16. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México. Secretaría de Salud, 2012.
 17. Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Dirección de evaluación de los servicios de salud. [monografía de internet] México: Manual de Indicadores de servicios de salud. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/Manual-ih.pdf>
 18. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) [sitio de internet]. Sistema integral de medición de la satisfacción. Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes usuarios de servicios médicos. México [actualizado 2012 diciembre 03]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/servicios/encuesta/Pages/index.aspx>
 19. Gutiérrez JP, Leroy J, López Ridaura R, DeMaría L, Walker D, Campuzano JC, et al. Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de *Oportunidades*. En: Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). Tomo II, El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición. México, DF: Secretaría de Desarrollo Social, 2008. Disponible en: http://www.insp.mx/images/stories/Centros/CIEE/Docs/presentaciones/101213_je1.pdf
 20. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. Murcia España, 2012.
 21. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana del expediente clínico. NOM-004-SSA3-2012. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de octubre de 2012.
 22. Lugo-Félix M, Salazar-Fausto L. Evaluación comparativa del nivel de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud Vicente Guerrero. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Estudios Internacionales y Políticas Públicas.
 23. Nigenda-López G, Juárez C, Ruiz JA, Duarte M, Bonilla P, Aguilar E, González-Block MA. Evaluación de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud 2006-2007. Resumen Ejecutivo. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca Morelos. 2008. Disponible en: http://www.insp.mx/images/stories/Centros/ciss/publicaciones/Docs/120301_evaluacion.pdf
 24. Fajardo-Dolci G, Santacruz-Varela J, Hernández-Torres F, Rodríguez-Suárez J. Evaluación de la calidad de los servicios de salud en México, desde una perspectiva de salud pública. *Rev CONAMED* 2011; 16(3):114-126
 25. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Evaluación externa Sicalidad 2012. Resumen ejecutivo. [monografía de internet] México: UAM Xochimilco. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/Sicalidad/EXT12_Sicalidad_SE.pdf
 26. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of healthcare: part 2: measuring quality of health care. *N Engl J Med* 1996; 335:966-70.
 27. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002; 6(32): 1-244.
 28. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment; Ann Arbor (MI): Health Administration Press; 1980.
 29. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003; 15: 523-30.
 30. Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. *Int J Qual Health Care* 2000; 12: 211-216.
 31. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
 32. Secretaría de Desarrollo Social. Evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2007-2008. Nota técnica sobre el diseño muestral para la Encuesta de Evaluación Rural (Encel) 2007 [monografía en internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública 2007 [consultado 2013 Junio 18]. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/eval_cuant/nota_tecnica_rur_muestra_final_2008.pdf
 33. Secretaría de Desarrollo Social. Evaluación externa del Programa Oportunidades 2010 en zonas urbanas. Efectos de *Oportunidades* en aspectos sociales y educación [monografía en internet]. México: Sedesol, 2011 [consultado 2012 Junio 21].

Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/docs/2010/2010_mp_aspectos_sociales_educ_urbano.pdf

34. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Síntesis ejecutiva de la Evaluación de las Unidades de Especialidades Médi-

cas de Enfermedades Crónicas (Unemes-EC) 2012 [monografía en internet]. México: INSP, 2012 [consultado 2012 junio 24]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/Sintesis_Ejecutiva_-_Unemes_101212_FINAL.pdf

Anexo 2.B
Formatos de recolección e información muestral



SICALIDAD



INDICAS V. II



**PRIMER NIVEL
FORMATOS DE RECOLECCIÓN Y
CONCENTRACIÓN DE DATOS**



CUATRIMESTRE A EVALUAR

Nombre y firma del responsable del levantamiento de datos

Nombre y firma del responsable de la unidad

Nombre y firma del Supervisor Jurisdiccional



NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

INSTITUCIÓN: _____

TIPO DE UNIDAD: 1er Nivel UNEMES Caravanas AREA: Urbana Rural

JURISDICCIÓN / DELEGACIÓN: _____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

LOCALIDAD: _____

CLAVE DE LA UNIDAD:

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL LEVANTAMIENTO DE ENCUESTAS: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE INGRESAR LOS DATOS DEL SISTEMA: _____

Nombre y firma del responsable del levantamiento de datos _____ Nombre y firma del responsable de la unidad _____

Nombre y firma del Supervisor Jurisdiccional _____

SITUAR LA CALIDAD EN LA AGENDA PERMANENTE DEL SISTEMA NACIONAL EN SALUD

Contenido

1. Introducción
2. Ciclo de mejora
3. Tabla muestral para los indicadores de trato digno y organización de los servicios en primer nivel
4. F1-TD/02 Indicador de trato digno de los servicios de consulta externa primer nivel (hoja de recolección)
5. F2-TD/02 Indicador de trato digno de los servicios de consulta externa primer nivel (hoja de concentrado)
6. F1-TE/02 Indicador de tiempo de espera en los servicios de consulta externa de primer nivel (hoja de recolección)
7. F2-TE/02 Indicador de tiempo de espera en los servicios de consulta externa de primer nivel (hoja de concentrado)
8. F1-SM/02 Indicador de surtimiento de medicamentos en los servicios de consulta externa de primer nivel (hoja de recolección)
9. F2-SM/02 Indicador de surtimiento de medicamentos en los servicios de consulta externa de primer nivel (hoja de concentrado)
10. Tabla muestral para los indicadores de atención médica efectiva en primer nivel
11. F1-AP/02 Indicador de atención prenatal en los servicios de consulta externa de primer nivel (hoja de recolección)
12. F2-AP/02 Indicador de atención prenatal en los servicios de consulta externa de primer nivel (hoja de concentrado)
13. F1-IRA/02 Indicador de atención al menor de cinco años con infección respiratoria aguda (hoja de recolección)
14. F2-IRA/02 Indicador de atención al menor de cinco años con infección respiratoria aguda (hoja de concentrado)
15. F1-EDA/02 Indicador de atención al menor de cinco años con enfermedad diarreica aguda (hoja de recolección)
16. F2-EDA/02 Indicador de atención al menor de cinco años con enfermedad diarreica aguda (hoja de concentrado)
17. F1-DM/02 Indicador de atención al paciente diabético (hoja de recolección)
18. F2-DM/02 Indicador de atención al paciente diabético (hoja de concentrado)
19. F1-HTA/02 Indicador de atención al paciente hipertenso (hoja de recolección)
20. F2-HTA/02 Indicador de atención al paciente hipertenso (hoja de concentrado)
21. Formato de documentación y seguimiento de acciones de mejora

Introducción

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (Indicas) integra información proveniente de encuestas realizadas a los usuarios del servicio médico, de los expedientes clínicos y de los registros de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de conocer los niveles de la Calidad Percibida, Calidad Técnica y Calidad de la Gestión de los servicios de salud otorgados en los establecimientos de salud fijos o móviles, para monitorear la calidad e identificar las áreas de oportunidad y tomar decisiones, con el fin de contribuir a brindar servicios de salud con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

El Indicas es un ciclo integral de mejora continua, que permite tanto a los profesionales de la salud (médicos, enfermeros o administrativos del establecimiento de salud) como a los usuarios del servicio (pacientes o familiares) dar seguimiento a los indicadores periodo a periodo y evaluar los resultados de las acciones de mejora implementadas para alcanzar los estándares establecidos; con la recolección de información a través de encuestas, el personal del establecimiento de salud conoce la percepción de los usuarios respecto al servicio brindado; al revisar expedientes clínicos e información basada en los registros de la unidad, se detectan áreas de oportunidad para la mejora en la calidad de los servicios, desde evaluar el servicio brindado por el médico o la enfermera, hasta lograr una estandarización en la práctica clínica.

La recolección de información sólo es una etapa del ciclo de mejora continua, es necesario analizar esa información y tomar acciones de mejora basadas en los resultados, el seguimiento de las mismas se da periodo a periodo con el monitoreo de los indicadores que es, nuevamente, la primera etapa del ciclo, así pues el ciclo de mejora continua es constante con el fin de estandarizar los procesos.

Para que el ciclo de mejora continua tenga éxito, es necesario cumplir con todas las etapas del mismo, es por eso que el monitoreo completo y constante de los indicadores y el correcto tamaño de muestra son factores importantes para que el ciclo de mejora continua funcione.

Con el objeto de tener todos los instrumentos necesarios para el funcionamiento integral del ciclo de mejora continua de Indicas, tener un medio de consulta puntual, completo y accesible, surge el Cuadernillo Indicas 2010, un cuadernillo en donde se encuentra concentrada toda la información necesaria para el correcto uso del Indicas, los formatos de recolección y concentración de datos, así como formatos de documentación y seguimiento de acciones de mejora que se requieren en el establecimiento de salud de forma anual, tanto para indicadores del área médica como de enfermería, ya que los indicadores son del establecimiento de salud y no sólo de áreas específicas.

Ciclo de mejora

Indicas

SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD

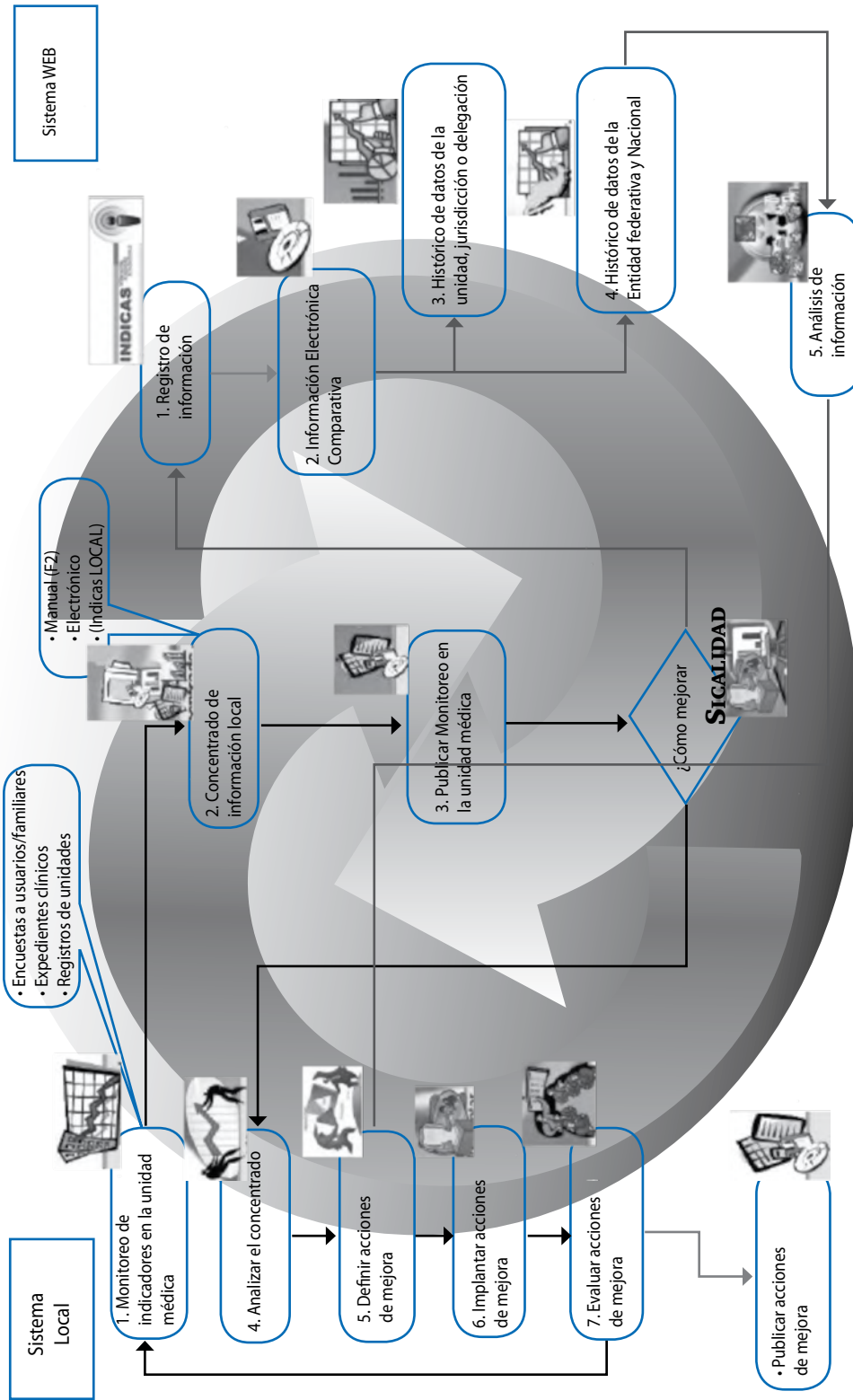


TABLA MUESTRAL PARA LOS INDICADORES DE TRATO DIGNO Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN PRIMER NIVEL

Para que el monitoreo de los indicadores sea el óptimo es necesario utilizar un tamaño de muestra estadísticamente representativo, recordando que el monitoreo es la fotografía de como está operando la unidad médica, por tal razón, al realizar la encuestas debe determinarse el tamaño de la muestra propuesto en la tabla siguiente, dependiendo del número de consultas otorgadas en un periodo en específico, de preferencia mensual, para lo cual se da el siguiente ejemplo:

Mes de consulta	Enero	No. De consultas otorgadas	8000
Mes de encuesta	Febrero	No. De encuestas a realizar	135
Mínimo de encuestas en el periodo cuatrimestral (realizando 4 meses de encuestas)			540

Si cuenta con un número diferente de consultas del que se presenta en la tabla, se anexa la fórmula estadística para que usted realice el cálculo y el tamaño de muestra sea adecuado.
SE RECOMIENDA: REALIZAR EL MUESTREO Y LA CAPTURA DE INFORMACIÓN EN EL SOFTWARE LOCAL DE MANERA MENSUAL, Y EL ENVÍO A LA PÁGINA WEB, DEL ACUMULADO DE INFORMACIÓN DEBE SER CUATRIMESTRAL CON LO CUAL SE CIERRA CADA PERIODO DE MEDICIÓN.

AREA URBANA

Número de consulta	Tamaño de la muestra	Número de consulta	Tamaño de la muestra	Número de consulta	Tamaño de la muestra
110	61	350	99	1000	121
120	64	400	103	2000	129
130	67	450	106	3000	132
140	70	500	108	4000	133
150	72	550	110	5000	134
160	74	600	112	6000	135
170	76	650	114	7000	135
180	78	700	115	8000	135
190	80	750	116	9000	136
200	82	800	118	10000	136
210	83	850	119	11000	136

AREA RURAL

Número de consulta	Tamaño de la muestra	Número de consulta	Tamaño de la muestra	Número de consulta	Tamaño de la muestra
110	26	350	31	1000	33
120	27	400	32	2000	34
130	27	450	32	3000	34
140	28	500	32	4000	34
150	28	550	32	5000	34
160	28	600	33	6000	34
170	29	650	33	7000	34
180	29	700	33	8000	34
190	29	750	33	9000	34
200	29	800	33	10000	34
210	30	850	33	11000	34

$N \cdot Z\alpha^2 \cdot p \cdot q$ $e^2 \cdot (N-1) + Z\alpha^2 \cdot p \cdot q$	
Urbana	Rural
N=No. de consultas del mes inmediato anterior p=70 q=100-p Zα²=1.6384 e=5 e=10	

SITUAR LA CALIDAD EN LA AGENDA PERMANENTE DEL SISTEMA NACIONAL EN SALUD

Despanda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos



INDICADOR DE TRATO DIGNO DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA PRIMER NIVEL



FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS

TIPO DE UNIDAD: Ter Nivel UNEMES Caravanas

FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

AREA: Urbana Rural

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

NOTA: ESTE FORMATO DEBE LLENARSE SÓLO EN CASO DE NO CONTAR CON EQUIPO DE CÓMPUTO EN LA UNIDAD MÉDICA

CUADRO 1. CONCENTRADO MANUAL

P/R	OPCIONES DE RESPUESTA			CONCENTRACIÓN				
	a	b	c	No.	%			
3								
4								
5								
6								
2	a	b	c	D	e	f	No.	%
7								
8								
9								

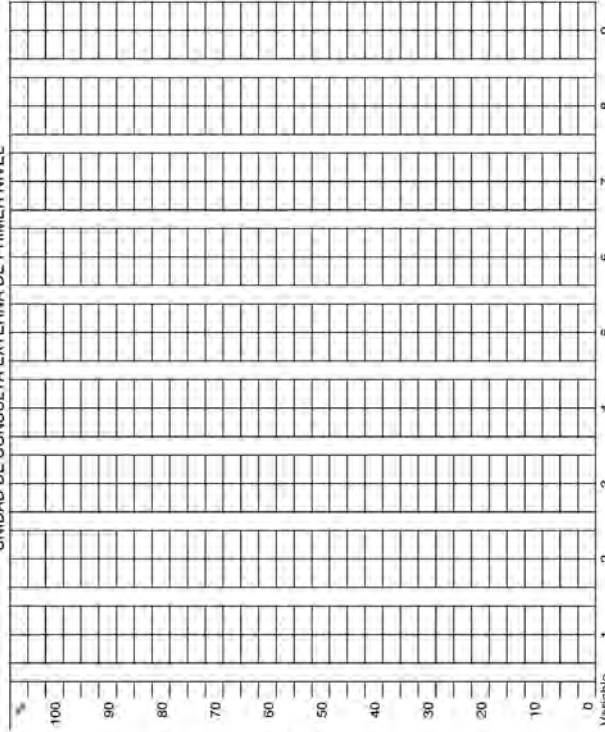
INSTRUCCIONES: 1) Para el llenado de este cuadro, use los datos del formato F1-TD/02 En cada una de las preguntas de la 2 a la 9 sume las respuestas según cada opción y anote cada total en el casillero de la fila correspondiente. 2) Para obtener el porcentaje de las preguntas 3, 4, 5 y 6 divida el total de respuestas (a) *entre el total de mediciones y multiplíquelo por cien. De las preguntas 2, 7, 8 y 9 divida la suma de respuestas "a+b" entre el total de mediciones y multiplíquelo por 100. 3) Al terminar emplee las columnas de concentración y anote el número absoluto y el porcentaje.

CUADRO 3. Áreas en las que recibió mal trato el paciente: (pregunta 10)

Área	No.	%
Recepción		
Archivo Clínico		
Vigilancia de derechos		
Área Médica		
Enfermería		
Trabajo Social		
Laboratorio		
Rayos X		
Farmacia		
Caja		
Módulo de Incapacidades		
Vigilancia		

INSTRUCCIONES: Para el llenado de este cuadro, use los datos de la pregunta 10, anote las frecuencias de las opciones de respuesta, para obtener su porcentaje, divida cada una entre el total de los que contestaron la pregunta 10 y multiplíquelas por cien. Anote en el casillero de la fila correspondiente el resultado

CUADRO 2. PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL



Realice un gráfico de barras para cada pregunta dibuje una barra cuyo longitud estará determinada por el porcentaje que aparece en el cuadro 1. De las preguntas 3,4,5 y 6 grafique el porcentaje de respuestas (a) de las preguntas 2,7,8 y 9 grafique el porcentaje derivado de (a+b)

Despanda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos



INDICADOR TIEMPO DE ESPERA DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA PRIMER NIVEL



FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS

FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

TIPO DE UNIDAD: 1er Nivel

UNEMES

Caravanas

AREA: Urbana

Rural

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

NOTA ESTE FORMATO DEBE DE LLENARSE SÓLO EN CASO DE NO CONTAR CON EQUIPO DE CÓMPUTO EN LA UNIDAD MÉDICA

CUADRO 1

VARIABLE	No.
Tiempo mínimo de espera	
Tiempo máximo de espera	
Total de casos	
Total de minutos	
Promedio de tiempo de espera en minutos	

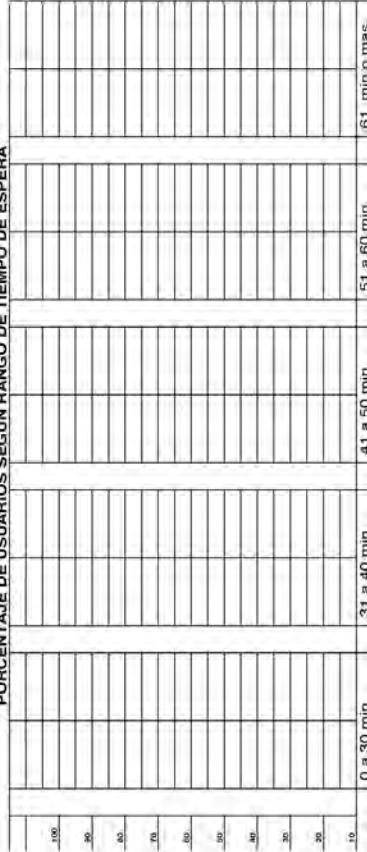
CUADRO 2

AREA RURAL	
Consulta Externa	No. %
A) 0 a 30 minutos	
B) 31 a 40 minutos	
C) 41 a 50 minutos	
D) 51 a 60 minutos	
E) 61 a 70 minutos	
F) 71 minutos y mas	

CUADRO 3

AREA URBANA	
Consulta Externa	No. %
A) 0 a 30 minutos	
B) 31 a 40 minutos	
C) 41 a 50 minutos	
D) 51 a 60 minutos	

PORCENTAJE DE USUARIOS SEGÚN RANGO DE TIEMPO DE ESPERA



Despanda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos

F2-SM/02



**INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE SURTIMIENTO DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS
DE CONSULTA EXTERNA DE PRIMER NIVEL**



FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS

FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

TIPO DE UNIDAD: 1er Nivel

UNEMES

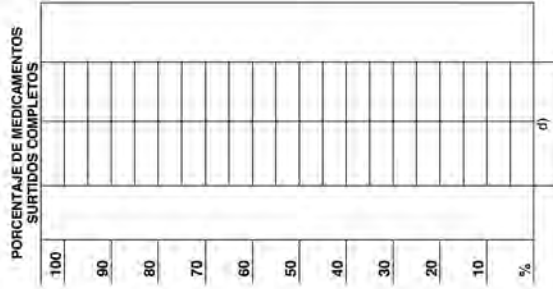
Caravanas

AREA: Urbana

Rural

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CONCENTRADO MANUAL	
Variable	No. %
a) Numero de casos	
b) Numero de medicamentos recetados	
c) numero de medicamentos surtidos completos	
d) Porcentaje de medicamentos surtidos completos con respecto a los recetados	



Representar con grafico de barras al valor obtenido en el casillero del concentrado manual

TABLA MUESTRAL PARA LOS INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA EFECTIVA EN PRIMER NIVEL

Para que el monitoreo de los indicadores sea el óptimo es necesario utilizar un tamaño de muestra estadísticamente representativo, recordando que el monitoreo es la fotografía de cómo está operando la unidad médica, por tal razón, al realizar la revisión de expedientes, este deberá ser con base en el número de consultorios de cada establecimiento de salud. Se revisaran 10 expedientes clínicos por cada Núcleo Básico del establecimiento de salud de forma **MENSUAL**, si el establecimiento de salud cuenta con más de 15 núcleos básicos, calcular el número de expedientes a revisar adicionales.

Criterios con los cuales se deberá elegir la muestra de los expedientes clínicos

ATENCIÓN PRENATAL	EDA	IRA	Atención al Paciente Diabético	Atención al Paciente Hipertenso
20%	10%	10%	40%	20%

Es decir, por cada 10 expedientes clínicos seleccionados dos de ellos deberán corresponder a pacientes en Atención Prenatal, 1 a EDA, 1 a IRA, 4 a pacientes con Diabetes y 2 pacientes con Hipertensión Arterial.

La selección de los expedientes se hace con base en la siguiente tabla.

ATENCIÓN PRENATAL	EDA	IRA	Atención al Paciente Diabético	Atención al Paciente Hipertenso
CONSULTAS SUBSECUENTES	CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	CASOS EN TRATAMIENTO O EN CONTROL CON AL MENOS 3 MESES DE ATENCIÓN	CASOS EN TRATAMIENTO O EN CONTROL CON AL MENOS 3 MESES DE ATENCIÓN

PROCEDIMIENTO:

A partir de la hoja diaria de reporte de consulta del médico, identificar en el reporte y marcar con colores diferentes para cada una de las especialidades a revisar.

Para la selección sistemática de los expedientes a revisar de cada indicador, primero hay que enumerar en forma consecutiva e independiente los registros para cada entidad clínica; después, dividir el total de cada una entre el tamaño de la muestra correspondiente; la cifra resultante será el intervalo de selección de expedientes.

Ejemplo si la unidad tiene nueve núcleos básicos, se seleccionaran 90 expedientes atendidas en el periodo, y el tamaño de muestra para el indicador de atención prenatal será de 20%, entonces se deberán revisar 18 expedientes. De esta manera: $90/18=5$; esto significa que los expedientes a revisar serán el: 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85 y 90 completando así la muestra.

Solicitar al archivo clínico los expedientes seleccionados para cada indicador.

TABLA MUESTRAL PARA LOS INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA EFECTIVA EN PRIMER NIVEL

Tabla muestral hasta 15 núcleos básicos

Núcleos Básico	No. Expedientes	Atención Prenatal	EDA	IRA	Atención al Paciente Diabético	Atención al Paciente Hipertenso
1	10	2	1	1	4	2
2	20	4	2	2	8	4
3	30	6	3	3	12	6
4	40	8	4	4	16	8
5	50	10	5	5	20	10
6	60	12	6	6	24	12
7	70	14	7	7	28	14
8	80	16	8	8	32	16
9	90	18	9	9	36	18
10	100	20	10	10	40	20
11	110	22	11	11	44	22
12	120	24	12	12	48	24
13	130	26	13	13	52	26
14	140	28	14	14	56	28
15	150	30	15	15	60	30

SE RECOMIENDA: REALIZAR EL MUESTREO Y LA CAPTURA DE INFORMACIÓN EN EL SOFTWARE LOCAL DE MANERA MENSUAL, Y EL ENVÍO A LA PÁGINA WEB, DEL ACUMULADO DE INFORMACIÓN DEBE SER CUATRIMESTRAL CON LO CUAL SE CIERRA CADA PERÍODO DE MEDICIÓN.



**INDICADOR NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE ATENCIÓN PRENATAL DE LOS SERVICIOS
DE CONSULTA EXTERNA PRIMER NIVEL**



Despanda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos

FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS

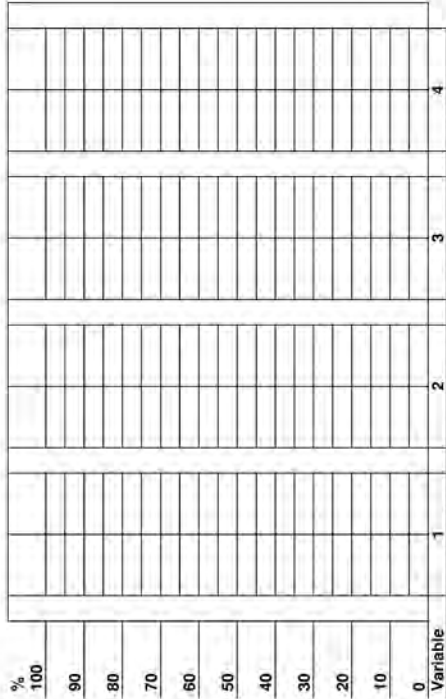
TIPO DE UNIDAD: Ter Nivel UNEMES Caravanas Urbana Rural

AREA:

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CONCENTRADO MANUAL		
VARIABLE	No.	%*
Número de casos		
1. Registro de peso		
2. Registro de presión arterial		
Del total cuantas tuvieron 24 semanas o más de embarazo		
3. Registro de loco fetal en embarazadas de 24 semanas o más		
4. Registro de examen general de orina en alguna de las 3 primeras notas		

* Para obtener el porcentaje deberá dividir el número de casos entre el total de encuestas en el periodo



Representar con gráfico de barras los valores porcentuales que aparecen en la tabla de concentración manual, cada una de las variables de la 1 a la 4

Despanda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos



**INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS CON
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)**



FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS

FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

TIPO DE UNIDAD: 1er Nivel

UNEMES

Caravanas

ÁREA: Urbana

Rural

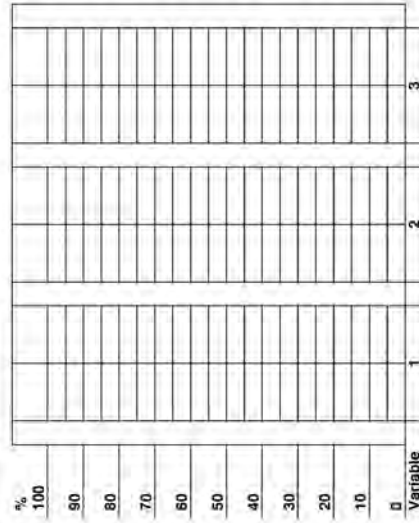
NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

NOTA: ESTE FORMATO DEBE LLENARSE SÓLO EN CASO DE NO CONTAR CON EQUIPO DE CÓMPUTO EN LA UNIDAD MÉDICA.

CONCENTRADO MANUAL

VARIABLE	No.	%*
Número de casos		
1. Evaluación de la frecuencia respiratoria		
2. Búsqueda de datos clínicos de infección de vías respiratorias bajas		
3. Orientación al cuidador para identificar dificultad respiratoria o signos de alarma		

* Para obtener el porcentaje deberá dividirse el número de casos entre el total de encuestas en el periodo



Representar con gráfico de barras los valores porcentuales que aparecen en la tabla de concentración manual de las preguntas 1, 2 y 3

Despinda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos



**INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE ATENCIÓN AL MENOR DE CINCO AÑOS CON
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)**



FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS

TIPO DE UNIDAD: Ter Nivel

UNEMES

Caravanas

FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

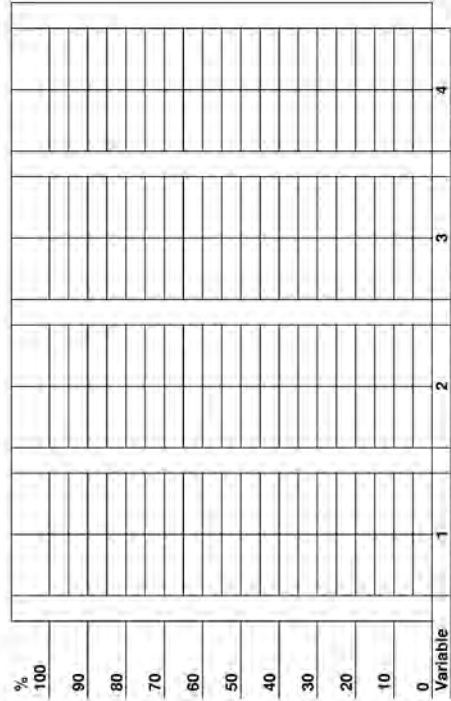
AREA: Urbana Rural

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CONCENTRADO MANUAL

VARIABLE	No.	%*
Número de casos		
1. Evaluación clínica del estado de hidratación		
2. Indicación de continuar con la alimentación habitual del menor		
3. Prescripción de esquema de hidratación		
4. Orientación al cuidador acerca de signos de alarma y/o referencia		

* Para obtener el porcentaje deberá dividir el número de casos entre el total de encuestas en el periodo



Representar con gráfico de barras los valores porcentuales que aparecen en la tabla de concentración manual, cada una de las Variables de la 1 a la 4

Desprenda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos



INDICADOR DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO



FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS

TIPO DE UNIDAD: Ter Nivel

UNEMES

Caravanas

AREA: Urbana

Rural

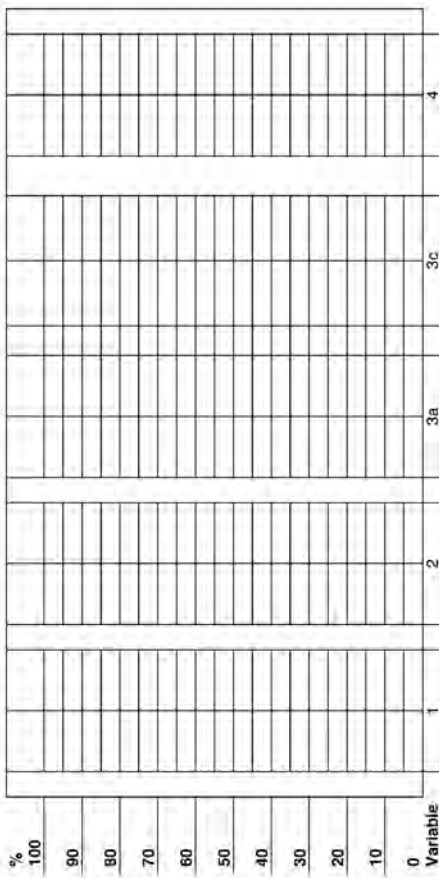
FECHA DE ELABORACIÓN: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

CONCENTRADO MANUAL

VARIABLE	No.	%*
Número de casos		
1. Registro de peso.		
2. Registro de tensión arterial.		
3a. Registro de solicitud de glucemia en últimos tres meses.		
3c. Registro de glucemia menor a 140mg en los últimos tres meses.		
4. Registro de revisión de pies en los últimos tres meses.		

* Para obtener el porcentaje deberá dividir el número de casos entre el total de encuestas en el período



Representar con gráfico de barras los valores porcentuales que aparecen en la tabla de concentración manual de las preguntas 1, 2, 3*, 3c y 4.

Después de que la Jurisdicción ingrese los datos



INDICADOR DE ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO
INDICADOR DE ATENCIÓN AL PACIENTE HIPERTENSO



FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS

TIPO DE UNIDAD: Ter Nivel UNEMES Caravanas Urbana Rural

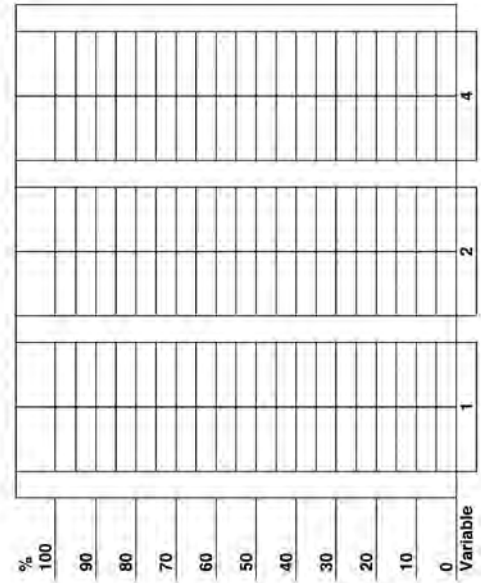
NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

CONCENTRADO MANUAL

VARIABLE	No.	%*
Número de casos		
1. Registro de peso		
2. Registro de tensión arterial		
4. Registro de TA menor a 140/90 en la nota más reciente en los últimos 3 meses.		

* Para obtener el porcentaje deberá dividir el número de casos entre el total de encuestas en el periodo



Representar con gráfico de barras los valores porcentuales que aparecen en la tabla de concentración manual de las preguntas 1, 2 y 4

Desprenda en caso de que la jurisdicción ingrese los datos



**INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
FORMATO DE DOCUMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA**



FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

TIPO DE UNIDAD: 1er Nivel UNEMES Caravanas

AREA: Urbana Rural

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

INSTRUCCIONES: Cada periodo la unidad médica deberá de identificar los Índices y/o Indicadores con valores críticos, y definir las acciones de mejora que se implementarán para elevar los valores de los mismos, así como las fechas compromiso, valores meta y la documentación de los métodos de análisis que se emplearon en el proceso. Es importante no solo la documentación de las acciones de mejora, sino el seguimiento de las mismas, ya que con el podremo; ver si nuestro esfuerzo se refleja en la calidad de los servicios de salud.

Nombre del Índice o Indicador a analizar: Indicadores / Variables a mejorar:	Valor en el periodo: Valor actual:	Valor estándar: Valor meta:	Seguimiento Responsable Fecha
Análisis de causas (método de análisis utilizado)	Fecha compromiso	Requerimientos	

Nombre del Índice o Indicador a analizar: Indicadores / Variables a mejorar:	Valor en el periodo: Valor actual:	Valor estándar: Valor meta:	Seguimiento Responsable Fecha
Análisis de causas (método de análisis utilizado)	Fecha compromiso	Requerimientos	

SITUAR LA CALIDAD EN LA AGENDA PERMANENTE DEL SISTEMA NACIONAL EN SALUD

Hoja: _____ de _____

Anexo 2.C

Matriz metodológica para la construcción de indicadores equivalentes

Variable	Ensanut 2012	Encel 2007	Encelurb 2009	Unemes-EC 2012
Porcentaje de expedientes con registro de peso corporal en la última nota	[Número de utilizadoras que durante su último embarazo se les midió el peso corporal al menos 1 vez / Total de utilizadoras con algún embarazo durante 2012] × 100	[Número de utilizadoras con embarazo al momento de la encuesta que se les midió el peso corporal en su última consulta / Total de utilizadoras con embarazo actual] × 100	[Número de utilizadoras con embarazo actual o en los últimos 12 meses que se les midió peso corporal alguna vez durante el embarazo / Total de utilizadoras con embarazo actual o en los últimos 12 meses] × 100	-
Porcentaje de expedientes con registro de presión arterial en la última nota	[Número de utilizadoras que durante su último embarazo se les midió presión arterial al menos 1 vez / Total de utilizadoras con algún embarazo durante 2012] × 100	[Número de utilizadoras con embarazo al momento de la encuesta que se les tomó la presión arterial en su última consulta / Total de utilizadoras con embarazo actual] × 100	[Número de utilizadoras con embarazo actual o en los últimos 12 meses que se les midió peso corporal alguna vez durante el embarazo / Total de utilizadoras con embarazo actual o en los últimos 12 meses] × 100	-
Porcentaje de expedientes con registro de foco fetal después de las 24 semanas de embarazo	-	[Número de utilizadoras con embarazo mayor o igual a 24 semanas al momento de la encuesta que escucharon el latido cardíaco fetal en su última consulta / Total de utilizadoras con embarazo actual mayor o igual a 24 semanas] × 100	-	-
Porcentaje de expedientes con registro de EGO en una nota de los últimos 3 meses	[Número de utilizadoras que durante su último embarazo se les realizó examen general de orina al menos 1 vez / Total de utilizadoras con algún embarazo durante 2012] × 100	[Número de utilizadoras con embarazo al momento de la encuesta y se les tomó muestra de orina en su última consulta / Total de utilizadoras con embarazo actual] × 100	[Número de utilizadoras con embarazo actual o en los últimos 12 meses que se les realizó examen general de orina al menos 1 vez durante el embarazo / Total de utilizadoras con embarazo actual o en los últimos 12 meses] × 100	-
Porcentaje de expedientes con registro de evaluación del estado de hidratación	-	-	-	-
Porcentaje de expedientes con registro de indicación de continuar con la alimentación habitual del menor	[Número de utilizadores menores de 5 años con enfermedad diarreica en las últimas 2 semanas que buscaron atención médica y recibieron explicación sobre cuidados generales / Total de utilizadores menores de 5 años con enfermedad diarreica en las últimas 2 semanas] × 100	-	-	-
Porcentaje de expedientes con registro de prescripción de un esquema de hidratación	[Número de utilizadores menores de 5 años con enfermedad diarreica en las últimas 2 semanas que buscaron atención médica y recibieron sugerencia de terapia de rehidratación oral / Total de utilizadores menores de 5 años con enfermedad diarreica en las últimas 2 semanas] × 100	[Número de utilizadores menores de 5 años con enfermedad diarreica que recibieron o les fue prescrita terapia de rehidratación oral / Total de utilizadores de servicios menores de 5 años con enfermedad diarreica en su última consulta] × 100	-	-
Porcentaje de expedientes con registro de orientación al cuidador acerca de signos de alarma o referencia	[Número de cuidadores de menores de 5 años con enfermedad diarreica en las últimas 2 semanas que buscaron atención médica y conocen al menos 2 signos de deshidratación / Total de utilizadores menores de 5 años con enfermedad diarreica en las últimas 2 semanas] × 100	-	-	-

Porcentaje de expedientes con registro de evaluación de la frecuencia respiratoria	-	-	-	-
Porcentaje de expedientes con registro de búsqueda de signos clínicos de infección respiratoria baja	-	-	-	-
Porcentaje de expedientes con registro de capacitación al cuidador para identificación de signos de alarma o dificultad respiratoria	[Número de cuidadores de menores de 5 años con enfermedad respiratoria en las últimas 2 semanas que buscaron atención médica y conocen al menos 2 signos de alarma / Total de utilizadores menores de 5 años con enfermedad respiratoria en las últimas 2 semanas] × 100	-	-	-
Porcentaje de expedientes con registro de peso corporal	-	[Número de utilizadores con diagnóstico previo de HTA que en su última consulta fueron pesados con báscula / Total de utilizadores con diagnóstico previo de HTA] × 100	-	[Número de utilizadores con diagnóstico de HTA ó DM+HTA con registro de medición de peso corporal en la última nota del expediente / Total de utilizadores con diagnóstico de HTA ó DM+HTA] × 100
Porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial en última nota	[Número de utilizadores con al menos 4 tomas de presión arterial en los últimos 12 meses/ Total de utilizadores con diagnóstico previo de HTA] × 100	[Número de utilizadores con diagnóstico previo de HTA que en su última consulta se les midió presión arterial / Total de utilizadores con diagnóstico previo de HTA] × 100	[Número de utilizadores con diagnóstico previo de HTA con al menos 1 toma de presión arterial en los últimos 12 meses/ Total de utilizadores con diagnóstico previo de HTA] × 100	[Número de utilizadores con diagnóstico de HTA ó DM+HTA con registro de toma de presión arterial en la última nota del expediente / Total de utilizadores con diagnóstico de HTA ó DM+HTA] × 100
Porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial por debajo de 140/90 mm Hg en una nota de los últimos 3 meses	-	-	-	[Número de utilizadores con diagnóstico de HTA o DM+HTA con registro de presión arterial por debajo de 140/90 mm Hg en su última nota del expediente / Total de utilizadores con diagnóstico de HTA o DM+HTA] × 100
Porcentaje de expedientes con registro de peso corporal en última nota	-	[Número de utilizadores con diagnóstico previo de DM que en su última consulta fueron pesados con báscula / Total de utilizadores con diagnóstico previo de DM] × 100	-	[Número de utilizadores con diagnóstico de DM ó DM+HTA con registro de medición de peso corporal en la última nota del expediente / Total de utilizadores con diagnóstico de DM ó DM+HTA] × 100
Porcentaje de expedientes con registro de tensión arterial en la última nota	-	[Número de utilizadores con diagnóstico previo de DM que en su última consulta se les midió presión arterial / Total de utilizadores con diagnóstico previo de DM] × 100	[Número de utilizadores con diagnóstico previo de DM con al menos 1 toma de presión arterial en los últimos 12 meses/ Total de utilizadores con diagnóstico previo de DM] × 100	[Número de utilizadores con diagnóstico de DM ó DM+HTA con registro de toma de presión arterial en la última nota del expediente / Total de utilizadores con diagnóstico de DM ó DM+HTA] × 100
Porcentaje de expedientes con registro de solicitud de Glucemia en los últimos 3 meses	[Número de utilizadores con diagnóstico previo de DM con al menos 4 exámenes de glucosa en sangre en los últimos 12 meses / Total de utilizadores con diagnóstico previo de DM] × 100	[Número de utilizadores con diagnóstico previo de DM que en su última consulta se les midió el nivel de glucosa en sangre / Total de utilizadores con diagnóstico previo de DM] × 100	[Número de utilizadores de servicios con diagnóstico previo de DM con al menos 1 examen de glucosa en sangre en los últimos 12 meses / Total de utilizadores con diagnóstico previo de DM] × 100	[Número de utilizadores con diagnóstico de DM o DM+HTA con registro de examen de glucosa en sangre en su última nota del expediente / Total de utilizadores con diagnóstico de DM o DM+HTA] × 100
Porcentaje de expedientes con registro de Glucemia por debajo de 140 mg en resultados de últimos 3 meses	-	-	-	[Número de utilizadores con diagnóstico de DM o DM+HTA con registro de glucosa en sangre por debajo de 140 mg/dl en su última nota del expediente] × 100
Porcentaje de expedientes con registro de revisión de pies en últimos 3 meses	[Número de utilizadores con diagnóstico previo de DM con al menos 1 revisión de pies en los últimos 12 meses / Total de utilizadores con diagnóstico previo de DM] × 100	[Número de utilizadores con diagnóstico previo de DM que en su última consulta recibieron revisión de pies / Total de utilizadores con diagnóstico previo de DM] × 100	-	[Número de utilizadores con diagnóstico de DM o DM+HTA con al menos 1 registro en el expediente de revisión de pies / Total de utilizadores con diagnóstico de DM o DM+HTA] × 100

Tiempo promedio para recibir consulta	$[\Sigma \text{ Número de minutos que el usuario de servicios esperó para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}]$	$[\Sigma \text{ Número de minutos que el usuario de servicios esperó para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}]$	-	-
Porcentaje de usuarios atendidos entre 0 y 50 minutos	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 0 y 50 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}] \times 100$	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 0 y 50 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}] \times 100$	-	-
Porcentaje de usuarios atendidos entre 51 y 60 minutos	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 51 y 60 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}] \times 100$	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 51 y 60 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}] \times 100$	-	-
Porcentaje de usuarios atendidos entre 61 y 70 minutos	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 61 y 70 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}] \times 100$	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 61 y 70 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}] \times 100$	-	-
Porcentaje de usuarios atendidos en más de 71 minutos	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron más de 71 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}] \times 100$	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron más de 71 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}] \times 100$	-	-
Porcentaje de medicamentos surtido de manera completa a la primera vez	$[\text{Número de usuarios de servicios que les recetaron medicamentos y fueron surtidos de forma completa en su última consulta} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}] \times 100$	$[\text{Número de usuarios de servicios que les recetaron medicamentos y fueron surtidos de forma completa en su última consulta} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas rurales}] \times 100$	-	-
Tiempo máximo para recibir una consulta	-	-	-	-
Tiempo mínimo para recibir consulta	-	-	-	-
Tiempo promedio para recibir consulta	$[\Sigma \text{ Número de minutos que el usuario de servicios esperó para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas urbanas}] \times 100$	$[\Sigma \text{ Número de minutos que el usuario de servicios esperó para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas urbanas}] \times 100$	-	$[\Sigma \text{ Número de minutos que el usuario de servicios esperó en su última consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios encuestados de Unemes-EC}] \times 100$
Porcentaje de usuarios atendidos entre 0 y 30 minutos	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 0 y 30 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas urbanas}] \times 100$	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 0 y 30 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas urbanas}] \times 100$	-	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 0 y 30 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios encuestados de Unemes-EC}] \times 100$
Porcentaje de usuarios atendidos entre 31 y 40 minutos	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 31 y 40 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas urbanas}] \times 100$	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 31 y 40 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas urbanas}] \times 100$	-	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 31 y 40 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios encuestados de Unemes-EC}] \times 100$
Porcentaje de usuarios atendidos entre 41 y 50 minutos	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 41 y 50 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas urbanas}] \times 100$	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 41 y 50 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios en zonas urbanas}] \times 100$	-	$[\text{Número de usuarios de servicios que esperaron entre 41 y 50 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención} / \text{Total de usuarios de servicios encuestados de Unemes-EC}] \times 100$

Porcentaje de usuarios atendidos entre 51 y 60 minutos	[Número de utilizadores de servicios que esperaron entre 51 y 60 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención / Total de utilizadores de servicios en zonas urbanas] × 100	[Número de utilizadores de servicios que esperaron entre 51 y 60 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención / Total de utilizadores de servicios en zonas urbanas] × 100	-	[Número de utilizadores de servicios que esperaron entre 51 y 60 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención / Total de utilizadores de servicios encuestados de Unemes-EC] × 100
Porcentaje de usuarios atendidos en más de 60 minutos	[Número de utilizadores de servicios que esperaron más de 61 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención / Total de utilizadores de servicios en zonas urbanas] × 100	[Número de utilizadores de servicios que esperaron más de 61 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención / Total de utilizadores de servicios en zonas urbanas] × 100	-	[Número de utilizadores de servicios que esperaron más de 61 minutos para consulta, una vez en el lugar de atención / Total de utilizadores de servicios encuestados de Unemes-EC] × 100
Porcentaje de medicamentos surtido de manera completa a la primera vez	[Número de utilizadores de servicios que les recetaron medicamentos y fueron surtidos de forma completa en su última consulta / Total de utilizadores de servicios en zonas urbanas] × 100	[Número de utilizadores de servicios que les recetaron medicamentos y fueron surtidos de forma completa en su última consulta / Total de utilizadores de servicios en zonas urbanas] × 100	-	[Número de utilizadores de servicios que les recetaron medicamentos y fueron surtidos de forma completa en su última consulta / Total de utilizadores de servicios encuestados de Unemes-EC] × 100
Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera en consulta externa de primer nivel	[Número de utilizadores de servicios que califican al tiempo que esperaron para consulta como "corto" o "muy corto" / Total de utilizadores de servicios] × 100	[Número de utilizadores de servicios que califican al tiempo que esperaron para consulta como "aceptable" o "corto" / Total de utilizadores de servicios] × 100	-	[Número de utilizadores de servicios que califican al tiempo que esperaron para consulta como "adecuado" o "corto" / Total de utilizadores de servicios encuestados de Unemes-EC] × 100
Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les permitió hablar sobre su estado de salud	-	[Número de utilizadores a quienes el proveedor del servicio escuchó con atención / Total de utilizadores de servicios] × 100	-	[Número de utilizadores de servicios que calificaron como "bueno" o "muy bueno" el tiempo que el médico le dio para hacerle preguntas sobre su padecimiento / Total de utilizadores de servicios encuestados de Unemes-EC] × 100
Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre su estado de salud	[Número de utilizadores a quienes el proveedor del servicio les dijo claramente cuál era su enfermedad / Total de utilizadores de servicios] × 100	-	-	[Número de utilizadores de servicios que consideraron detallada la información del médico sobre su diagnóstico / Total de utilizadores de servicios encuestados de Unemes-EC] × 100
Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre el tratamiento que deben seguir	[Número de utilizadores a quienes el proveedor del servicio le dio explicaciones sobre su tratamiento y las entendió todas / Total de utilizadores de servicios] × 100	-	-	[Número de utilizadores de servicios que consideraron detallada la información del médico sobre el tratamiento / Total de utilizadores de servicios encuestados de Unemes-EC] × 100
Porcentaje de usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre los cuidados que deben seguir	[Número de utilizadores a quienes el proveedor del servicio les explicó sobre su tratamiento y los medicamentos que deben tomar / Total de utilizadores de servicios] × 100	-	-	-
Porcentaje de usuarios que consideraron clara la información que les proporcionó el médico de consulta externa en primer nivel	[Número de utilizadores a quienes el proveedor del servicio les explicó claramente sobre su enfermedad, tratamiento y medicamentos que deben tomar / Total de utilizadores de servicios] × 100	[Número de utilizadores a quienes el proveedor del servicio les respondió todas sus preguntas / Total de utilizadores de servicios] × 100	-	[Número de utilizadores de servicios que consideraron detallada la información del médico sobre su diagnóstico y evolución / Total de utilizadores de servicios encuestados de Unemes-EC] × 100
Porcentaje de usuarios que consideran bueno el trato recibido en la unidad médica de consulta externa de primer nivel	[Número de utilizadores que califican el servicio recibido como "bueno" o "muy bueno" / Total de utilizadores de servicios] × 100	[Número de utilizadores que consideran que el médico o enfermera que otorgó el servicio los trató con respeto y dignidad / Total de utilizadores de servicios] × 100	-	[Número de utilizadores de servicios que calificaron la atención recibida por el médico de Unemes-EC como "buena" o "muy buena" / Total de utilizadores de servicios encuestados de Unemes-EC] × 100

Componente 3. Participación de pacientes y población

Estrategia de mejora de la calidad basada en la participación del paciente y población: fomento y atención explícita al papel de pacientes y comunidades en la mejora de la calidad. Atención centrada en el paciente, familia y población

Introducción

La atención centrada en el paciente, extendida a la familia y a la comunidad a medida que ampliamos también el foco y objeto de la calidad de los servicios de salud, es considerada a nivel internacional como una de las dimensiones clave de la calidad.^{1,2} De hecho la calidad, entendida como “cumplir con las necesidades y expectativas del usuario del producto o servicio a quién vaya dirigido”, es una cuestión clave en cualquier ámbito. En el caso de la salud no es posible hacerla realidad sin contar con los propios pacientes y población, cuya participación es el eje central tanto para cumplir con esta dimensión de la calidad como para avanzar en su mejora continua.

Como en todas las dimensiones de calidad de los servicios es necesario utilizar las herramientas de medición y los indicadores oportunos para evaluar la implementación, identificar oportunidades de mejora y controlar cambios. El caso de la atención centrada en el paciente es peculiar porque tanto el enfoque como las herramientas de medición han evolucionado en años recientes y este proceso continúa. El enfoque se ha ido ampliando desde la atención individual a la colectiva y considera ambos ámbitos. Las herramientas también se han perfeccionado, desde aquellas iniciales centradas casi exclusivamente en la satisfacción subjetiva con los servicios recibidos hasta los esfuerzos actuales para abarcar todos los componentes de esta importante dimensión. También se utilizan diversas metodologías para obtener información más objetiva sobre la experiencia de los usuarios con el sistema de salud para identificar de manera más clara qué aspectos es necesario mejorar.³

El objetivo de este reporte es presentar los resultados de los análisis de la situación actual sobre el fomento y atención explícita de la participación del paciente y

comunidad o grupos sociales en la evaluación y mejora de la calidad en las unidades médicas ambulatorias de los Servicios Estatales de Salud (Sesa). Para los análisis se revisaron tanto las formas de participación que se implementan actualmente como la metodología y las herramientas que se utilizan.

Metodología de los análisis

Marco conceptual

La participación del paciente y población en la mejora de la calidad de los servicios se enmarca en una dimensión específica de la calidad, la atención centrada en el paciente/población, cuya definición se ha desarrollado desde un enfoque estrecho enfocada en la satisfacción subjetiva hasta el concepto más amplio de la aceptabilidad de los servicios. Este concepto requiere que el paciente sea tomado en cuenta como persona integrada en su contexto familiar, cultural y social y tanto él como la comunidad participen a través de diversas metodologías con el personal de salud en la toma de decisiones para evaluar la calidad de la atención sanitaria. Ambos aspectos –la atención centrada en el paciente, familia, comunidad o población y las distintas formas en que se realiza su participación– así como las características de las herramientas para medir la mejora constituyen el marco de referencia para los análisis realizados.

El concepto de atención centrada en el paciente y la población

Diversos autores, instituciones y organizaciones han formulado propuestas sobre los componentes y elementos que deben considerarse en la atención centrada en

Cuadro 3.1. Componentes y términos sobre atención centrada en el paciente según diversas instituciones

International Alliance of Patients' Organizations (Principios)	Institute of Medicine (Dimensiones)	OMS -Regiones Western Pacific and South-East Asia (Características)	Institute for Patient-and Family-Centered Care (Conceptos esenciales)	National Research Corporation/Picker Institute (Dimensiones)
Respeto	Compasión, empatía, y respuesta a las necesidades, valores y preferencias expresadas	Acceso equitativo al sistema de salud, tratamientos efectivos, y apoyo psico-social	Respeto y dignidad	Respeto a los valores, preferencias y necesidades expresadas por el paciente
Derecho y poder de decisión		Habilidades personales que permitan control sobre la salud y compromiso con el sistema de salud: comunicación, colaboración mutua y respeto, establecimiento de metas, toma de decisiones, solución de problemas y autocuidado.	Participación en la toma de decisiones	Participación de familiares y allegados
Participación en la política sanitaria		Apoyo a la participación en la toma de decisiones en la atención sanitaria, incluyendo política sanitaria	Colaboración en el desarrollo e implementación de políticas y programas sanitarios, educación profesional, diseño de centros asistenciales y provisión de servicios	
Acceso y apoyo	Apoyo emocional, aliviando el miedo y la ansiedad			Apoyo emocional, y alivio del miedo y la ansiedad Acceso a la atención
Información	Información, comunicación y educación Confort físico Coordinación e integración	Acceso a información y educación sanitarias clara, concisa e inteligible.	Compartir información	Información, comunicación y educación. Confort físico Coordinación e integración de la atención. Transición y continuidad

Nota: Los componentes que figuran en la misma fila están relacionados pero no implican necesariamente equivalencia. El contenido de cada columna es relativamente independiente.

Fuente: Saturno PJ. Métodos de participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Participación activa y participación solicitada por el sistema. Gestión de quejas y reclamaciones. Manual del master en gestión de calidad de los servicios de salud. Módulo 7; Unidad Temática 1. Universidad de Murcia, 2012.

el paciente. Las propuestas abarcan el espectro individual y el colectivo, y esta es una de las características particulares de esta dimensión de la calidad: puede considerarse tanto a nivel del paciente individual como a nivel poblacional, comunitario. El cuadro 3.1 sintetiza las diversas definiciones de los “principios”, características”, “conceptos esenciales” o “dimensiones” de la atención centrada en el paciente. Como puede verse las palabras clave más frecuentes son “respeto”, “apoyo”, “información” y “participación”.

En el plano de la atención individual, Berwick señala que la atención centrada en el paciente es “una dimensión de calidad en la atención a la salud por derecho propio”. Se vincula con otros objetivos deseados como seguridad y efectividad, transfiere poder al paciente y considera sus necesidades y expectativas como lo primordial en la gestión de calidad. Esta dimensión asume que no debe hacerse nada al paciente sin el paciente y que cada paciente es único y coloca al paciente y a la comunidad en el centro del control de la atención sanitaria.⁴

A nivel internacional la conceptualización más prevalente de la atención centrada en el paciente es la publicada por el Institute of Medicine (IOM) en 2001: “Provisión de atención sanitaria que es respetuosa con y que responde a las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que los valores del paciente guían todas las decisiones clínicas”. Hay cada vez más evidencia de que la atención clínica con enfoque centrado en las personas puede aumentar la satisfacción y responsabilidad del paciente y de sus familias y que esta atención reduce la severidad de los síntomas, el uso de recursos y los costos de la atención a la salud.⁵

En cuanto al ámbito comunitario, la Declaración de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO) establece que la atención centrada en el paciente debe basarse en los siguientes principios: “respeto a las preferencias y necesidades del paciente; derecho y poder de decisión para que en forma responsable participe en las decisiones que afectan su vida; participación en la política sanitaria y social que repercuten en la vida de los pacientes y ciudadanos; acceso y apoyo para recibir atención integral y con equidad; e información clara y confiable de acuerdo a sus condiciones socio-culturales”.⁶ Al extender el concepto de “atención centrada en el paciente” a familiares y allegados y a la población en general se convierte en una característica del sistema de salud que se mueve desde el ámbito individual (proceso asistencial individual) al colectivo (sis-

temas de salud). Una política pública con este enfoque permite abordar de manera más adecuada disparidades sociales, étnicas y socioeconómicas en la calidad de la atención a la salud y sus resultados.⁷

Formas de participación del paciente y la población en la mejora de la calidad

Una revisión de las diversas formas para tomar en cuenta al paciente y a la población y mejorar así la calidad de la atención sanitaria permite clasificarlas en formas de participación *activa* (iniciada por los propios pacientes/población) y participación *solicitada* por el sistema de salud para utilizarla en la mejora continua de la calidad.⁹ Estas dos formas no son excluyentes, como tampoco lo son las actividades y metodologías específicas que aparecen en el cuadro 3.2. Un matiz adicional importante es que, desde el punto de vista del sistema de salud, la participación solicitada es responsabilidad exclusiva del propio sistema. En el caso de la participación activa, el papel del sistema de salud es aprovecharla, fomentarla, apoyarla y hacerla posible mediante iniciativas jurídicas y normativas.

Puede observarse que tanto en las formas de participación activa como en las de participación solicitada existen metodologías aplicables, en la atención individual (quejas y reclamaciones, participación activa en el proceso asistencial, encuestas de satisfacción y encuestas tipo informe) y en la colectiva a través de (órganos de participación comunitaria, encuestas de satisfacción y expectativas). Otras metodologías, tales como la in-

Cuadro 3.2. Formas de participación activa y solicitada por el sistema a usuarios o población para la evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud

Formas de participación activa del usuario en la evaluación y mejora de la calidad	Formas de participación de los usuarios solicitadas por el sistema de salud
Elección de proveedores. Quejas y reclamaciones. Asociaciones de usuarios y consumidores. Consejos salud y otros órganos de participación comunitaria en salud. Participación activa en proceso asistencial.	Grupos focales, informadores clave y otras técnicas de investigación cualitativa. Encuestas de satisfacción y expectativas. Informes de los usuarios. Participación activa en proceso asistencial.

Fuente: Saturno P. Métodos de participación del usuario en los programas de gestión de calidad.³

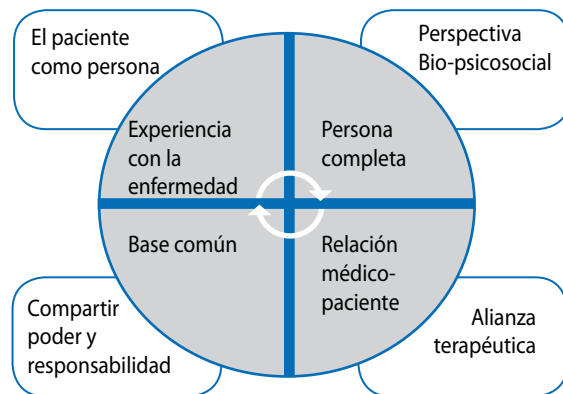
investigación cualitativa y la participación en el proceso asistencial, son aplicables en los dos ámbitos.

Herramientas de medición de y para la participación del paciente

La transformación del enfoque de la “satisfacción” al de “aceptabilidad de la atención” y “atención centrada en el paciente” ha sido paralela al desarrollo de herramientas diferenciadas para su medición. Hoy en día se considera que la satisfacción es tan sólo uno de los posibles resultados del desempeño correcto de la atención centrada en el paciente, pero no es el único indicador para valorar hasta qué punto se está cumpliendo con esta dimensión y cuáles son los aspectos a mejorar. De hecho una de las críticas más constantes ha sido la dificultad de identificar mediante encuestas de satisfacción tradicionales aquellos aspectos sobre los que se puede actuar para mejorarlos. Como respuesta surgieron las encuestas tipo informe, cuyo objetivo es obtener información sobre la experiencia del proceso de atención desde el punto de vista del paciente con base en hechos específicos que revelen la presencia o ausencia de problemas incluyendo aquellos relacionados con la participación del paciente, y no sólo una valoración subjetiva de su grado de satisfacción.⁸

Como se ha indicado, la definición operativa de la dimensión centrada en el paciente sigue en evolución y se advierte la necesidad de nuevas y más completas herramientas que sirvan para medir y monitorizar su cumplimiento. Una revisión reciente sobre las herramientas aplicables en el primer nivel de atención⁹ concluye con un modelo (figura 3.1) de cuatro dimensiones a considerar: 1) La experiencia de la enfermedad del paciente como persona; 2) La persona como totalidad en su perspectiva bio-psico-social; 3) Existencia de una base común entre el proveedor entendido no sólo como el médico sino el equipo de salud y el paciente, familia y comunidad en donde comparten el poder y la responsabilidad; y 4) Una relación entre las partes ya sea individual o colectiva en alianza terapéutica con el equipo de salud.

La revisión identificó a nivel internacional una de las herramientas más completas, la encuesta de "Percepción del Paciente sobre Atención Centrada en el Paciente" (PPPC) desarrollada en Canadá,¹⁰ mide la percepción del paciente durante la última consulta con un médico familiar e incluye tres de las cuatro dimensiones



Adaptado de: Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME: Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care; A systematic Review of Tools for Family Medicine, *Ann Fam Med* 2011; 9:155-164

Figura 3.1. Modelo para medición de la atención centrada en el paciente

del marco conceptual. Por otra, se identificó a la “Medición de Atención de Consulta” (CCM por sus siglas en inglés) desarrollada en Gran Bretaña,¹¹ que evalúa las cuatro dimensiones del marco conceptual y se utiliza en la atención de pacientes crónicos.

Esta dimensión de la calidad centrada en el paciente/población se desarrolla actualmente en varios países, tanto en el campo de los servicios como en el de la docencia. Todas estas experiencias permitirán evaluar el enfoque de acuerdo a cada sistema de salud, buscando en todo momento el respeto por las preferencias, valores y derechos de los pacientes.¹²⁻¹³

Sin embargo, las herramientas para medir la participación a nivel colectivo y la atención centrada en la población como concepto general están menos desarrolladas así como los indicadores para medir el despliegue real de las políticas y estrategias relacionadas con este componente.

Fuentes de información utilizadas

Se realizó una revisión documental de fuentes primarias y secundarias para la búsqueda de datos relacionados con la dimensión de la calidad centrada en el paciente y las principales formas de participación activa y participación solicitada por el sistema. El análisis documental incluyó los aspectos normativos o marco jurídico existente.¹⁴⁻¹⁶ Se analizaron los

avances sobre aval ciudadano enmarcados en la Cruzada Nacional por la Calidad.¹⁷ y la evaluación de los derechos de los pacientes.¹⁸ Se revisó la información sobre el Sistema de Quejas del programa Sicalidad¹⁹⁻²³ y los correspondientes al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)²⁴⁻²⁶ Se revisó el funcionamiento de aval ciudadano así como reportes, formatos, la encuesta utilizada para la medición de satisfacción del paciente y otros documentos.²⁷⁻³⁰ Se analizaron las evaluaciones aval ciudadano y sicalidad,³¹⁻³³ y las encuestas realizadas a los avales y a los profesionales de la salud. Además se revisaron los resultados de la evaluación de las funciones de salud pública³⁴⁻³⁶ y el Informe de seguimiento construir ciudadanía en salud: aval ciudadano, que describe las unidades avaladas en transparencia.³⁷

Métodos empleados para resumir la información

Para el análisis de los aspectos conceptuales se revisaron las características del marco normativo, mientras que las diversas formas posibles de participación (cuadro 3.2) sirvieron de marco de referencia para identificar las acciones y estrategias emprendidas en la práctica, así como para identificar y analizar las herramientas de medición y monitoreo existentes que fueron analizadas en relación a su adecuación y utilidad potencial. Los datos sobre el Sistema de Quejas permitieron identificar la principal iniciativa de participación del paciente, así como el avance e implantación del sistema. Los resultados del Siraval y del Informe de seguimiento, construir ciudadanía en salud: aval ciudadano, contribuyeron a reconocer los avances de participación de la población por entidad federativa y la proporción de unidades médicas avaladas en transparencia. Esos resultados también permitieron identificar las oportunidades de mejora señaladas tanto a nivel nacional como en las unidades médicas UM de los Sesa.

Resultados de los análisis

Desde el punto de vista de la normatividad parece existir un marco jurídico general relevante y suficiente para apoyar a la población como sujeto de derecho a la salud y para facilitar la participación del paciente y de la comunidad en la gestión de la calidad de los servicios de salud.

Existen diversas iniciativas dentro de este ámbito, tanto para fomentar la participación activa como solicitada al paciente a través de actividades e información para contribuir a la mejora de los servicios. Los problemas surgen al analizar la realidad operativa. Por una parte, al considerar formas de participación que al parecer no se reconocen en la práctica. Por otra, al constatar las limitaciones de alcance y metodología y las duplicidades de las formas de participación que se han implementado en las UM de los Sesa.

En las unidades médicas de los Sesa el Sistema de Quejas operado a través del modelo Mande para aplicación sectorial coexiste con el que aplica el Sistema de Protección Social en Salud bajo su normatividad y cada institución revisa por separado la información.

Otro ejemplo paradigmático es de la iniciativa, interesante pero limitada, de aval ciudadano. La participación solicitada se limita a obtener mediante encuestas de satisfacción defectuosas en su metodología y en sus herramientas de aplicación, información para avalar los datos que obtiene a través del mismo instrumento el personal de salud. También en este caso se duplica la intervención ya que el SPSS aplica una encuesta de satisfacción, dirigida a objetivos similares pero con diferentes criterios, lo que le confiere una escasa utilidad práctica.

Aspectos conceptuales y marco normativo

Uno de los objetivos relevantes del Sistema Nacional de Salud es “proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos”.¹⁴ Para contribuir a ello, la Ley General de Salud (LGS) faculta a la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud a promover “la participación de las organizaciones de la sociedad civil, para la realización de acciones conjuntas y suma de esfuerzos en favor de la calidad de los servicios de salud que recibe la población”.¹⁵

Por otro lado, los derechos y obligaciones de los usuarios establecidos en el Reglamento de la Ley en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica¹⁶ incluyen:

- Participar organizadamente en los programas de mejoramiento de la salud individual y colectiva, así como en los de prevención de enfermedades, accidentes y rehabilitación.

- Obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.
- Presentar sus quejas, reclamaciones y sugerencias, respecto de la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos o privados

El programa Sicalidad y el del Seguro Popular tienen el mismo nivel programático y ambos incluyen lineamientos que en teoría facilitan la participación de los pacientes y el ejercicio de sus derechos, condición iniciada desde el 2002 por el *Programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud* cuyos objetivos: 1. Proporcionar un trato digno a todos los usuarios; 2. Incorporar a la población en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud, y 3. Establecer un sistema de información único, básico y confiable de procesos y resultados de la calidad se agruparon en diez factores clave¹⁷ entre los que destacan para este análisis el primero, relacionado con los derechos de los pacientes, y el décimo, relacionado con la participación social, que dio base a la iniciativa aval ciudadano. El “Factor Clave No 1” postula la dignidad de la persona para transitar del usuario objeto al usuario sujeto de derechos con quien se debe establecer una relación de coparticipación que ayude al paciente a ayudarse a sí mismo. Se establece para ello una Carta de los Derechos de los Pacientes; son diez y varios están estrechamente ligados a la atención centrada en el paciente y a su participación: decidir libremente sobre su atención, otorgar o no su consentimiento válidamente informado y ser atendido cuando esté inconforme por la atención recibida, por ejemplo. La Carta de los Derechos de los Pacientes fue retomada por Sicalidad y sigue vigente.

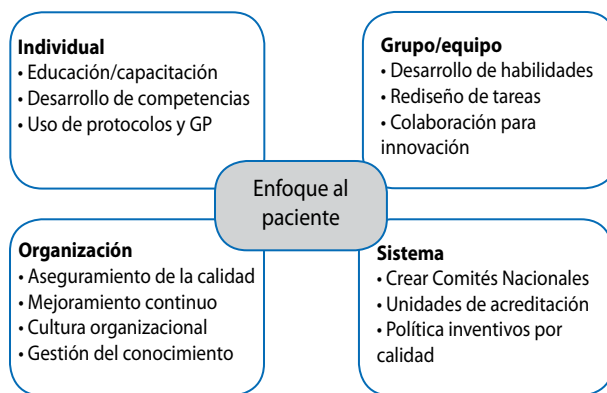
Por su parte, el capítulo IX de la Ley General de Salud relativo a los Derechos y Obligaciones de los beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) estableció desde 2004 una Carta de Derechos y Responsabilidades para sus afiliados. Este documento incluye los diez derechos de la Carta de los Derechos de los Pacientes mencionada anteriormente y añade otros siete. Tres de ellos se relacionan directamente con la participación del paciente y la población en cuanto a los derechos a recibir información, decidir libremente sobre su atención y presentar quejas. Otros se relacionan con los derechos que concede la afiliación al Seguro Popular.

El cuadro 3.3 compara carta de derechos de Sicalidad (heredada de la Cruzada) y la del Seguro Popular.

El propósito de la difusión de la carta de derechos es fomentar que los profesionales de la salud desarrollen un compromiso social que incida directamente en la mejora de la calidad en su dimensión técnica e interpersonal. Se consideró también que el conocimiento de estos derechos por parte de los usuarios les volvería más exigentes para demandar servicios de salud de calidad. No parece, sin embargo, que la mera difusión haya sido motor suficiente para este cambio. Al menos en los Sesas no se ha evaluado de manera general cuáles son los derechos que los pacientes reconocen, en qué medida son claros para ellos y sobre todo cuáles exigen. Una evaluación sobre el ejercicio de tutela de derechos de los afiliados al Seguro Popular concluye que si bien parece haber mejorado la prestación de los servicios de salud no han mejorado el empoderamiento de los afiliados ni la exigencia de sus derechos.¹⁸

Tampoco es claro por qué se establecen derechos diferentes para la población en general y para los afiliados al Seguro Popular, dado que esas diferencias no son exclusivamente las relacionadas con la afiliación en sí misma.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud ha colocado en su página de internet (figura 3.2) la imagen del sistema de gestión de calidad y señala que estará centrado en el paciente. Sin embargo, no se



Pag. Web. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, consultada julio 2013. Establecer un Sistema de Gestión de Calidad centrado en el paciente con un esquema de garantía y aseguramiento que incluya incentivos de mejora continua, e impacte en la percepción general de los servicios prestados

Figura 3.2. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Sicalidad. Programa de Calidad Efectiva en Servicios de Salud (Process)

Cuadro 3.3. Descripción comparativa de la Carta de Derechos de los Pacientes según Sicalidad y para el Seguro Popular

Carta de los derechos de los pacientes programa Sicalidad	Carta de los derechos de los afiliados al Seguro Popular
1. Recibir atención médica adecuada	1. Recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos cubiertos en la red de unidades médicas del Seguro Popular
2. Recibir trato digno y respetuoso	2. Recibir servicios integrales de salud
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz	4. Recibir trato digno, respetuoso y atención de calidad
4. Decidir libremente sobre su atención	6. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado	9. Decidir libremente sobre su atención
6. Ser tratado con confidencialidad	10. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión	11. Ser tratado con confidencialidad
8. Recibir atención médica en caso de urgencia	12. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
9. Contar con un expediente clínico	13. Recibir atención médica en urgencias
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida	8. Contar con su expediente clínico
	17. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida
	3. Acceso igualitario a la atención
	5. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud
	7. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud
	14. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica
	15. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban
	16. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, o ante los Servicios Estatales de Salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas

Fuente: Elaboración propia

encontró información sobre su concepto y componentes a considerar.

Formas de participación implementadas

De entre las diversas posibles modalidades incluidas en el cuadro 3.2, para la participación activa se ha imple-

mentado un Sistema de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones para obtener información básicamente sobre satisfacción y también sobre algunos aspectos de la asistencia y en la participación solicitada por el Sistema de salud se cuenta con la iniciativa aval ciudadano. No hay evidencia de iniciativas de carácter general para fomentar formas de participación importantes tales como

la participación activa en el propio proceso asistencial. Tampoco para la utilización rutinaria de métodos de investigación cualitativa que son relevantes para identificar problemas y expectativas así como para dar con base en encuestas tipo informe, las cuales no son utilizadas como política oficial.

Modelo de gestión para la atención de quejas

Las reglas de operación de Sicalidad publicadas en diciembre de 2010 incorporaron el llamado Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (Mande) para “expresar la voluntad de escucha y atención que se dirige a los usuarios del Sistema Nacional de Salud”.¹⁹ Las Instrucciones para su implementación, publicadas en abril de 2011,²⁰ definen el modelo, establecen sus objetivos y marco jurídico, el ámbito de aplicación (sectorial), la política de difusión y las responsabilidades, plazos y mecanismos para la respuesta y resolución de las quejas y sugerencias. Las Instrucciones proporcionan también una clasificación de las quejas para el reporte mensual de resultados por parte de los gestores de calidad y exhortan a que esas quejas sean analizadas en los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (Cocasep) para su incorporación al Plan de Mejora Continua de la unidad médica. La DGCES se compromete a proporcionar asesoría técnica y capacitación de Mande y a apoyar a las entidades federativas e instituciones del sector salud que lo requieran en el desarrollo de proyectos relacionados con el modelo.

Los objetivos de Mande incluyen la estandarización de los criterios para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones con el fin de garantizar y tutelar los derechos de los pacientes y familiares, así como la incorporación de los hallazgos al Plan de Mejora Continua por la Calidad y la Seguridad del Paciente. Se establece que en la evaluación del desempeño de Sicalidad se analizará el grado de implantación y avance de Mande. A fines de 2012 la Memoria Anual de Calidad Percibida²¹ indica que se desconoce el grado de implantación del modelo en 22 entidades federativas (68.7%). Las otras entidades (31.3%) han desarrollado el modelo o han fortalecido los existentes, como en el caso de Veracruz. El documento nacional no menciona resultados de avance de los estados pero las entidades que elaboraron sus memorias presentan algunos datos. Dada la diversidad de criterios, sin embargo, no es posible comparar la información,

como ocurre en el caso de San Luis Potosí y Durango.²²⁻²³ Ello limita el cumplimiento de los objetivos establecidos en el modelo.

Por otro lado el Sistema de Quejas propuesto por el Sistema de Protección Social en Salud señala en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social²⁴ que los Sesas deben difundir entre las unidades médicas y las unidades administrativas la información necesaria para que los beneficiarios puedan presentar sus quejas en forma sencilla y ágil. El Sistema establece que las quejas pueden presentarse a través de su centro de atención telefónica del sistema o en las unidades médicas de la Secretaría y también por escrito de manera directa. La SSA debe promover mecanismos de coordinación para facilitar la atención adecuada a las preguntas, quejas y sugerencias de los beneficiarios sobre los servicios de salud del sistema.

Por otro lado el informe de evaluación externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012²⁵ que presenta los resultados de la Auditoría Superior de la Federación 2010, señala que en ocho estados y en el DF (25%) no se tuvo un control adecuado de las quejas y sugerencias. Once estados y el DF (37%) no incluyeron dentro de los resultados la información sobre el tema. En las otras entidades (37%) las quejas más frecuentes se refieren a la atención médica deficiente o insuficiente; mala atención/maltrato por el personal; surtimiento incompleto de medicamentos; largos tiempos de espera para recibir atención; cobro de consulta/ medicamentos/procedimientos, y problemas con la reafiliación / maltrato del gestor.

Encuestas a los pacientes

De todos los enfoques y herramientas para obtener información sobre la calidad de los servicios desde el punto de vista del paciente, el único que ha implementado Sicalidad es una encuesta con ocho preguntas de valoración subjetiva y dos preguntas en relación a la objetivación del tiempo de espera y el surtimiento de medicamentos (encuesta de “trato digno”, anexo 3.A). La encuesta de “trato digno” evalúa opinión y satisfacción subjetiva con determinados aspectos de la atención (tiempo de espera, información recibida, surtimiento de medicamentos, trato respetuoso) y utiliza respuestas dicotómicas y una escala tipo Likert con criterios de “muy insatisfecho” a “altamente satisfecho”. La metodología para la construcción de las preguntas es cuestionable,

por su grado de ambigüedad (por ejemplo “el médico le permitió hablar sobre su estado de salud” o “el médico le explicó sobre su estado de salud”) y en otras por su inadecuación (por ejemplo si quedó satisfecho con la cantidad de medicamentos). La tabulación de las respuestas traducidas siempre como satisfacción (cuando no siempre se pregunta satisfacción) es también inadecuada e incongruente. Los indicadores (o variables, tal como se les llama en el Indicas) a que da lugar cada pregunta se agregan en cuatro indicadores de satisfacción (con el tiempo de espera, con la información proporcionada por el médico, el surtimiento de medicamentos, y el trato recibido), tal como se menciona en el capítulo que analiza el sistema de información.

La encuesta de satisfacción que utiliza Sicalidad no permite identificar las causas que generan la insatisfacción ni otro tipo de problemas en los diferentes contextos en la que se aplica. Por ejemplo, se reconoce como necesidad de los pacientes no tener que esperar mucho tiempo para recibir atención aunque no se sabe si la espera prolongada ocurre por escasez o impuntualidad del personal, por una inadecuada organización de horarios o sistema de citas o por otras causas.

El Seguro Popular, por su parte, establece en un documento los Lineamientos para evaluar la Satisfacción del Usuario del Sistema de Protección Social en Salud.²⁶ Estos lineamientos fueron emitidos en 2007 por la Secretaría de Salud para identificar modelos explicativos de satisfacción a través del análisis de encuestas a los usuarios. El diseño y aplicación de las encuestas se licita a diversas instituciones para identificar la percepción respecto a la atención médica recibida en las diferentes fases que la determinan: oportunidad, proceso y resultados de la atención; amabilidad, relaciones con el personal e información sobre el problema de salud. Los Lineamientos señalan además que se deben identificar variables contextuales de prevalencia de enfermedad y utilización de servicios, tanto de las intervenciones del Catálogo único de servicios de salud (Causes) como de las intervenciones cubiertas por el Fondo de Gastos Catastróficos en el ámbito nacional.

La Dirección General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS debe determinar, en coordinación con las entidades federativas, los periodos en que se llevarán a cabo las encuestas en los domicilios de los usuarios y, de ser posible, en los Comités Regionales Asesores sobre Estadísticas de Salud para los casos de Gastos Catastróficos. Los

regímenes estatales (REPSS) deben presupuestar recursos para realizar las encuestas y deben coordinarse con los Sesa para su aplicación en las 32 entidades federativas. El análisis se debe desagregar a nivel estatal, jurisdiccional, municipal y local y se deben realizar acciones para mejorar la prestación del servicio y la calidad de la atención en sus unidades médicas mediante el reforzamiento de las mismas y la capacitación continua del personal operativo. Por último, al término de cada trimestre (marzo, junio, septiembre y diciembre) deben informar a la CNPSS sobre las estrategias o actividades que estén desarrollando para mejorar la calidad de la atención.

Estas encuestas no son tema de análisis de esta evaluación, pero una vez más llama la atención la duplicidad de instrumentos para evaluar un mismo objetivo, “la satisfacción de los pacientes por la atención recibida en las unidades médicas”.

Aval ciudadano

Aval ciudadano (AC) surgido a partir del “Factor clave número 10” de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se inició en el 2003 para legitimar la transparencia de los resultados del monitoreo de indicadores de satisfacción de trato digno a fin de recuperar la confianza de la población a través de cotejar los resultados obtenidos por el personal de las unidades médicas con los obtenidos por las organizaciones ciudadanas.²⁷ La capacidad de convocatoria de las unidades médicas y el interés generado en las organizaciones de la sociedad civil y grupos organizados impulsaron de manera importante la participación social en esta iniciativa. Ello propició una ampliación, no exenta de dificultades, del cometido original de aval ciudadano. Además, la metodología empleada por los avales depende de la que se utiliza para la evaluación rutinaria de los indicadores de trato digno por los proveedores de las unidades médicas y resulta poco adecuada. Por un lado, certifica una cierta concordancia entre la información oficial y la obtenida por los AC sobre indicadores cuyo diseño incorrecto y medidos sin mecanismos de control, han aportado una baja utilidad. Por otro, no hay evidencia clara de cuánto ha contribuido el aval ciudadano a la mejora real de la calidad de la atención ya que este componente ha quedado en segundo plano.

Nos encontramos entonces ante una iniciativa innovadora e interesante pero escasamente aprovechada por diversas razones relacionadas tanto con el potencial de la participación ciudadana como con dinámicas de

mejora que no han sido desarrolladas en las UM. Para comprender mejor esta aseveración revisaremos los resultados obtenidos del análisis de la conceptualización y evolución de aval ciudadano así como su metodología y los indicadores y resultados obtenidos en las evaluaciones efectuadas.

Conceptualización y evolución de aval ciudadano

El aval ciudadano fue diseñado inicialmente como un mecanismo para asegurar transparencia a través de la participación ciudadana más que como mecanismo para la mejora (más allá del sistema de información). Se definió la participación ciudadana como el conjunto de disposiciones que proponen, facilitan, regulan y hacen efectiva la intervención de los ciudadanos en actividades de la administración pública que los afectan, -como lo es la calidad de los servicios de salud- sin integrarse en las estructuras institucionales²⁸ y considera tanto la participación individual como usuario o paciente y la colectiva como sociedad. La dinámica del programa ha ido introduciendo algunos cambios pero parece seguir infrutilizado en las dinámicas de mejora. En general pueden distinguirse tres fases en su evolución, hasta la situación actual.

Primera fase 2002-2003. Aval ciudadano inició sus operaciones en las unidades médicas como mecanismo de transparencia. En esta fase se incluyó la indicación de que cada gestor (líder) de calidad estatal convocara a participar a una organización aval ciudadano en el Consejo Estatal de Calidad para analizar los resultados emitidos por los avales locales. Esta indicación, sin embargo, no se cumplió en la mayoría de las entidades. Pero uno de los avances que puede reseñarse es que se redujo el temor del personal de las UM y autoridades a la participación ciudadana una vez que se comprobó que todas las partes estaban abiertas a mantener una buena comunicación y el respeto mutuo.

Segunda fase 2004-2006. Las experiencias para avalar la transparencia de trato digno llevaron a los AC a planear su participación en el impulso de la mejora de la calidad. De manera conjunta con la Subdirección de Vinculación Ciudadana la Secretaría de Salud autorizó ampliar el programa más allá de validar el trato digno. Se reformularon los objetivos de aval ciudadano para

incluir la identificación de necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios de salud, promover entre los usuarios y la ciudadanía los derechos generales de los pacientes y participar con el personal de salud en la toma de decisiones corresponsables para mejorar el trato digno. En esta fase también se exhortó a los pacientes a manifestar sus quejas, felicitaciones o propuestas de mejora ya fuera por escrito en los buzones, en forma verbal a las autoridades o por vía telefónica gratuita al sistema Calidatel.

Al mismo tiempo fue creciendo el número de AC y se diseñó un sistema interno a nivel central para canalizar la información denominado Siaval (anexo 3.B), desde el nivel de la unidad médica hasta el nivel central.

Tercera fase 2007 a la fecha: El programa Sicalidad decidió mantener la estrategia aval ciudadano como mecanismo de transparencia y como control social sin establecer cambios en su conceptualización, en los objetivos y en los instrumentos. El sistema de información de aval ciudadano, Siaval, se descentralizó a nivel estatal y recibió el nombre Informe de seguimiento construir ciudadanía en salud: aval ciudadano. La notificación a la federación ahora es cuatrimestral y reporta entre otras cosas unidades que cuentan con aval ciudadano por nivel de atención y recomendaciones de mejora formuladas por el AC. Sin embargo, se aprecian inconsistencias en la información sobre las mejoras y no se evidencian los efectos en la satisfacción de los usuarios. Si bien el informe incluye datos sobre el Modelo Mande, tampoco muestra resultados de mejora de la calidad. En el análisis global que aparece más adelante se demuestra que se mantienen las causas que originan las quejas, las cuales también son identificadas por el sistema de quejas del SPSS. Sicalidad ha incluido además el denominado Sistema de Registro Aval Ciudadano (Siraval), que es la fuente actual de reporte de la estructura de aval ciudadano. En diciembre de 2012 se reportó una importante participación de 1,730 organizaciones de la sociedad civil y 9,376 ciudadanos que colaboraron a título personal en el monitoreo ciudadano.²⁹

La cobertura de aval ciudadano en la UM del primer nivel de atención es cercana a 80 por ciento, según datos del último cuatrimestre del informe de seguimiento 2012. En algunas entidades federativas, sin embargo, se reportan hasta 25% más de AC que de unidades del primer nivel censadas.

Metodología de funcionamiento de aval ciudadano

A) Procedimiento general de constitución y funcionamiento de los AC

La iniciativa surge a partir de una convocatoria en cada unidad médica del SNS a personas, grupos y organizaciones de la sociedad civil para integrarse como aval ciudadano. La convocatoria se hace por vía directa, a través de oficios y por los medios de comunicación al alcance de cada entidad federativa. Los requisitos para los integrantes incluyen a) Mayores de 18 años; b) honorabilidad reconocida; c) que dediquen su tiempo y compromiso a la calidad percibida, sin compensación económica o retribución alguna; d) que no sean servidores públicos o directivos de los servicios de salud, y e) que garanticen la participación activa y el compromiso a favor de la calidad en las unidades de salud.

Una vez seleccionados los integrantes se realiza el acta de instalación en la que se registran el nombre y número de personas que constituyen una organización ciudadana, o los que a título personal aceptan ser avales ciudadanos. También se ofrece una capacitación teórico-práctica de dos o tres sesiones sobre el monitoreo a realizar, la cual se lleva a cabo en una unidad médica.

Para el monitoreo se aplican dos instrumentos, la encuesta de trato digno, que es la misma que utilizan rutinariamente las UM, y la Guía de cotejo aval ciudadano, con el procedimiento que veremos más adelante. El criterio para avalar una unidad es que no existan diferencias iguales o mayores a 20% en cada uno de los indicadores de resultado de la información de Trato Digno, obtenidos por la unidad médica y los del aval ciudadano. Por tanto se puede avalar una unidad médica en transparencia aún si no cumple los estándares establecidos. Cuando esto ocurre el AC recomienda su mejora tomando en cuenta la información obtenida en la encuesta de trato digno y en los distintos apartados de la guía de cotejo, analiza con el director los resultados y establece una cita para firmar los acuerdos en la “*Carta compromiso para la mejora*” (anexo 3.C). Cuando el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (Cocasep) considera necesario tratar un tema relacionado con el AC se le invita para la revisión de propuestas y acuerdos (Instrucción 171/2009).²⁹ Esto le permi-

te al director reunirse con su personal para analizar los resultados y en equipo definir los compromisos. Debe gestionar los casos que no puede resolver tales como contratación de personal, incremento de medicamentos, insumos y otros con los niveles superiores de la estructura. El diseño se estableció para que cada nivel realizara las acciones de acuerdo a sus atribuciones y que los niveles superiores apoyaran al nivel operativo a través de la gestión de la mejora dentro del enfoque de un sistema integral de gestión de la calidad.

El gestor de calidad de cada unidad médica o jurisdiccional envía al gestor estatal el reporte de resultados para que integre el informe de seguimiento estatal (anexo 3.D), analice las necesidades de mejora y realice las gestiones necesarias para apoyar a las UM en la solución propuesta. También remite el informe integrado a la Subdirección de Vinculación Ciudadana.

Cabe señalar que aunque existe el mecanismo de seguimiento de informes del AC en las unidades médicas, no ayuda a comprobar en qué medida aval ciudadano impulsó tanto la transparencia en los resultados como la mejora en los servicios. Esta información es inconsistente y no puede cotejarse con la del Indicas ya que son subsistemas que operan independientes.

El detalle del proceso teórico de gestión de aval ciudadano, tal como aparece en el documento “Construir Ciudadanía en Salud” Aval Ciudadano³⁰ puede verse en el anexo 3.E

B) Instrumentos de medición y metodología de recolección y análisis de los datos.

Los dos principales instrumentos utilizados son la Encuesta de Trato Digno y la Guía de cotejo de aval ciudadano. Toda la información se sintetiza dictaminando si la unidad es o no avalada en transparencia y en sugerencias de mejora. Cabe señalar que ni en el proceso de aval ciudadano ni en la metodología se define el momento del análisis de causas que debe realizar el equipo directivo de la unidad médica y los indicadores para monitorizar la mejora a fin de evidenciar que se solucionaron las causas que originaron el problema de calidad.

La encuesta de trato digno (anexo 3.A) es la misma que utiliza el personal de las unidades médicas para el mismo propósito y refleja por tanto los mismos

defectos metodológicos señalados más arriba, incluida la tabulación de las respuestas, traducidas siempre como satisfacción (cuando no siempre se pregunta satisfacción), lo cual resulta inadecuado e incongruente. Por otra parte, la encuesta no aporta mayor información sobre las causas de insatisfacción ni permite distinguir si el paciente recibió lo que necesitaba de acuerdo a su problema de salud y a sus necesidades y expectativas. Está previsto que las causas que originan la insatisfacción se analicen al revisarlas con el equipo de la unidad, aunque no se capacita a los avales en el uso de herramientas para este análisis.

La administración de la encuesta no está correctamente normalizada, a excepción del tamaño de muestra que se establece en función del total de consultas realizadas en el cuatrimestre anterior, para lo cual se utiliza una tabla preestablecida. El lineamiento señala que debe distribuirse el muestreo en los diferentes turnos de consulta externa y urgencias, aunque se sabe que la mayoría los aplica en el turno matutino y sólo en algunos casos en el vespertino. Es necesario mencionar que el aval ciudadano puede concluir el tamaño de muestra en una sola visita o en ocasiones en varias más, dependiendo de la muestra y de la disposición de tiempo ya que su participación es voluntaria. El mecanismo puede no ser coincidente con el que se utiliza en la UM con cuyos resultados se pretende, no obstante, comparar.

La Guía de cotejo de aval ciudadano (anexo 3.F) está diseñada para registrar evidencias de sus diferentes componentes y contrastar la información de la encuesta de trato digno obtenida por la UM con la aplicada por el aval ciudadano para avalar la transparencia de los resultados e identificar oportunidades de mejora conjuntamente con los pacientes y el personal de salud. Para ello el aval ciudadano solicita al director o gestor de calidad la información resumen del cuatrimestre y registra que tuvo acceso a la información de resultados de trato digno de la unidad. A continuación se establece si hay evidencias de seguimiento de la carta compromiso (este criterio se incorporó con el formato actual en 2012), se compara el número de encuestas realizadas por la institución y el aval ciudadano y se grafican los resultados de los indicadores de trato digno tanto de la unidad médica como los obtenidos por el AC, para definir si avala o no la información. Se permiten discrepancias de hasta 20% (lo cual es muy alto al tratarse de indi-

cadores de satisfacción) y si existe un solo indicador fuera de este rango la unidad no se avala.

Además, en la Guía de Cotejo se pregunta a los pacientes: a) Qué les gusta de los servicios de la unidad médica, b) qué no les gusta y c) qué sugieren para mejorarlos. También se valoran aspectos de integridad, comodidad y limpieza de la unidad y se califican según la escala 1. Malo; 2. Regular; 3, bueno. Asimismo, se evalúa si la unidad médica ha dado a conocer al personal y a los pacientes los resultados de trato digno de la unidad médica preguntando aleatoriamente al personal y a los pacientes si los identifican, si conocen los resultados y si pueden enunciar al menos tres de los derechos de los pacientes.

Indicadores derivados de aval ciudadano

Los indicadores de trato digno que se obtienen de la encuesta son los mismos que maneja Indicas: i) Porcentaje de pacientes satisfechos por el tiempo que esperaron para recibir consulta; ii) Porcentaje de pacientes satisfechos con que se les permitió hablar sobre su problema de salud (aunque en realidad no es eso lo que se les pregunta); iii) con que el médico les explicó sobre su diagnóstico, iv) con explicación sobre el tratamiento; v) con que la información les resultó clara; vi) con el surtimiento completo de medicamentos (aunque se les

Cuadro 3.4. Información e indicadores que podrían extraerse de la información registrada por los avales ciudadanos

Porcentaje de unidades acreditadas o certificadas avaladas en transparencia.	Porcentaje de unidades médicas no avaladas que aplican un plan de mejora para lograr los estándares de trato digno.
Porcentaje de unidades médicas en las que el personal no tiene acceso a la información de resultado del monitoreo de indicadores de trato digno.	Porcentaje de unidades médicas en las que el personal y los pacientes conocen los derechos de los pacientes.
Porcentaje de unidades médicas que requieren mejorar las condiciones de la unidad médica de acuerdo al índice de integralidad (superficies, pintura, ventilación, iluminación, privacidad, señalización, limpieza y orden).	Tipo y porcentaje de opiniones de los usuarios de lo que les gusta y no les gusta de sus unidades médicas por tipo y nivel de atención.
Tipo y porcentaje de sugerencias de mejora percibidas por los pacientes y avales ciudadanos por unidad médica y nivel de atención en cada entidad federativa.	Tipo y porcentaje de acciones de mejora resueltas en cada unidad médica por nivel de atención en relación a lo estipulado en las cartas compromiso.

pregunta en realidad satisfacción con la cantidad de medicamentos); vii) con el trato respetuoso y amabilidad en atención; y adicionalmente el número y porcentaje de sugerencias de mejora por tipo expresadas por los pacientes. La principal información que se obtiene de los avales ciudadanos es el porcentaje de unidades avaladas en transparencia, así como las áreas de oportunidad de mejora que expresan estos indicadores.

En teoría, la información que registran los avales ciudadanos permitiría evaluar otros indicadores derivados de la Guía de Cotejo como los que se describen en el cuadro 3.4, si bien esta información no es analizada.

Evaluación y resultados de aval ciudadano

A lo largo de su historia aval ciudadano ha sido evaluado de manera directa e indirecta, externa e internamente, con resultados un tanto inconsistentes y difíciles de comparar. El objeto más frecuente de evaluación ha sido su grado de implantación, así como los resultados en términos de unidades avaladas. Otros resultados relevantes como el impacto en la mejora de los servicios y el tipo de dificultades a superar para ampliar y hacer más efectiva la participación ciudadana han sido menos o nulumamente abordados. Reseñamos a continuación los hallazgos más relevantes de las diversas evaluaciones que incluyen una evaluación externa realizada en 2004;³¹ los datos de una evaluación interna realizada en 2006;³² las evaluaciones como parte del programa Sicalidad y los resultados de las encuestas a los avales y profesionales de la salud de 2008 a 2012,³³⁻³⁵ y la valoración indirecta como contribuyente al ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública establecidas por la OPS, sobre “Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva”.³⁶ Por último se exploran los resultados que se pueden obtener con base en lo registrado en el Informe de Seguimiento Construir Ciudadanía en Salud de los Sesa, 2012.³⁷

i) Aval ciudadano desde su creación hasta 2006.

La primera evaluación, de carácter externo, se realizó en 2004 por parte de la Dirección General de Evaluación del Desempeño enfocándose en los criterios siguientes, utilizados también para guiar la evaluación interna realizada por la Subdirección de Vinculación Ciudadana, responsable del AC, para los años 2005 y 2006: a) nivel

de participación ciudadana en el monitoreo del trato digno; b) acceso a resultados del monitoreo institucional; c) unidades avaladas en transparencia; d) seguimiento de las acciones de mejora para dar respuesta a las sugerencias formuladas por los avales; y e) gestión estatal de la participación ciudadana en la mejora. Los principales resultados de estas dos evaluaciones se muestran en el cuadro 3.5.

De estas evaluaciones destaca el gran avance en cuanto a número de organizaciones y unidades con AC, así como el porcentaje de unidades avaladas que llegó a ser del 78%, otros datos relevantes son el incremento del porcentaje de personal de las unidades con conocimiento de los resultados del AC, así como de los derechos de los pacientes (84% de los proveedores y 69% de los pacientes en la segunda evaluación).

La evaluación de 2005-2006 señaló la escasa implantación del AC en las instituciones del IMSS y del ISSSTE ya que sólo contaron con aval en el 2 y 1% respectivamente, y cuantificó también las principales propuestas de mejora identificadas por el aval destacando el abasto de medicamentos e insumos en general, deficiencias en el equipo para la atención y la cantidad de recursos humanos, capacitación de los mismos para lograr que sean más amables (tema constante en las propuestas), y otras cuestiones como mejorar el sistema de citas y exigir puntualidad y asistencia al personal, proporcionar información clara, contar con expediente clínico y mecanismos para evitar que se extravíen los resultados de laboratorio, fortalecer la limpieza de las unidades médicas (sobre todo en el primer nivel de atención), e incluso revisar la forma de utilizar los recursos materiales para evitar dispendios. Como veremos más adelante, muchas de estas deficiencias persisten entre las más destacadas por los AC en la actualidad.

ii) El aval ciudadano en las evaluaciones de Sicalidad 2008-2012

Estas evaluaciones consideran el AC en un contexto más general y señalan aspectos más críticos no contemplados en las anteriores evaluaciones, aunque siempre se aboga por la conveniencia de reforzar los AC. Así en la evaluación de 2008 se señala como debilidad la no inclusión en el programa la validación de la veracidad de la información (transparencia) que proporcionaba el AC. En la de 2010 se revisaron resultados en 95 hospitales y en 65 entrevistas

Cuadro 3.5. Resultados del índice de desempeño aval ciudadano 2004 y 2005-2006

		Externa 2004 (Dirección General del Desempeño)	Interna 2005-2006 (Subdirección de Vinculación Ciudadana)
Nivel de participación ciudadana en el monitoreo	Número de organizaciones	63	1381
	Entidades federativas con aval ciudadano	30	32
Unidades visitadas y promedio de visitas	Número de visitas	1,102	7067
	Número de unidades	632	2233
	Promedio de visitas por unidad	1.7	3
Porcentaje de unidades con acceso a resultados del monitoreo institucional de trato digno en las visitas realizadas		81%	93%
Unidades avaladas en transparencia en relación a las monitoreadas	Número de unidades	390	1742
	%	62%	78%
Porcentaje de unidades visitadas con seguimiento de acciones de mejora.		50%	49%

Mejores desempeños en la gestión estatal de participación ciudadana (atribuibles al liderazgo del gestor estatal de calidad)

1. Yucatán	1. Yucatán
2. Morelos	2. Tabasco
3. Veracruz	3. Aguascalientes
4. San Luis Potosí	4. Morelos
5. Hidalgo	5. Campeche
6. Tabasco	6. Hidalgo
7. Aguascalientes	7. Zacatecas
8. Guanajuato	8. Veracruz
9. Jalisco	9. Coahuila
10. Chiapas	10. Jalisco

cuantitativas a AC y usuarios, encontrando que menos del 2% conocían su existencia a pesar de que el 71% de las unidades médicas contaban con esta figura, por lo que se consideró uno de los programas de Sicalidad con menor desarrollo. En la evaluación de 2011, el esfuerzo se dirigió al análisis de la política nacional en materia de calidad de la atención, mediante revisión documental y entrevistas a los miembros del Comité Nacional de Calidad (Conacas); Comités Estatales de Calidad (Cecas), y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (Cocasep), y en los resultados se observó heterogeneidad en la implantación de los componentes de Sicalidad siendo el componente de calidad percibida por los usuarios el de menor presencia en los acuerdos de los comités, además de que se maneja como algo independiente al resto de las líneas de acción del programa nacional que funciona en su conjunto como un agregado de actividades sin conexión.

En el 2012, los resultados de la encuesta Voz de los Avaluados Ciudadanos realizada en 2012, muestra que el 57% de los entrevistados señalaron que nunca han sido invitados al Cocasep y 8% lo ha sido al

Cecas. Por otro lado en la encuesta de Percepción de los Profesionales de la Salud, los participantes posicionaron como proyectos conocidos en sus unidades médicas, al AC en primer lugar y en el 7° al modelo Mande. Adicionalmente señalan como las principales aportaciones del aval ciudadano en sus unidades: 1) Que ha permitido conocer la opinión real que tienen los ciudadanos sobre la calidad (58.3 %); 2) sus propuestas contribuyeron a reducir el tiempo de espera (54%); 3) ha contribuido a mejorar el trato y la información otorgada por el personal (44.3) y 4) ha promovido mejoras en las instalaciones. Sin embargo, ante la pregunta ¿Si usted tuviera que poner en marcha un plan de calidad en su centro laboral, qué prioridades establecería? El AC y el modelo Mande ocuparon el penúltimo y último lugar respectivamente, mientras que el primer lugar lo ocupa la mejorar de la calidad en el expediente clínico, lo que refleja el desafío para avanzar en el desarrollo de la calidad percibida considerando el enfoque centrado en las preferencias del paciente y de la población.

iii) El AC y el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública

Estas funciones fueron evaluadas en México en 2002 y 2009. El AC, y la participación ciudadana en general, se relaciona con la función número nueve (Garantía y mejoramientos de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva), que, medida en una escala de 0 a 1, descendió entre las dos evaluaciones de 0.41 a 0.29. Los dos indicadores más directamente relacionados con la participación ciudadana en estas evaluaciones son por una parte la “Definición de estándares para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos” que obtuvo en 2009 una puntuación de 0.24, lastrado sobre todo por la inexistencia de estándares y evaluación periódica de los servicios de salud colectivos; y en segundo lugar y más directamente relacionado con la participación ciudadana y la atención centrada en el paciente en general, el “Mejoramiento de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud individuales y colectivos”, que obtuvo una puntuación de 0.38 con base en los siguientes componentes:

- Se estimula a la comunidad para que ésta evalúe la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud individuales y colectivos (0.20).
- Evaluación regular de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud colectivos (0.36).
- Evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud individuales disponibles en todo el país (0.58).

El estudio señala que la participación de la comunidad en la evaluación de la satisfacción con los servicios de salud es insuficiente y, aunque aval ciudadano es el mecanismo más consolidado, la autoridad rectora acepta poco la participación de las asociaciones civiles en el diseño de las evaluaciones.

iv) Los resultados sobre los servicios del primer nivel de atención de los Sesa del monitoreo aval ciudadano

Según la información disponible en el seguimiento del monitoreo ciudadano la media nacional de UM avalladas en el primer nivel del último cuatrimestre del 2012 fue cercana al 60% (figura 3.2). Ello indica, con las matizaciones necesarias en función de los proble-

mas metodológicos de las mediciones que se señalaron más arriba, un nivel relativamente alto de discrepancia entre los datos oficiales sobre los indicadores de “trato digno” y los obtenidos por los AC.

Es de destacar, no obstante, dos tipos de inconsistencia en la información al desagregarla por entidad federativa. Por una parte, el total de UM en el primer nivel de atención reportadas con monitoreo ciudadano superan al 100% de las que tienen registradas los Sesa en seis estados. Y por otra el número de Unidades avalladas es mayor al número de unidades reportadas con monitoreo de AC en dos estados. A ello se une que según los datos que pueden verse en Indicas, es también mayor el número de unidades con AC que las que reportan datos sobre los indicadores. Todo ello hace pensar en la ausencia de controles efectivos sobre la calidad del informe de seguimiento cuatrimestral de aval ciudadano. No obstante, llama la atención la elevada variabilidad entre entidades federativas, que probablemente no será achacable exclusivamente a deficiencias en el reporte de información.

Los informes cuatrimestrales también recogen las propuestas de mejora que figuran en las “Cartas compromiso”. Un análisis de las mismas tanto a nivel nacional (figura 3.3) como desagregadas por entidad federativa (figura 3.4) señalan como prioridades para la mejora el surtimiento de medicamentos, el tiempo de espera, las instalaciones (en teoría mejoradas con el programa de acreditación) y el trato. Estos aspectos son similares a los señalados en el rubro de quejas que integra el mismo informe aunque su reporte por los Sesa es irregular e inconsistente o no se realiza, en ambos casos no se identifican resultados de mejora.

Aún con las precauciones necesarias por la ausencia de verificación de la calidad de los datos, tanto en su medición como en su reporte, la figura 3.4 muestra un nivel considerable de variabilidad entre entidades federativas. En algunas de ellas no es mayoritario el problema del abasto de medicamentos ni el tiempo de espera (por ejemplo Oaxaca y Jalisco), mientras que cobra más relevancia la calidad de las instalaciones. Algo semejante ocurre con lo relativo al trato que aparece como problema minoritario en algunas entidades federativas.

No se dispone de información sobre qué propuestas de los AC obtuvieron respuesta positiva, se resolvieron las causas que las originaron y, en último término, mejoraron los indicadores de trato digno.

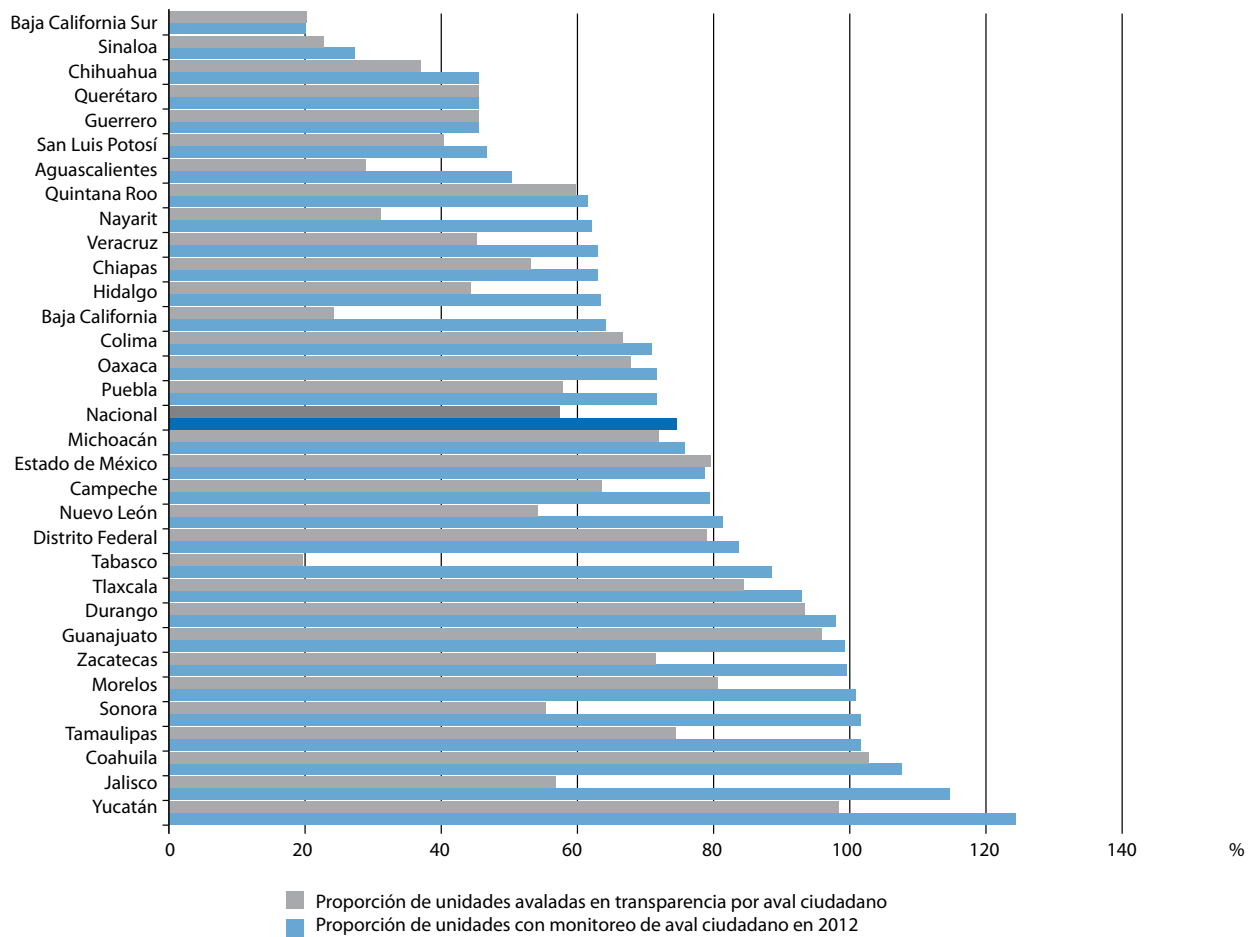


Figura 3.2. Unidades de primer nivel de atención avaladas por entidad federativa

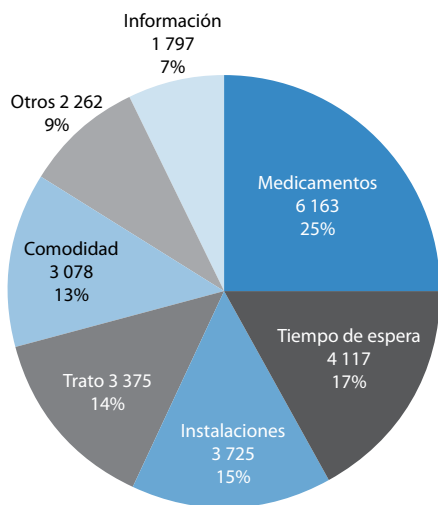


Figura 3.3. Concentrado nacional oportunidades de mejora en unidades de primer nivel de atención detectadas por el aval ciudadano 2012

Conclusiones del análisis de brechas

Marco conceptual y normativo

Desde el punto de vista de la normatividad parece existir un marco jurídico general relevante y suficiente para apoyar las iniciativas de participación del paciente y población en la gestión de la calidad de los servicios de salud. La participación ciudadana en salud está contemplada tanto en la Ley General de Salud como en el Reglamento de la Ley en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que incluye en la descripción de los derechos y obligaciones de los usuarios la participación tanto individual como colectiva. Los lineamientos programáticos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, el posterior programa Sicalidad y el Seguro Popular, contemplan igualmente aspectos teóricamente facilitadores de la participación de los pacientes, en relación sobre todo

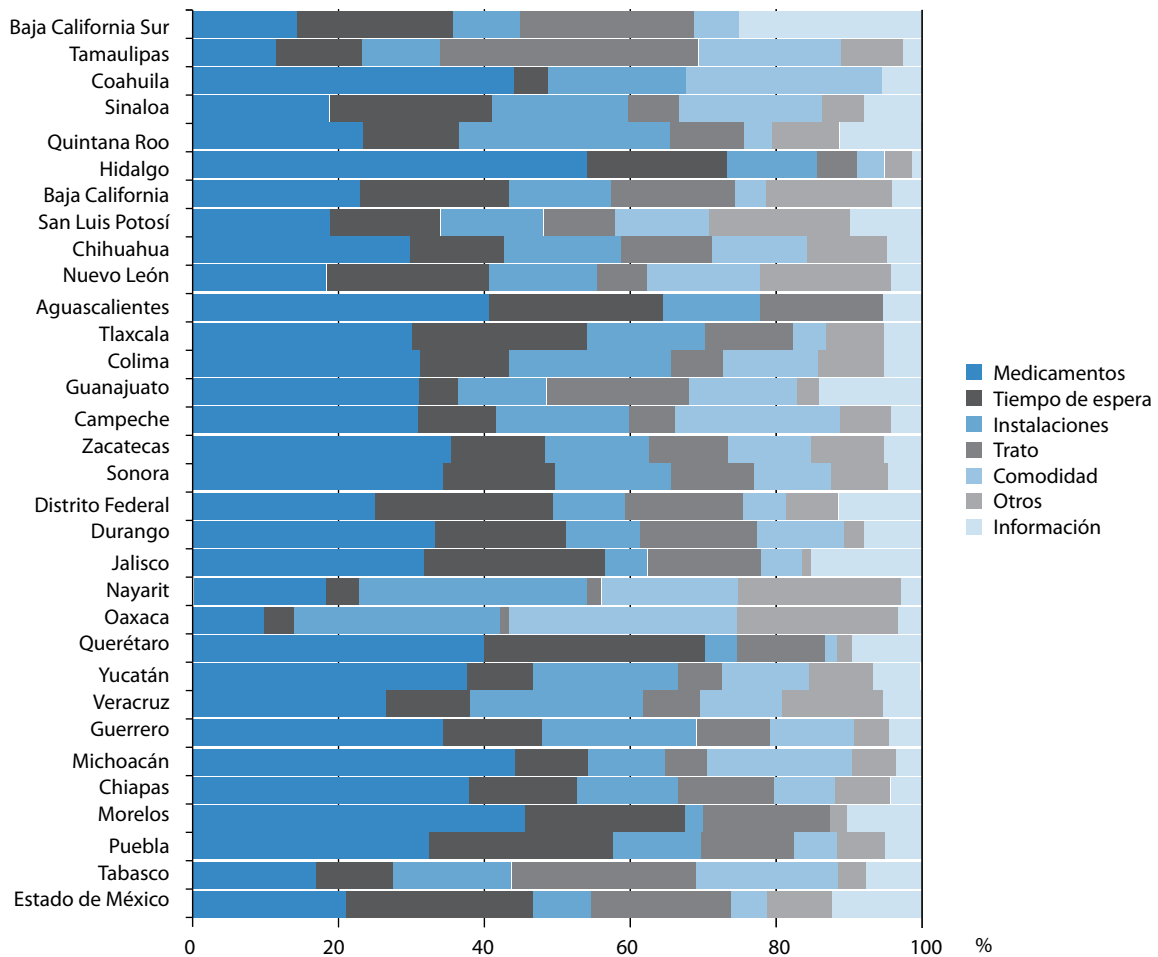


Figura 3.4. Áreas de oportunidad en unidades de primer nivel de atención por entidad federativa detectadas por el aval ciudadano 2012

al ejercicio de los derechos que se les reconocen y en la evaluación y mejora de la percepción de la calidad que reciben en las unidades médicas. Los problemas encontrados responden más bien a la traducción en la práctica de estas ideas.

En la Cruzada Nacional por la Calidad se impulsó la difusión de la “Carta de los derechos de los pacientes”, asumida hasta la actualidad aunque el Seguro Popular estableció una diferente, ampliada, que coexiste con la reconocida para la población en general. No ha sido evaluado con carácter general en los Sesas cuáles son los derechos que los pacientes reconocen, en qué medida son claros para ellos, y sobre todo cuáles han sido exigidos en la práctica.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud ha colocado en su página de internet que el sistema

de gestión de calidad estará centrado en el paciente, sin embargo, no se encontró información documental explícita sobre su concepto y componentes a considerar.

Formas de participación

De entre las diversas posibles modalidades de participación de pacientes y población para la mejora de la calidad de los servicios de salud se ha implementado un Sistema de Quejas y Felicitaciones, encuestas para obtener información básicamente sobre satisfacción con algunos aspectos de la asistencia, y la iniciativa conocida como aval ciudadano. No hay evidencia de iniciativas de carácter general encaminadas a fomentar la importante participación activa en el propio proceso asistencial, ni sobre la utilización rutinaria de métodos

de investigación cualitativa, o de exploración de expectativas, iniciativas todas ellas que caen dentro de la responsabilidad del propio sistema de salud.

El *Sistema de Quejas y Felicitaciones* estructurado a nivel sectorial con el acrónimo Mande y con recomendaciones explícitas para su puesta en marcha y funcionamiento (Instrucción 288/2011 de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, DGCES) aún no ha concluido su implantación con carácter sectorial. Tampoco se han unificado criterios metodológicos y de información con el Seguro Popular que aplica también un sistema de quejas, parece que las bases jurídico normativas les facultan a ambas instituciones para el manejo del sistema de quejas en las unidades médicas de los Sesa.

La *encuesta a pacientes* incluye ocho preguntas valorativas (encuesta de “trato digno”) sobre diversos aspectos de la atención (tiempo de espera, información recibida, surtimiento de medicamentos, trato respetuoso) y otras dos preguntas en relación a la objetivación del tiempo de espera y el surtimiento de medicamentos. La construcción de las preguntas de la encuesta de “trato digno” es metodológicamente cuestionable, unas veces por su grado de ambigüedad y otras por su inadecuación. La tabulación de las respuestas traducidas siempre como satisfacción (cuando no siempre se pregunta satisfacción) es también inadecuada e incongruente, incluyendo ponderaciones arbitrarias de los diversos indicadores.

La encuesta no permite identificar las causas que generan la insatisfacción u otro tipo de problemas que puedan ser detectados y utilizados en los diferentes contextos en la que se aplica para las correspondientes intervenciones para mejorar.

El Seguro Popular cuenta con una encuesta de trato digno que si bien se aplica en los domicilios de los pacientes afiliados, estos son atendidos en las unidades médicas de los Sesa, donde también se aplica la encuesta establecida por el programa, Sicalidad. Tampoco se comparte información al respecto.

El aval ciudadano

El aval ciudadano es una iniciativa innovadora e interesante que merecería ser reforzada, pero escasamente aprovechada en su forma actual tanto en relación al potencial de la participación ciudadana como para dinámicas de mejora real en las UM del primer nivel de atención y en los ámbitos comunitarios. Las brechas identificadas están en relación tanto con su conceptuali-

zación como en la metodología y herramientas empleadas en su funcionamiento. Las diversas evaluaciones efectuadas desde su creación han puesto de manifiesto igualmente diferentes aspectos positivos y negativos, o mejorables, de esta iniciativa.

En relación a la *conceptualización* el AC fue diseñado inicialmente como un mecanismo para asegurar transparencia, más que como mecanismo para la mejora a través de la participación ciudadana. La propia dinámica de los avales condujo a una cierta ampliación de los objetivos, incluyendo identificación de oportunidades de mejora más allá de los indicadores oficiales de “trato digno” que se plasma en una “carta compromiso” con los directores de las Unidades médicas; pero parece que el AC sigue lastrado por este énfasis inicial limitado a avalar que la información oficial en relación a los indicadores de “trato digno” responde a la misma que el propio aval obtiene de forma paralela. Un síntoma es que no hay información consistente en el registro de actividades de los avales sobre seguimiento y resultado de las iniciativas de mejora.

La base conceptual del AC no se ha correlacionado con la dimensión centrada en el paciente-familia-comunidad y tampoco se han identificado estándares e indicadores de salud colectivos, impulsados desde la función de calidad de salud pública. Así, el potencial del AC no se ha expandido para aprovechar la energía tan importante de las organizaciones ciudadanas y la de los pacientes o personas integradas al AC en la gestión de la mejora de la calidad de los servicios de salud.

En relación a los *mecanismos de funcionamiento*, el procedimiento general de constitución y funcionamiento parece estar bien diseñado habiendo conseguido unos niveles considerables de participación altruista de individuos y organizaciones de la sociedad civil. Lo cual pone de manifiesto que la participación ciudadana es posible y deseada por la propia población. Los problemas son evidentes en cambio en relación a los métodos y los instrumentos empleados para su operación, que son principalmente la *Encuesta de trato digno* y la Guía de cotejo del aval ciudadano. La Encuesta es la misma utilizada para la monitorización rutinaria en las unidades y adolece por tanto de los mismos defectos metodológicos, a los que se añade un diseño no homogéneo de su administración. La *guía de cotejo* está diseñada para contrastar la información de la encuesta de trato digno obtenida por la unidad médica con la aplicada por el AC para avalar los resultados (lo cual se produce admitien-

do desviaciones de hasta el 20%), pero también para identificar otras oportunidades de mejora con base en preguntas adicionales a pacientes y personal en relación a diversos aspectos de las instalaciones y conocimiento de los derechos de los pacientes y los propios resultados del aval. Sin embargo, la utilización que se hace de toda esta información es muy escasa a pesar de su potencial interés, y el principal indicador parece seguir siendo si la unidad tiene o no tiene AC y si ha conseguido o no el aval de transparencia.

Las diversas *evaluaciones* realizadas tanto externas como internas, al inicio del programa o tras su continuidad integrado en Sicalidad revelan como principal dato positivo el avance de su implantación, sobre todo en los Sesa, pero también una serie de deficiencias en relación al conocimiento real del programa por parte de los pacientes, al impacto, prácticamente no evaluado, de su funcionamiento, y su deficiente contribución al cumplimiento por parte de la Secretaría de Salud de la función esencial sobre garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva. Los datos obtenidos del mecanismo de seguimiento Construir ciudadanía en salud: aval ciudadano para 2012, revelan adicionalmente que la proporción de discrepancias entre los datos de los avales y los oficiales es elevada (media nacional de poco más de 60% de unidades avaladas en transparencia), que hay una gran variabilidad de presencia de avales según entidades federativas, y que los principales problemas identificados (abasto de medicamentos, tiempo de espera, instalaciones y trato) ya estaban identificados en la evaluación de 2004-2006. Todos estos datos hay que interpretarlos no obstante con cautela dado que parece obvio que no hay control sobre la calidad de los mismos, lo cual se evidencia por la existencia en algunos Estados de más unidades avaladas que unidades registradas, así como más unidades avaladas en transparencia que unidades con monitoreo.

Conclusión general

La incorporación de la dimensión de la atención centrada en el paciente alineada con el concepto establecido a nivel internacional, de la que forma parte central la participación de pacientes y población, requiere establecerse desde la función de Rectoría del Sistema de Salud, ya que su desarrollo implica por un lado una estrecha coordinación interinstitucional y el rediseño profundo de sistemas y procesos asistenciales que aún no se ha producido, y por el

otro la utilización del máximo posible de formas de participación, y de herramientas de medición válidas y útiles para la monitorización y mejora continua y sus resultados deberán estar integrados en el sistema nacional de información para la gestión de calidad.

El país ha logrado motivar a los pacientes en el uso del sistema de quejas, sugerencias y felicitaciones en los Sesa y mantener una amplia convocatoria de personas, grupos y organizaciones de la sociedad civil como avales ciudadanos que demuestran interés en la gestión de la calidad y tienen disponibilidad y voluntad de participar altruistamente. Pero estas experiencias no están suficientemente aprovechadas y parece necesaria su reorientación y fortalecimiento, contando con información objetiva de su influencia en la mejora según los distintos contextos socio culturales de la población.

El reto global es principalmente que la estructura y procesos logren atender real y adecuadamente, con respeto y participación, las necesidades y expectativas de pacientes y población.

Referencias

1. Institute of Medicine: Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. National Academy Press, Washington, 2001.
2. Bengoa R, Kowar R, Key P, Leathermam S, Massond R, Saturno P: Quality of care. A process for making strategic choices in Health Systems. WHO, Geneve, 2006.
3. Saturno PJ. Métodos de participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Participación activa y participación solicitada por el sistema. Gestión de quejas y reclamaciones. Manual del master en gestión de calidad de los servicios de salud. Módulo 7; Unidad Temática 1. Universidad de Murcia, 2012.
4. Berwick DM. What "Patient-Centered" Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health Affairs*, 28, no.4 (2009):w555-w565 <http://content.healthaffairs.org/content/28/4/w555.full.html>
5. International Alliance of Patients Organizations (IAPO). What is Patien-Centred Healthcare? A Review of Definitions and Principles.2ª. Ed. 2007 "Disponible en" <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>
6. International Alliance of Patients Organizations (IAPO). Declaration on Patient-Centered Healthcare 2006. "Disponible en:" <http://www.patientsorganization.org/showarticle.pl?id:853;n983>
7. Ronald M, Ficella K, Lesser C, Stange K, Why The Nation Needs a Policy Push On Patient-Centered-HealthCare. <http://content.healthaffairs.org/content/29/8/1489.abstract>.
8. Saturno, artículo RCA

9. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert ME, Poitras ME, Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam. Med.* 2011.
10. The College of Family Physicians of Canada. Patients-Centered Primary Care in Canada: Bring It On Home. 2009 http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Bring20it20on20Home20FINAL20ENGLISH.pdf
11. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C. et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ.* 2001;322(7284):468-472. http://www.bmj.com/highwire/filestream/329144/field_highwire_article_pdf_abri/0.pdf
12. Aibar C. La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. Universidad de Zaragoza. España (Recuperado junio 2013) www.fundacionmhm.org/_pdf/Mono8/Articulos3.pdf
13. Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Madrid, 2010.
14. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud (1984). Última Reforma, Diario Oficial de la Federación. México. [consultada 2013,07,04] <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
15. Presidencia de la República. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. México [consultada 2013,07,16]"Disponible en:" <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/ri190104.html>
16. Presidencia de la República, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México. [consultada 2013,07,18]"Disponible en" <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptam.html>
17. Secretaría de Salud. Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México. Secretaría de Salud. 2002
18. Caballero J, Madrazo A, Huerta C, Maqueo MS, Medellín X, Vela E, Flores J. Diagnóstico del ejercicio de tutela de derechos de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. (CIDE). 2010 Disponible en: http://seguropopular.cide.edu/documents/130486/130726/201001_tutela.pdf
19. Secretaría de Salud. Reglas de Operación 2010 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad)"Disponible en:" http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5126657
20. Secretaría de Salud. Programa Sicalidad. Instrucción 288/2011: recomendaciones para la Implantación del Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones (Mande) en los establecimientos médicos del Sector Salud. México, 2011.
21. Secretaría de salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Memoria anual de calidad percibida 2012; aval ciudadano, Indicas y Mande. México D.F. 2013. (documento inédito al momento de la revisión)
22. Secretaría de salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Memoria de Calidad Percibida 2012. Estado de San Luis Potosí.(documento inédito al momento de la revisión)
23. Secretaría de salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Memoria de Calidad Percibida 2012. Estado de Tabasco. (documento inédito al momento de la revisión)
24. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Reglamento de la Ley General de Salud. En materia de protección social en salud. Última Reforma DOF 08-06-2011 "Disponible en": http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf
25. Lazzcano-Ponce E, Gómez-Dantés H, Rojas R, Garrido-Latorre F. Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación externa 2012. Cuernavaca, México Instituto Nacional de Salud Pública. 2013
26. Secretaría de Salud. Lineamientos para evaluar la Satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud. DOF, México 2007. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/lin270907.pdf>
27. Secretaría de Salud. Aval Ciudadano. Monitoreo ciudadano cómo método para fomentar la participación social en la transparencia de la mejora de la calidad del trato digno. México, 2004 (documento inédito)
28. Meyer L, El Estado en busca del ciudadano. Ed. Océano de México. 1ª. Ed. México. 2005
29. Secretaría de Salud. Dirección de Calidad y Educación en Salud. Construir ciudadanía en salud aval ciudadano. Sistema de Reporte Aval Ciudadano, mayo-agosto 2012 (Siraval). [consultado 2013,07,03]
30. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (Cocasep) 2009 (Instrucción 171/2009) disponible en: <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/instruccion171.pdf>
31. Secretaría de Salud. Programa Sicalidad, Aval Ciudadano. En *Ac_construir ciudadanía_sgral.pdf*. México 2012
32. Secretaría de Salud. Dirección General del Desempeño. Salud México 2004, Información para la rendición de cuentas. 2ª. Edición., México 2004.
33. Ruelas E, Armendáriz DM, El aval ciudadano: transparencia y mejoría de la calidad en trato digno. En: Participación ciudadana en la mejora de la calidad de los servicios de salud. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Ed. Panamericana, 2008.
34. Secretaría de Salud. Evaluación Sicalidad 2012. Síntesis ejecutiva. Disponible en: <http://www.degd.salud.gob.mx>
35. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Encuesta "La voz de los Avaales Ciudadanos. México, 2012
36. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Encuesta de Percepción de los Profesionales de la Salud, Caminando con los Trabajadores de la Salud. México 2012

37. Fajardo-Dolci G, Santacruz-Varela J, Hernández-Torres F, Rodríguez-Suárez J. Evaluación de la calidad de los servicios de salud en México, desde una perspectiva de salud pública. Rev Conamed 2011; 16(3):114-126 <http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revistaconamed/4Evaluaciondelacalidad.pdf>
38. Secretaría de Salud. Dirección de Calidad y Educación en Salud. Informe de Seguimiento Construir Ciudadanía en Salud de los Sesa, último cuatrimestre 2012. [Consultado 2013,07,03]

Hoja 2 (Reverso del formato): Formato para análisis de los datos

SITUAR LA CALIDAD EN LA AGENDA PERMANENTE DEL SISTEMA NACIONAL EN SALUD F-2-TD/02



FECHA DE ELABORACIÓN: _____ / _____ / _____

TIPO DE UNIDAD: 1er Nivel UNEMES Caravanas 2o Nivel 3er Nivel

INSTITUCIÓN: _____

AREA: URBANA RURAL

MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ CLAVE DE LA UNIDAD: _____

Fuente: Encuesta a usuarios del Servicio

CUADRO 1. CONCENTRADO MANUAL

OPCIONES DE RESPUESTA	CONCENTRACION	
	N	% (a)
P/R	a	b
2	(a/N) x 100 (preg. 3, 4, 5, 6)	
3	(a + b/N) x 100 (preg. 7, 8, 9)	
4		
5		
6		
7		
8		
9		

INSTRUCCIONES: 1) Para el llenado de este cuadro, use los datos del formato F-1-TD/02. En cada una de las preguntas de la 2 a la 9 sume las respuestas según cada opción y anote el total en el casillero de la fila correspondiente. 2) Para obtener el porcentaje de las preguntas 3, 4, 5 y 6 divida el total de respuestas (a) entre el total de mediciones y multiplíquelo por cien. De las preguntas 7, 8 y 9 divida la suma de respuestas "arriba" entre el total de mediciones y multiplíquelo por 100. 3) Al terminar complete las columnas de concentración y anote el número de encuestas y el porcentaje.

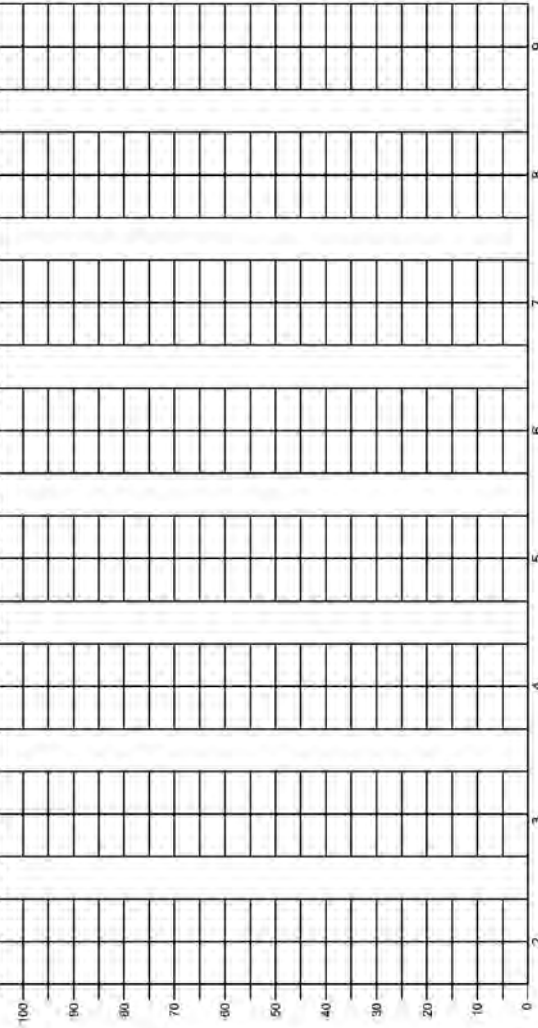
CUADRO 3. Áreas en las que recibió mal trato el paciente: (pregunta 10)

AREA	Total	Nº (p10)	%
Recepción			
Archivo clínico			
Vigilancia de derechos			
Área Médica			
Enfermería			
Trabajo Social			
Laboratorio			
Rayos X			
Farmacia			
Caja			
Vigilancia			
Módulo de incapacidades			

INSTRUCCIONES: Para el llenado de este cuadro, use los datos de la pregunta 10, para obtener su porcentaje, divida el total de cada área entre el total de los que contestaron la pregunta 10 (N) y multiplíquelo por cien. Anote en el casillero de la fila correspondiente el número de encuestas y el porcentaje.

Entregue una copia de este formato al Responsable de la Unidad como respaldo de su trabajo.

CUADRO 2: PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD, DE CONSULTA EXTERNA O URGENCIAS



CUADRO 4. OPORTUNIDADES DE MEJORA. Llene con la columna que tenga menor porcentaje de satisfacción.

1.	
2.	
3.	

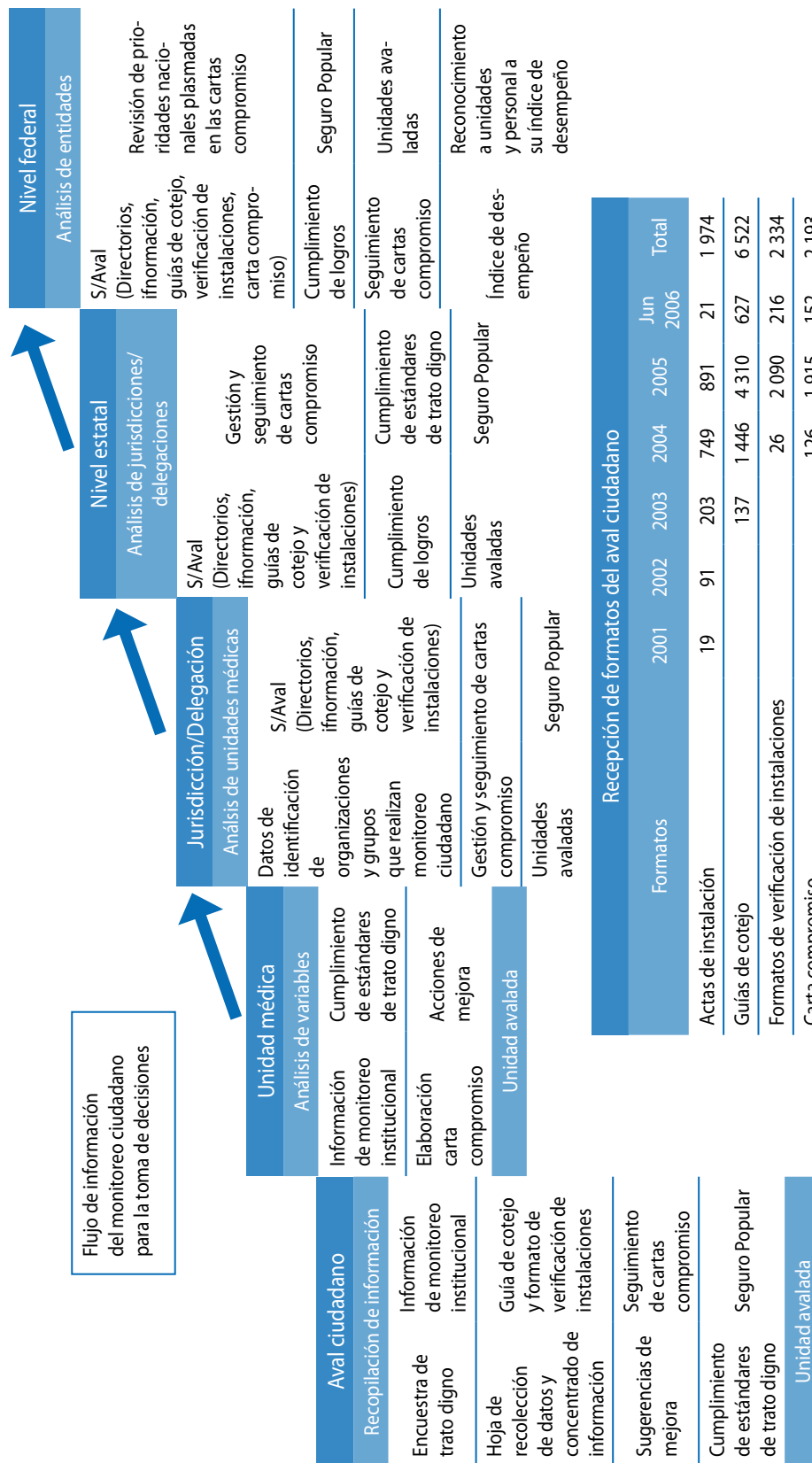
Nombre y firma del responsable de la unidad _____ Hoja _____ Nombre y firma del Aval Ciudadano _____ de _____

Anexo 3.B (hojas 1 y 2)

Información del aval ciudadano (Sinalva)

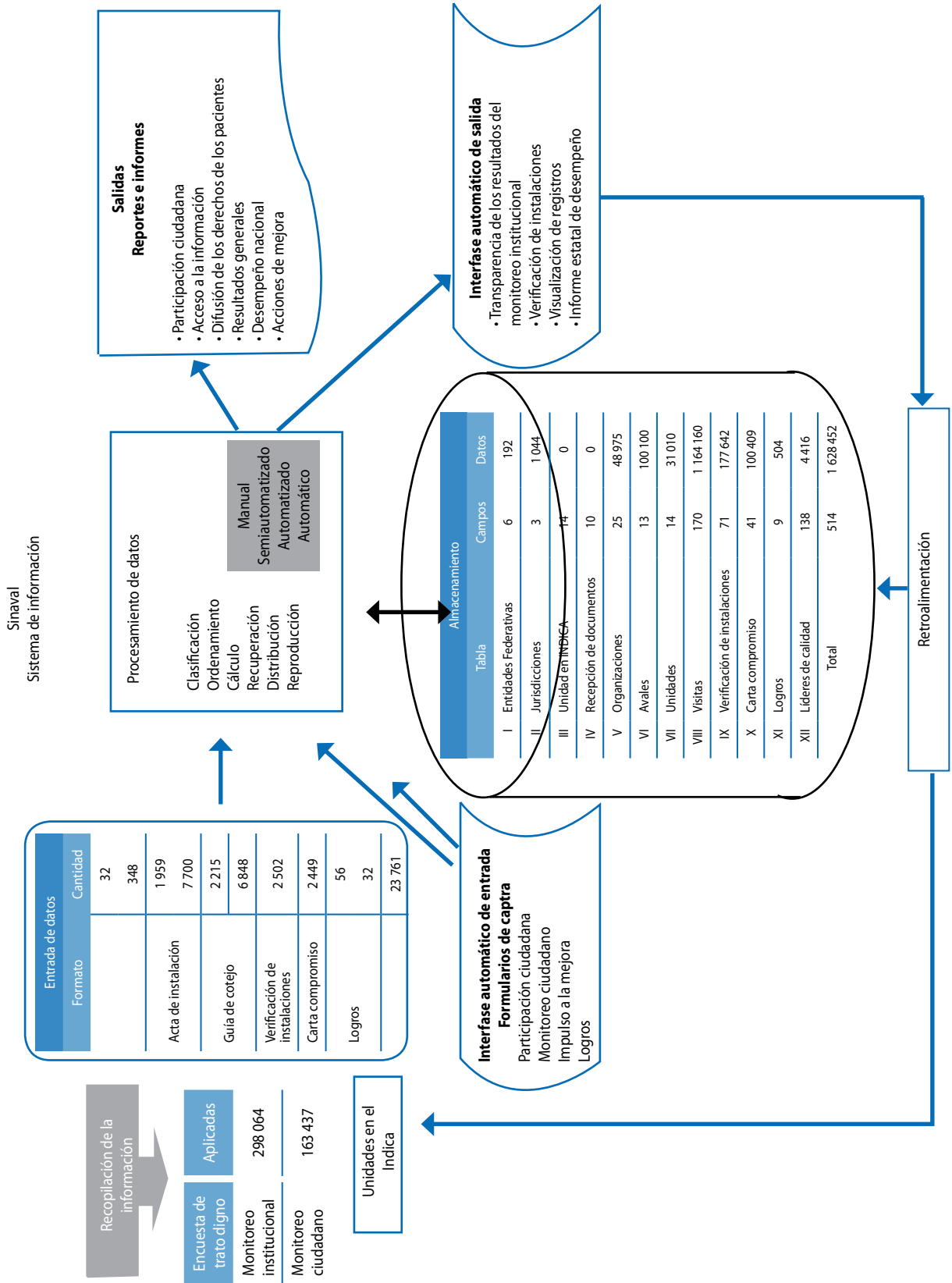
Hoja 1: Flujo de la información

Flujo de información del monitoreo ciudadano para la toma de decisiones



Fuente: El aval ciudadano: transparencia y mejora de la calidad de trato digno. En: Participación ciudadana en la mejora de la calidad de los servicios de salud. INSP 2008

Hoja 2: Procesamiento y uso de la información



Fuente: Base de datos del Sinaval. Archivos internos de la Subdirección de Vinculación Ciudadana 2005-2006

Anexo 3.C

Carta compromiso del aval ciudadano

SICALIDAD/AC-CC/08
 Periodo Evaluado:

SICALIDAD *Avila Ciudadano*
 Construir Ciudadanía en Salud

CARTA COMPROMISO AL CIUDADANO

Estado: _____ Jurisdicción Sanitaria o Delegación: _____
 Nombre de la Unidad Médica: _____
 Nombre del responsable de la Unidad Médica: _____

COMPROMISOS DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA – AVAL CIUDADANO

	Área o indicador de trato digno con oportunidad de mejora detectada por el Aval Ciudadano (Ver apartado 7 de la Guía de Cotejo)	Compromisos de mejora que adopta el establecimiento de salud ¿Qué se va a hacer y cómo se hará?	Responsable de coordinar el cumplimiento del compromiso	Fecha para iniciar el compromiso	Fecha para concluir el compromiso	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						

La presente carta compromiso se firma por triplicado, una para cada una de las partes y la tercera para el gestor de calidad de la jurisdicción u hospital en la ciudad de _____ el día _____ de _____ de 20____.

La Carta Compromiso al Ciudadano tiene como propósito recuperar la confianza ciudadana al ofrecer respuesta a las sugerencias de mejora presentadas por el Aval Ciudadano. Permite impulsar la mejora continua de la calidad en los servicios de salud, mediante el análisis de los resultados presentados por el Aval Ciudadano, obtenidos de su intervencor. Es una herramienta que cumple dos funciones: externa, como elemento de comunicación, y seguimiento al cumplimiento de compromisos frente a los usuarios y al Aval Ciudadano, e interna mediante la cual el personal de salud representado por el Director o Responsable, asume el encargo de trabajar en equipo para mejorar los servicios.

NOTA: Se pueden registrar más de 5 compromisos agregando renglones al formato

Director o Responsable de la Unidad Médica
 Nombre y Firma:
 Cargo:

Aval Ciudadano
 Nombre y Firma:
 Organización:

Anexo 3.D

Informe de seguimiento del aval ciudadano, reporte cuatrimestral (modelo)

INFORME DE SEGUIMIENTO
Construir Ciudadanía en Salud: Aval Ciudadano

SICALIDAD/AC-ID6

Entidad Federativa: **AGUASCALIENTES**

Responsable Estatal de Calidad: **MSP ROSA MARÍA CASTELLVI PAGES**

Periodo que evalúa: **TERCER CUATRIMESTRE**

Fecha: **24 de enero de 2013**

COBERTURA

I.- Número de Avaes Ciudadanos en el Estado: **43**

1.1 Clasificación

<input type="checkbox"/> 1	Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Dig. de la Sociedad Civil, Asociaciones Civiles, Instituciones de Asistencia Privada
<input type="checkbox"/> 2	Universidades
<input type="checkbox"/> 3	Otras Instituciones educativas
<input type="checkbox"/> 3.1	Grupos y asociados, no constituidos jurídicamente que se conjuntan para ser Aval Ciudadano
<input type="checkbox"/>	Empresas privadas
<input type="checkbox"/>	Ciudadanos a filio individual

II.- Número total de unidades en la entidad

2.1 Número total de Unidades en la entidad de primer nivel

2.2 Número total de Unidades en la entidad de segundo nivel

2.3 Número total de Unidades en la entidad de tercer nivel

III.- Número total de unidades Acreditadas en la entidad

3.1 Número total de Unidades Acreditadas en la entidad de primer nivel

3.2 Número total de Unidades Acreditadas en la entidad de segundo nivel

3.3 Número total de Unidades Acreditadas en la entidad de tercer nivel

IV.- Número total de unidades con Aval Ciudadano en la entidad

4.1 Número total de unidades de 1er nivel con Aval Ciudadano en la entidad

4.2 Número total de unidades de 2do nivel (hospitales) con Aval Ciudadano

4.3 Número total de unidades de 3er nivel con Aval Ciudadano en la entidad

4.5 Número total de Hospitales de Atención Psiquiátrica con Aval Ciudadano

1.2 Observaciones sobre el número de Avaes (datos)

UAE con Seguro Popular	UAE sin Seguro Popular	Total	UAE	UAE Gubernamentales	UAE-OTR	UAE	Total
82		82	10		2		94
5		5	2		1		8
2		2					2
89	0	89	12	0	3	0	104

UAE con Seguro Popular	UAE sin Seguro Popular	Total	UAE	UAE Gubernamentales	UAE-OTR	UAE	Total
82		82					82
5		5					5
1	1	2					2
88	1	89	0	0	0	0	89

UAE con Seguro Popular	UAE sin Seguro Popular	Total	UAE	UAE Gubernamentales	UAE-OTR	UAE	Total
82		82	6		2		90
5		5	2		1		8
1		1					1
	1	1					1
88	1	89	8	0	3	0	100

RESULTADOS

V.- Número de visitas realizadas por el Aval Ciudadano en el periodo

1er Nivel: **48** 2do Nivel: **5** 3er Nivel: **1** Total: **54**

VI.- Número de unidades que realizaron monitoreo del Aval Ciudadano en el periodo

UAE con Seguro Popular: **48** UAE sin Seguro Popular: **5** UAE-OTR: **1** UAE: **54**

VII.- Clasificación de los usuarios entrevistados

7.1 Hombres: 1498	7.2 Con Seguro Popular: 2286
Mujeres: 2217	Sin Seguro Popular: 596
TOTAL: 3715	TOTAL: 2882

VIII.- Número de recomendaciones formuladas por el Aval Ciudadano a las unidades durante el periodo

75

11 Trato

6 Información

20 Tiempo de espera

29 Medicamentos

Comodidad (accesos, circulación, ventilación, ruido, iluminación, temperatura e instalaciones)

9 Instalaciones (condiciones físicas)

Otras: **1 Copilación, 1 Equipo, 1 Difusión y 5 Servicio**

IX.- Número de unidades avaladas en el periodo (Revisar Guías de Colejo de las unidades): **21**

X.- Número de unidades que entregaron Carta Compromiso en el periodo

19 Acreditadas **2** No Acreditadas Total: **21**

XI.- Número de Cartas Compromiso entregadas al Aval Ciudadano en el periodo: **48**

XII.- Número de Cartas Compromiso que han sido atendidas del cuatrimestre anterior: **48**

XIII.- De las Cartas Compromiso entregadas al Aval Ciudadano el cuatrimestre anterior, señale todos los compromisos atendidos por las instituciones en el periodo y registre en el total: (Utilice uno o más renglones para cada unidad dependiendo del número de compromisos atendidos). Continúe enumerando sus compromisos en la hoja A2, A3, etc.

Unidad Médica	Acuerdos establecidos en la Carta Compromiso del cuatrimestre anterior	Evidencia de que se cumplió el compromiso (ejemplo, oficios, fotos, listas)
1 Constitución	Capacitación, tiempo y trato	
2 Progreso	Trabajo Abasto de Medicamento	
3 La Salud	Tiempo de espera e Información	
4 Nombrar al Opacoiente	Tiempo de Espera, Abasto de medicamento	
5 González Portugal	Abasto de medicamento	

XIV.- Otra información sobre la actividad del Aval Ciudadano que considere adecuado señalar

M.S.P. ROSA MARÍA CASTELLVI PAGES

Nombre y firma del responsable de la información

rosa.castellvi@psea.gob.mx

Correo electrónico

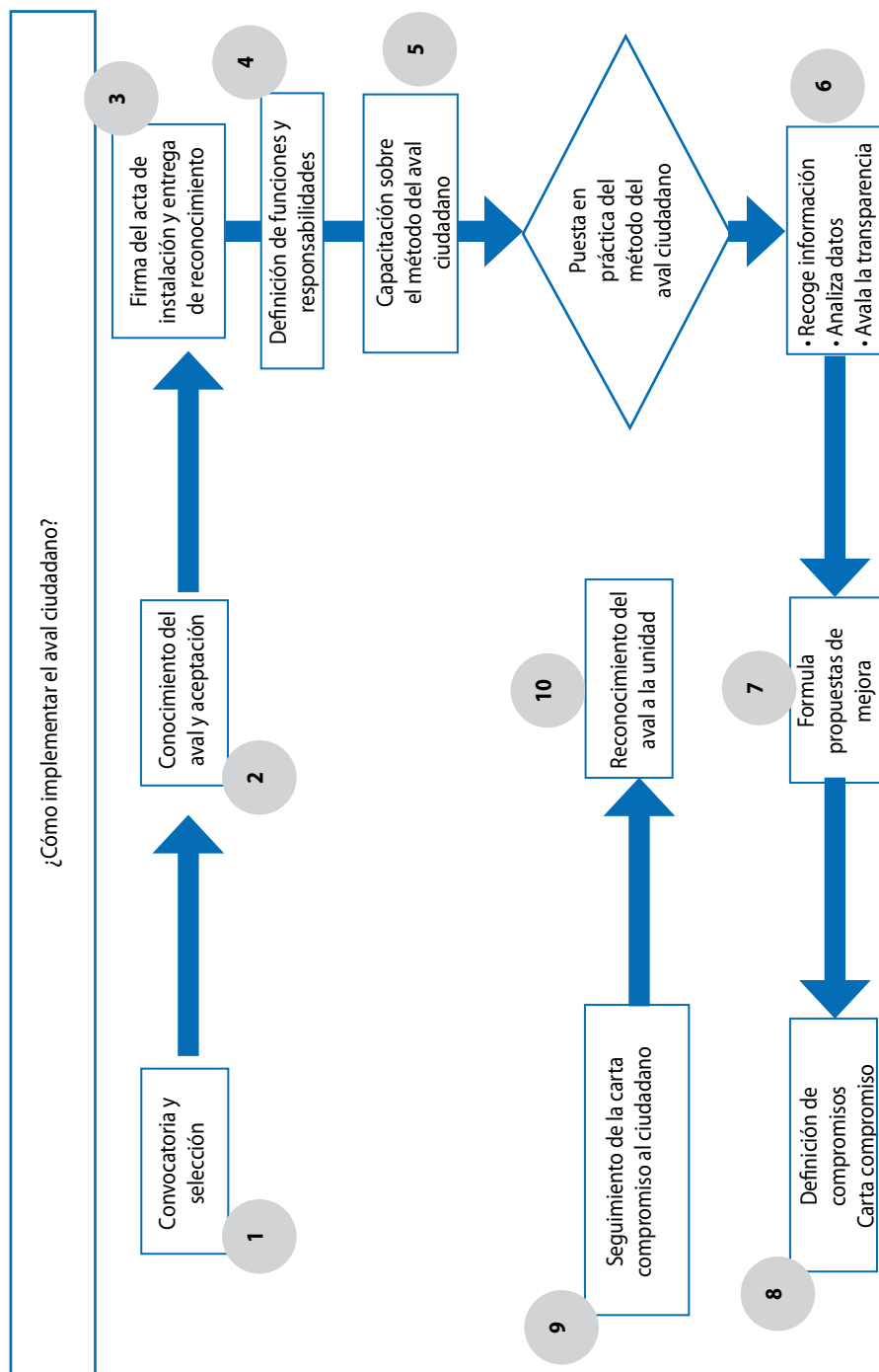
014499107500 Ext 7106

Teléfono

AVC001

Fuente: Informe de seguimiento, construir ciudadanía en salud. Aval ciudadano. Reporte estatal tercer cuatrimestre 2012

Anexo 3.E Proceso de gestión del aval ciudadano



Fuente: Aval ciudadano, construir ciudadanía en salud. Aval ciudadano 2012. Sicalidad

Anexo 3.F. (hojas 1, 2, 3 y 4) Guía de cotejo para el monitoreo ciudadano

Hoja 1

SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD AVAL CIUDADANO GUÍA DE COTEJO PARA EL MONITOREO CIUDADANO				FORMATO F3 AC/03
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA Y DEL AVAL CIUDADANO QUE REALIZA LA VISITA				
ESTADO	<input type="text"/>	DELEGACIÓN/JURISDICCIÓN	<input type="text"/>	ÁREA URBANA <input type="checkbox"/> RURAL <input type="checkbox"/>
MUNICIPIO o DELEGACIÓN	<input type="text"/>	LOCALIDAD	<input type="text"/>	FECHA DE ELABORACIÓN
INSTITUCIÓN	<input type="text"/>	NOMBRE DE LA UNIDAD	<input type="text"/>	____/____/____ DÍA MES AÑO
CLAVE DE LA UNIDAD/CLUES	<input type="text"/>	NIVEL DE ATENCIÓN	<input type="checkbox"/> Primera <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero	PERIODO QUE REVISAR
UNIDAD MÉDICA	<input type="checkbox"/> Acreditada <input type="checkbox"/> No Acreditada	<input type="checkbox"/> Certificada <input type="checkbox"/> No Certificada	SERVICIO <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización	Ene-Abr <input type="checkbox"/> Año _____
TURNO	<input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino	<input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Jornada Especial		May-Ago <input type="checkbox"/> Año _____
CON SEGURO POPULAR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Aplica		Sep-Dic <input type="checkbox"/> Año _____
AVAL QUE REPRESENTA	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Jurisdiccional <input type="checkbox"/> Estatal		
NOMBRES DE LA(S) ORGANIZACIÓN O DEL AVAL A TÍTULO INDIVIDUAL: <input type="text"/>				
1.- ACCESO A LA INFORMACIÓN DEL MONITOREO/MEJORA DE TRATO DIGNO				
1.1.- ¿El Aval Ciudadano tiene acceso a los resultados de trato digno de la unidad médica registrados en el INDICAS del cuatrimestre anterior? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
2.- SEGUIMIENTO DE LA CARTA COMPROMISO				
2.1.- Revisar las evidencias documentadas o físicas que dan seguimiento a los acuerdos establecidos en la Carta Compromiso al Ciudadano del cuatrimestre anterior y anotarlas de manera breve.				
1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	
2	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	
3	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	
4	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	
5	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>	
6	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>	
7	<input type="text"/>	7	<input type="text"/>	
8	<input type="text"/>	8	<input type="text"/>	
9	<input type="text"/>	9	<input type="text"/>	
10	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>	

Hoja 2

3.- MÉTODO DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL Y CIUDADANO

3.1.- Registre en el cuadro UNIDAD MÉDICA el número de usuarios que encuestó la unidad y en el siguiente el total de encuestados por el AVAL CIUDADANO. Escriba la diferencia.

TAMAÑO DE MUESTRA UNIDAD MÉDICA AVAL CIUDADANO DIFERENCIA

3.2.- Revise los resultados de los indicadores de trato digno del último cuatrimestre de la Unidad Médica y regístrelos en la columna A "VALOR DE LA UNIDAD". En la columna B "VALOR DEL AVAL" registre los datos que obtuvo en sus encuestas de trato digno. En la columna C "DIFERENCIA DE PERCEPCIÓN" registre el resultado de restar la columna A con la columna B y escriba con un lápiz de color, cuando la diferencia sea igual o mayor al 20%. En la columna D registre en cada uno de los indicadores "AVALADO" cuando la diferencia de percepción sea del 0 al 19 y en la columna E "NO AVALADO" cuando la diferencia sea de 20 en adelante.

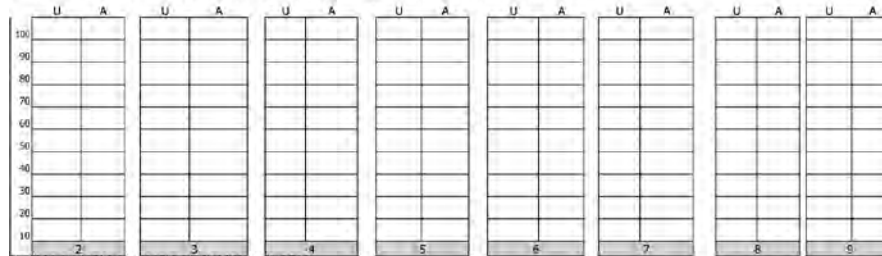
Nº	VARIABLES DE TRATO DIGNO	A VALOR DE LA UNIDAD	B VALOR DEL AVAL	C DIFERENCIA DE PERCEPCIÓN	D AVALADO	E NO AVALADO
2	Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿quedó usted...?					
3	¿El Médico le permitió hablar sobre su estado de salud?					
4	¿El médico le explicó sobre su estado de salud?(diagnóstico)					
5	¿El médico le explicó sobre el tratamiento que debe seguir?					
6	¿El médico le explicó sobre los cuidados que debe seguir?					
7	La información que le proporcionó el médico, ¿cómo la consideró usted?					
8	Con la cantidad de medicamentos que le entregaron, ¿quedó usted...?*					
9	¿El trato que recibió usted en esta unidad fue?					

*Sólo para el Servicio de Consulta Externa

Unidad Avalada o No Avalada

Nota. Si en una de las variables (pregunta 2 a la 9) esta **NO AVALADA**, la Unidad esta como **NO AVALADA**

3.4 Grafique en las columnas U (Unidad) y A (Aval) los porcentajes de los resultados de trato digno.



La línea punteada representa el estándar institucional.

3.3.- Clasificación de usuarios entrevistados por el Aval Ciudadano.

Hombres
Mujeres
TOTAL

Con Seguro Popular
Sin Seguro Popular
TOTAL

Hoja 3

4.- DIFUSIÓN DE RESULTADOS DE MONITOREO. Escriba SI o No según sea el caso.

4.1 PREGUNTE A 5 INTEGRANTES DEL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD MÉDICA.

4.1.1. ¿Le han informado de los resultados de Trato Digno que obtuvo la Unidad Médica, del último cuatrimestre que evalúa SICALIDAD: (tiempo de Espera, Abasto de Medicamentos, Trato e Información)

4.1.2. Mencione 3 Derechos Generales de los Pacientes. Si menciona 3 Derechos conteste SI, en caso contrario conteste NO

4.2 PREGUNTE A 5 USUARIOS DE LA UNIDAD MÉDICA

4.2.1. ¿Le han informado en esta unidad, cuáles son los aspectos de Trato Digno que se están evaluando?

4.2.2. Mencione 3 Derechos Generales de los Pacientes: Si menciona 3 Derechos conteste SI, en caso contrario conteste NO

5.- SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS PARA MEJORAR EL TRATO DIGNO Y LAS INSTALACIONES

	¿Qué es lo que SI le gusta de la unidad?	¿Qué es lo que NO le gusta de la unidad?	¿Cómo sugiere que se mejore?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Hoja 4

6.- **ÍNDICE DE INTEGRIDAD, COMODIDAD Y LIMPIEZA.** Califique de acuerdo con la siguiente escala: 1. Malo --> 2. Regular --> 3. Bueno

	DESCRIPCIÓN	SALA DE ESPERA	SANITARIOS	CONSULTORIOS	SALAS DE ESPERA DE URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN (área en donde el paciente está internado)	OBSERVACIONES SOBRE LAS INSTALACIONES
A. INTEGRIDAD	Superficies y pintura						
	Instalaciones						
B. COMODIDAD	Acceso al público						
	Ventilación						
	Iluminación						
	Privacidad						
C. LIMPIEZA	Señalización						
	Limpieza y orden						
TOTAL							

7.- **SUGERENCIAS DE MEJORA:** Tomar en cuenta las sugerencias del apartado "4" del formato de Trato Digno (F2.TD/U2) y los apartados "4,5,6" de la Guía de Cotejo

	Área o indicador que sugiere que se mejore	¿Cómo sugiere que se mejore?
1		
2		
3		
4		
5		
6		

FECHA DE ENTREGA DE LA CARTA COMPROMISO AL CIUDADANO

DÍA / MES / AÑO

Nombre y firma del Aval Ciudadano

Nombre y firma del responsable de la unidad médica

Entregar el original de la Guía de Cotejo al Responsable de la Unidad y solicitar que le firme una copia para usted.

Componente 4. Regulación y estándares

Estrategia de mejora de la calidad basada en regulación y estándares: desarrollo de normas e indicadores. Normalmente para ser utilizados en procesos de certificación, acreditación, supervisión, o monitoreo externo. Se incluye también el desarrollo e implementación de normas o guías para la práctica clínica

Introducción

El derecho de protección a la salud es una garantía individual consagrada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El Sistema Nacional de Salud (SNS) fue creado para dar cumplimiento a ese derecho con servicios dirigidos a las personas y a la comunidad. El SNS está legalmente coordinado por la Secretaría de Salud (SSa, artículo 7 de la Ley General de Salud), y tiene como primer objetivo “proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas” (fracción I del artículo 6 de la Ley General de Salud). El interés especial en las acciones preventivas lleva a considerar a la atención primaria a la salud como un elemento de capital importancia en el SNS. Asimismo, la mejor calidad de los servicios de salud es un imperativo ético-profesional-gerencial-legal que abarca individuos, procesos, organizaciones y servicios de salud. Estos procesos, organizaciones y servicios deben actualizarse de manera constante para estar a la vanguardia en, por lo menos, tres vías: el avance científico, el desarrollo tecnológico y las mejores prácticas documentadas. Por otra parte, la mejor calidad de los servicios de salud es también responsabilidad del Estado y es un derecho que debe respetar, proteger y garantizar. El primer párrafo del artículo 51 de la Ley General de Salud establece que “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.

La responsabilidad del Estado recae de manera principal en el ejercicio de rectoría de la SSa como autoridad sanitaria. Si bien la rectoría implica varias, una de las que se reconoce como incompañable e indelegable, es decir, exclusiva de la autoridad sanitaria, es la regulación, la cual tiene como propósito diseñar el marco normativo que protege y promueve la salud de la población, así como garantizar su cumplimiento.¹ La regulación necesariamente implica la vigilancia o fiscalización, funciones que permiten a la Autoridad Sanitaria llevar a la práctica los preceptos establecidos en la Constitución, en la Ley General de Salud y sus reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas.

Otra función exclusiva de la autoridad sanitaria que tiene una gran influencia es la conducción sectorial,¹ la cual permite fortalecer y orientar la capacidad del sistema entorno a la política nacional de salud mediante el análisis de información; la definición de prioridades, estrategias, planes, programas y presupuestos; la negociación y concertación; la construcción de legitimidad y participación social, y así como la cooperación técnica y participación internacional, entre otras.

Mientras que la función reguladora es relativamente más estática, la función de conducción sectorial es más dinámica. La primera requiere de verificación y fiscalización para su cumplimiento y la segunda requiere de procesos que permitan evaluar su desempeño. Las dos funciones son fundamentales para impulsar la mejora de la calidad de los servicios de salud pero son externas a las unidades médicas. Por ello sus principales retos son lograr la complementariedad

y sinergia con las iniciativas internas, las cuales son esenciales para lograr la mejora de la calidad.

Para analizar la situación actual en relación a todo lo anterior se requiere la revisión de:

- Normas de obligado cumplimiento y licencias sanitarias.*
- Programas de certificación y acreditación.
- Estándares de práctica: guías de práctica clínica (GPC).
- Indicadores para monitorización externa.

Las “normas”, sobre todo las relativas a infraestructura, personal y financieras, se tratan principalmente en el componente de capacidad organizacional y los indicadores en el componente de sistemas de Información. Por ello, en este reporte correspondiente a regulación y estándares se analizarán las características y brechas en relación con las otras dos actividades: Programas de Certificación y Acreditación y Estándares de Práctica (guías de práctica clínica).

El propósito de este análisis es aportar elementos relacionados con la rectoría que permitan a los funcionarios de la SSa, como coordinadora del SNS, definir políticas públicas en materia de evaluación y medicina basada en evidencia que permitan mejorar la calidad de este Sistema con énfasis en la atención primaria a la salud.

I. Certificación y acreditación de unidades de primer nivel de atención

Metodología de análisis

Marco de referencia

Para analizar estos temas se tomará como referencia el indicador “9.1 Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos” del “Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública” de la Iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, publicado en mayo de 2001 por la OMS/OPS, CDC y el Centro Latinoamericano de Inves-

* La Licencia Sanitaria es una modalidad de autorización que se formaliza como acto administrativo mediante el cual la autoridad sanitaria permite a una persona pública o privada la realización de actividades relacionadas con la salud humana, en los casos, con los requisitos y modalidades que dicta la Ley General de Salud. Quienes requieren este tipo de autorización, se encuentran enlistados en el artículo 198 de la citada Ley.

tigaciones en Sistemas de Salud (Clais).² También se tomará como referencia el documento “Estándares de evaluación en el sistema de Naciones Unidas” publicado el 29 de abril de 2005 por el Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas.³ Los criterios descritos en estos documentos pretenden:

1. Guiar el marco institucional de la evaluación.
2. Favorecer la definición de estándares apropiados para evaluar las prácticas de salud colectivas e individuales y desarrollar la evaluación de calidad tomando en cuenta los datos de las entidades federativas y los estándares desarrollados.
3. Utilizar los estándares e identificar instrumentos científicamente probados que se deban utilizar para medir la calidad de las prácticas y los servicios de salud individuales y colectivos.
4. La gestión de la función de evaluación.
5. Sugerir la adaptación de métodos de análisis orientados al resultado que incluyan identificación científica de los estándares a ser evaluados, los datos a recolectar y procedimientos a seguir en la recolección y análisis de los datos.
6. Contar con una instancia de acreditación y evaluación de calidad autónoma e independiente de los servicios de salud.
7. La realización y el uso de las evaluaciones.

Para el caso concreto de la certificación y acreditación de instituciones de atención médica revisamos su conceptualización, ámbito de aplicación, criterios utilizados, proceso de realización y evaluación de resultados, si los hubiese.

Resultados del análisis

El concepto de certificación y acreditación

Si bien existen referentes y conceptos internacionales sobre certificación y acreditación, en México la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, vigente desde el 1 de julio de 1992, define a la certificación como “procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a las normas o lineamientos o recomendaciones de organismos dedicados a la normalización nacionales o internacionales”. La misma Ley define a la acreditación como “el acto por el cual una entidad de acreditación reconoce la competencia técnica

y confiabilidad de los organismos de certificación, de los laboratorios de prueba, de los laboratorios de calibración y de las unidades de verificación para la evaluación de la conformidad”. No obstante este marco legal existente, en el sector salud el concepto de acreditación se implementó de manera diferente. Además, no hay paralelismo entre estos conceptos tal como se utilizan en México y los prevalente a nivel internacional en el sector salud.

En el sector salud de México la *certificación* se define como el “proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes”.⁴ En el ámbito internacional el término certificación se utiliza sobre todo en referencia al proceso seguido para constatar el cumplimiento de las normas ISO.

La *acreditación*, en el contexto del sector salud de México, se define como “un proceso de evaluación externa, a través del cual se evalúa un establecimiento de salud fijo o móvil, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catálogo universal de servicios de salud y el Fondo de Gastos Catastróficos. Dicho proceso se aplica a todo establecimiento de salud, que por sus características se ubiquen dentro del primero y segundo niveles de atención o servicios de alta especialidad”.⁵ En el ámbito internacional este término se utiliza para procesos semejantes a la certificación, también con carácter voluntario, aplicados particularmente en el sector salud, siendo su origen y representante paradigmático la acreditación que otorga la *Joint Commission on Health Care Organizations* (JCAHO) de Estados Unidos. El concepto y término internacional más equivalente a una acreditación “obligatoria” es la *licencia* para funcionar (en el caso de instituciones) o para ejercer la profesión (en el caso de personas).

En México el titular de la SSA también es presidente del Consejo de Salubridad General. Esto es importante ya que supone que la SSA está implicada tanto en la certificación de establecimientos de atención médica del Consejo de Salubridad General como en la acreditación de unidades prestadoras de servicios de salud de la SSA, dos de los procesos más potencialmente relevantes emprendidos en los últimos 15 años para la evaluación de los servicios de salud.

Criterios y proceso de la certificación de establecimientos de atención médica

El proceso de certificación se puso en marcha en abril de 1999, antes que el de acreditación. Surgió jurídicamente y se mantiene a través de Acuerdos del Consejo de Salubridad General fue diseñado sólo para hospitales. A partir de 2002, en el contexto de su reestructuración y de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se amplió su alcance a otros tipos de establecimientos incluyendo aquellos que brindan “atención médica ambulatoria”. Este término se refiere a los centros de salud y unidades y clínicas de medicina familiar.

Hasta el 30 de junio de 2012 los *criterios* definidos para realizar la evaluación eran “con enfoque de calidad, reconocimiento de la satisfacción del usuario, cumplimiento de la normatividad establecida, medición del desempeño y aplicación de acciones de mejora continua, considerando los principios básicos de la gestión de calidad de ISO 9000”.⁶ A partir del 1 de julio de 2012 esos cedieron su lugar a criterios para ser substituidos por los *estándares para la certificación* de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades. Desde de ese momento se establecieron como referencia los temas de seguridad del paciente y de las instalaciones; investigación basada en el análisis de los incumplimientos de dichos establecimientos en los dos años anteriores; mejores prácticas de atención médica; actualización de la normatividad vigente, y la opinión y consenso de expertos en el tema y representativos de las instituciones que brindan atención médica.

De acuerdo con su base normativa,⁷ está previsto que los estándares sean revisados:

- Cada dos años como plazo máximo, en cuanto a su funcionalidad y beneficio en la detección de oportunidades de mejora en materia de calidad de la atención médica, seguridad del paciente y seguridad de las instalaciones en los establecimientos de atención médica auditados.
- Cuando la normatividad en la que esté fundamentado algún estándar se modifique y en consecuencia sea contradictorio el estándar o más específico el requisito legal.
- Cuando los programas y estrategias nacionales de salud cambien o prioricen nuevos estándares e indicadores para mejorar la atención médica y la seguridad de los pacientes.

El proceso de certificación se describe en un manual publicado en la página electrónica del Consejo de Salubridad General⁸ y consiste en el desarrollo de tres fases: (i) Inscripción y autoevaluación; (ii) Auditoría; y (iii) Dictamen.

Fase de inscripción y autoevaluación

La primera fase, “inscripción y autoevaluación”, es responsabilidad fundamentalmente del director del establecimiento de atención médica interesado en cursar este proceso. El interesado llena un formulario de inscripción donde manifiesta el tipo de servicios que ofrece, las licencias, avisos de responsables y de funcionamiento. Por otro lado, se debe cumplimentar una Autoevaluación⁹ en la que se califican estándares que especifican los requisitos de recursos humanos, estructura y equipamiento, así como la documentación y sistemas de información indispensables para el inicio y mantenimiento del sistema de gestión de calidad.

Para que un establecimiento pueda acceder a la siguiente etapa del proceso de certificación deberá cumplir a cabalidad los requisitos de inscripción y manifestar un cumplimiento del 100% de los estándares indispensables (182 estándares), 80% o más de los necesarios (mínimo 95 de 118 estándares) y al menos el 50% de los convenientes (mínimo 37 de 73 estándares). Además no debe tener procedimientos administrativos abiertos con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o con las áreas de regulación sanitaria de las entidades federativas.

Fase de auditoría

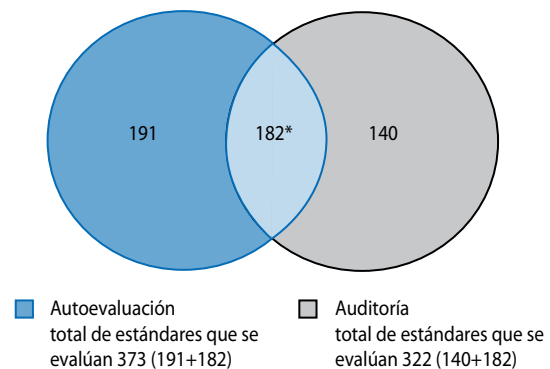
La segunda fase del proceso de certificación corresponde a un área del Secretariado del Consejo de Salubridad General, la cual integra un equipo multidisciplinario *ad hoc* de auditores* y coordina la realización de la auditoría. Esta auditoría se centra en estándares de atención al pa-

ciente (58 estándares con 198 elementos de medición), de apoyo a la atención (82 estándares con 295 elementos de medición) y estándares ponderados como indispensables calificados como cumplidos en la Autoevaluación. Es importante subrayar que la auditoría no revisa todos los estándares calificados en la autoevaluación sino sólo aquellos que están ponderados como “indispensables” (182), además de los otros estándares señalados como de atención al paciente y de apoyo a la gestión (140 estándares) publicados en internet.¹⁰ Esta aplicación de los estándares se resume en la figura 4.1.

Durante la evaluación se busca que la unidad médica tenga un sistema de gestión que prevenga daños, lesiones y accidentes, tanto en el paciente como en el personal, sin dejar de lado las responsabilidades legales que debe cumplir dicho establecimientos por el hecho de brindar atención médica. Dicho enfoque de auditoría se resume en la figura 4.2.

El enfoque de la evaluación tiene tres ejes: paciente, familia y comunidad. El principal y centro de atención es el paciente a partir de quien se estructura el sistema de salud en términos éticos, técnicos, organizacionales, programático-presupuestales, legales y sociales. Sin embargo, también se reconoce la importancia de la familia del paciente como elemento coadyuvante en el proceso de atención, en la continuidad de la aten-

Estándares para la certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades

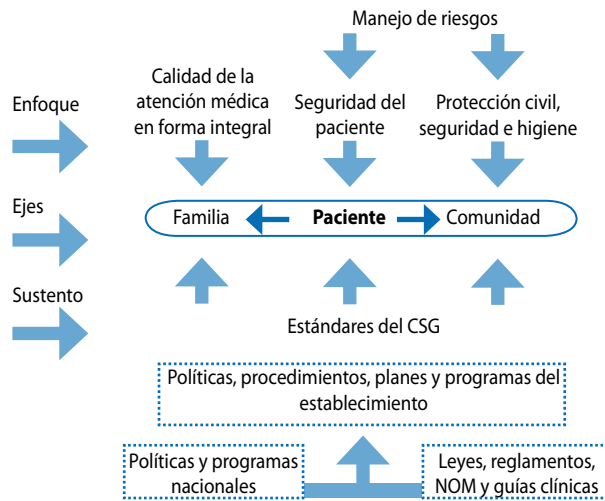


* Indispensables

Fuente: Elaboración propia a partir de la información del Consejo de Salubridad General publicada como: Manual del Proceso para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades 2012, Autoevaluación Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades 2012 y Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades 2012.

Figura 4.1. Aplicación de los estándares en el proceso de certificación

* La Integración del equipo de auditores debe dar cumplimiento a lo descrito en las Normas de Auditoría para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica aprobadas por el Consejo de Salubridad General. Es conveniente precisar que los auditores son profesionales que trabajan en los servicios de salud, que han cursado exitosamente un proceso de selección; la conformación del equipo considera la institución, ubicación geográfica, tamaño y complejidad de la unidad médica para seleccionar a los auditores conforme su procedencia (institución y ubicación geográfica) para cumplir con el principio de independencia, elegir el número idóneo para realizar la evaluación y la profesión de los auditores, como mínimo se programa a dos auditores, uno médico y otro de enfermería.



Fuente: Reyes Zapata HG, modificado por Galván García AF. Material para la capacitación de auditores del CSG.

Figura 4.2. Esquema de la auditoría para el proceso de certificación

ción (por ejemplo, en el domicilio del paciente) y en la prevención de enfermedades futuras. También resulta de gran importancia la identificación de la comunidad donde se encuentra el paciente para tener las debidas consideraciones para el respeto de los valores y creencias, identificar las barreras al acceso y prestación de servicios y establecer una comunicación efectiva con el paciente y la comunidad.

Una vez reconocida la importancia y vinculación de los tres ejes, los *enfoques* requeridos al establecimiento para la prestación de sus servicios son, por un lado, la calidad de la atención médica en forma integral, donde se observe y resuelva el aspecto biológico del individuo pero también se observen e integren los aspectos sociales y psicológicos. Por otro se requiere también del manejo de riesgos desde dos vertientes: “Seguridad del Paciente” para prevenir eventos adversos y “Protección Civil, Seguridad e Higiene” para tener capacidad de respuesta ante desastres y emergencias, así como para mantener la seguridad de instalaciones y personal de tal manera que se prevengan accidentes y lesiones.

Para realizar la evaluación de los tres ejes (paciente, familia y comunidad) con los dos enfoques (calidad de la atención médica en forma integral y manejo de riesgos) se utilizan los estándares del Consejo de Salubridad General. Estos se basan en buenas prácticas, las cuales deben ser abordadas por las *políticas y procedi-*

mientos para guiar la atención médica, así como por los *planes y programas para guiar la gestión de la unidad médica*. Particularmente en el Plan de Mejora de la Calidad, estas prácticas incluyen la adopción, uso y monitorización de al menos una guía clínica o protocolo de atención al año. Además, la operación y funcionamiento del establecimiento de atención médica deben cumplir, como mínimo, el *contexto normativo* aplicable y las *políticas y programas nacionales*.

Para llevar a cabo la auditoría bajo este esquema se realizan rastreadores o trazadores en diversos procesos y sistemas críticos del establecimiento de atención médica, por ejemplo, el rastreador del sistema de manejo y uso de medicamentos.

Para que la evaluación sea lo más objetiva posible se buscan intencionadamente tres tipos de evidencia: *física, documental y testimonial*. Con todo ello se construye evidencia analítica que permita, mediante la discusión en consenso del equipo auditor, evaluar si un proceso cumple con los estándares y si ese cumplimiento muestra consistencia. El propósito de que la auditoría tenga procesos de análisis y síntesis es concertar lo que se leyó, observó y escuchó para tener certidumbre del grado de cumplimiento de los estándares en el marco de los ejes y enfoque de la auditoría.

Fase de dictamen

Los resultados de la auditoría, que incluyen calificaciones y observaciones a los incumplimientos, se integran bajo la supervisión del líder de la auditoría, quien deja una copia del reporte final al director del establecimiento y envía el original al Consejo de Salubridad General. Es importante mencionar que al concluir la auditoría se realizan evaluaciones cruzadas del desempeño; es decir, el líder de la auditoría evalúa a los auditores, los auditores al líder de la auditoría y el director del establecimiento al equipo auditor.

El Consejo de Salubridad General procesa los resultados de la auditoría, específicamente la congruencia entre las calificaciones asignadas a los estándares, así como las observaciones que contextualizan los incumplimientos. En resumen, se evalúan las siguientes características al informe de auditoría: suficiente, competente, relevante y pertinente. En caso de no haber alguna aclaración que hacer con el equipo de auditoría se presentan los resultados en Sesión Ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica del

Consejo de Salubridad General quien, con base en reglas claras y publicadas en el Manual del Proceso para la Certificación de Clínica de Atención Primaria y Consulta de Especialidades,⁸ emite su dictamen, el cual se comunica formalmente a los directivos de los establecimientos participantes. Solo se publican en la página electrónica del Consejo de Salubridad General los dictámenes relacionados con los establecimientos que logran la certificación, así como la relación de los establecimientos a los que se brinda un plazo perentorio para resolver aspectos puntuales, es decir, que quedan en proceso de certificación. Es importante señalar que no se publican los informes de las auditorías ni el listado de los establecimientos dictaminados como “No Certificados”. Esta información sólo puede ser accesible al público mediante solicitud específica en el marco de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

La vigencia del certificado, dependiendo del nivel de cumplimiento de los estándares, es de 2 a 3 años.

Alcance y extensión del Programa de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

El proceso de certificación busca convertirse en el estándar nacional de calidad y ser competitivo a nivel internacional. Ha logrado avances y mejoras, pero enfrenta el problema de que a marzo de 2013 sólo han participado en el proceso de certificación 312 de las 21 516 unidades públicas de consulta externa registradas en el país.¹¹ De esas 312 sólo 10 pertenecen a los Sesa y dos de ellas mantienen vigente su certificado.

Para explicar lo notoriamente insignificante que ha sido el impacto del programa de certificación en el primer nivel de los Sesa pueden aventurarse las siguientes hipótesis:

- En los últimos seis años la mayor cantidad de incentivos y articulaciones destinados a la certificación estuvieron enfocados a los hospitales, así como a la capacitación otorgada a directivos de establecimientos por parte del Consejo de Salubridad General.
- A partir de 2007, se vinculó el proceso de certificación con los resultados de verificación sanitaria de la Cofepris. Ello se reforzó posteriormente con la publicación del Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Además, se establecieron los requisitos de contar con Licencias Sanitarias, Aviso de Responsable y Aviso de Fun-

cionamiento correspondientes a los servicios que proporciona cada establecimiento. Todo ello redujo aún más la posibilidad de que los establecimientos pudieran certificarse.

- Dado que los criterios vigentes hasta junio de 2012 establecían requerimientos de estructura, equipamiento, recursos humanos y comités difíciles de cumplir para unidades de cinco núcleos básicos o menos, en realidad era menor el universo al cual estaba orientada la certificación.
- La actualización de los criterios que quedaron como Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades fue hasta mediados de 2012 y su difusión fue mínima. Además ese año terminó la administración federal y se dio el proceso de cambio de gobierno. Estos factores obstaculizaron la promoción de los estándares y el incremento del número de unidades participantes.
- El nivel de participación de las secretarías estatales de Salud fue bajo mientras que el aporte de organizaciones no gubernamentales en el desarrollo de los estándares fue nulo.
- Escasa visualización de los beneficios potenciales que puede aportar la certificación.

Hasta el momento no se ha realizado una evaluación rigurosa del impacto de la certificación en la calidad del servicio prestado en los servicios del primer nivel de atención y de hecho sería impracticable dada la muy escasa incidencia en las unidades de primer nivel.

Criterios y proceso de la acreditación de establecimientos de atención médica

La Acreditación surge en el contexto de la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) con la reforma de la Ley General de Salud publicada el 15 de mayo de 2003, la cual intenta corregir tanto la carencia de protección financiera como la creciente disparidad entre las necesidades de salud de los ciudadanos y la evolución del Sistema Nacional de Salud.¹² La Acreditación es requisito para que los establecimientos de atención médica ingresen a la red de prestadores de servicios para población afiliada al SPSS. Este proceso está sustentado jurídicamente en el artículo 77 BIS-9 de la Ley General de Salud, así como en los artículos 23 al 29 bis del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Hasta la instauración de la acreditación, los consultorios y clínicas (unidades de medicina familiar, clínicas de medicina familiar y centros de salud) solamente requerían para prestar servicios dar aviso de funcionamiento y de responsable sanitario (en caso de que realicen estudios de radiología e imagen, dicho servicio deberá contar con licencia sanitaria). En caso de que la Autoridad Sanitaria detecte un incumplimiento a los preceptos legales durante alguna Verificación, dicho establecimiento médico podría ser acreedor a sanción.

El proceso de acreditación estuvo dirigido originalmente a los establecimientos de atención médica de las secretarías estatales de Salud pero en la actualidad está abierto a la participación de establecimientos de IMSS-Oportunidades y de otras instituciones así como establecimientos privados que deseen incorporarse al SPSS, previa solicitud al secretario estatal de Salud, quien remitirá a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud este requerimiento para que el establecimiento sea incluido en la programación.

La acreditación considera legalmente al menos los siguientes aspectos:^{5,13}

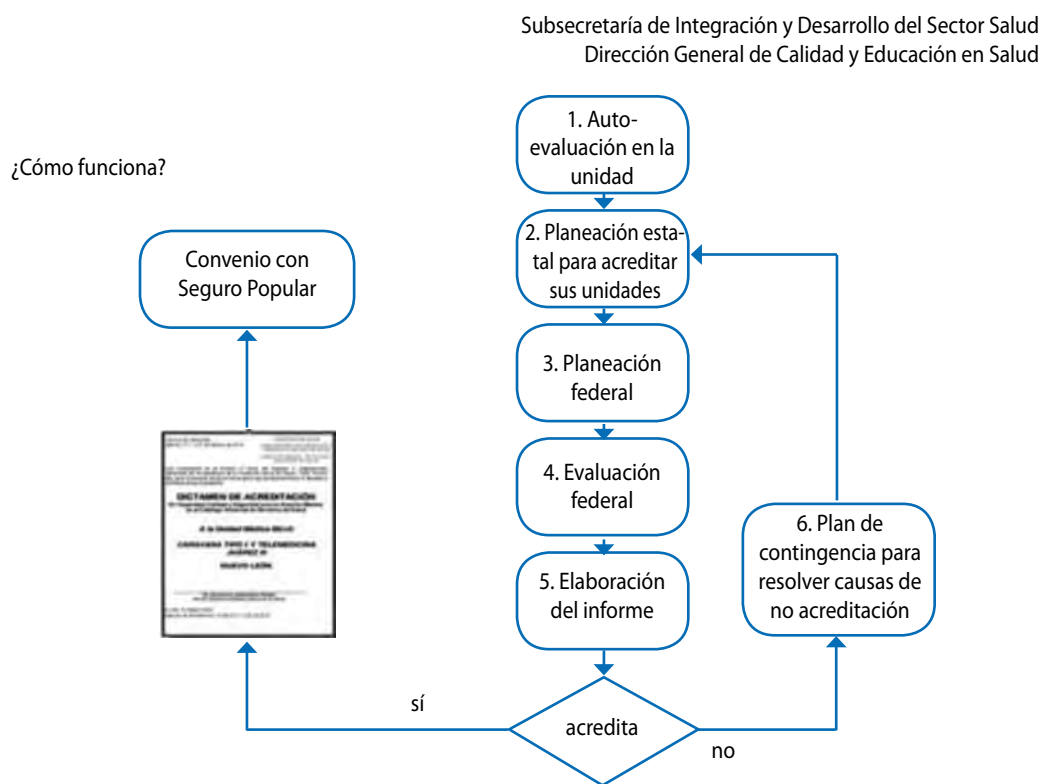
- Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud.
 - Aplicación de exámenes preventivos.
 - Programación de citas para consulta.
 - Atención personalizada.
 - Integración de expedientes clínicos.
 - Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia.
 - Prescripción, surtimiento y control de medicamentos.
 - Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.
 - Se deberán demostrar las competencias profesionales del personal médico y paramédico que labora en los establecimientos fijos, móviles y servicios.
 - En los establecimientos para la prestación de servicios de salud ubicados en localidades indígenas es recomendable capacitar al personal de salud en competencias de interculturalidad que les permitan identificar los principales elementos y el marco cultural en que se desenvuelve la población indígena.
 - Conocimiento y aplicación las Normas Oficiales Mexicanas (de aquellos elementos indispensables para la oferta de los catálogos vigentes, correspondientes a los procesos de atención médica y programas de salud pública correspondientes).
 - Los responsables de los establecimientos deberán planear, dirigir, mejorar los procesos y gestionar los recursos necesarios para la adecuada cobertura de atención.
 - El establecimiento contará con un sistema de referencia/contrarreferencia y deberá cumplir con los mecanismos que demuestren la eficiencia del mismo.
 - Se contará con mecanismos de prestación o contraprestación de servicios si es de la misma institución, o de subrogación si es por otras instituciones, en caso de requerir de mayor nivel de resolución.
- Para la evaluación de estos aspectos en la atención primaria a la salud se consideran las siguientes cédulas, las cuales se encuentran publicadas en internet:¹⁴
- Auditoría para unidades médicas del Programa Caravanas de la Salud. Unidades móviles.
 - Establecimientos de primer nivel. Unidades Médicas Rurales IMSS-Oportunidades.
 - Establecimientos de primer nivel. Centros de salud.
 - Enfermedades Crónicas. Unidades de Especialidades Médicas (Unemes)
 - Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA). Unidades de Especialidades Médicas (Unemes)
 - Centro de Atención en Salud Mental (Cisame). Unidades de Especialidades Médicas (Unemes)
- Estas cédulas definen criterios ponderados como “mayores” y “menores”. Los primeros son requisitos que afectan a la seguridad del paciente y que al no cumplirse, impiden la evaluación del resto de la cédula. Los “menores” son aquellos complementarios que no ponen en riesgo la seguridad del paciente pero deben ser cumplidos de manera satisfactoria.⁵
- Los criterios, mayores y menores, son de tres tipos:⁵
- Capacidad. En este rubro se identifican los criterios mínimos indispensables en materia de infraestructura en salud.
 - Seguridad. Se refiere a los principales aspectos de práctica médica que inciden de manera importante en la seguridad del paciente.
 - Calidad. Criterios que evalúan la gestión de calidad a partir de la mejora continua de los procesos.
- La distribución de los criterios según su ponderación se muestran en el cuadro 4.1.

Cuadro 4.1. Criterios de las cédulas de acreditación		
Cédulas 2013	Criterios	Total
Auditoría para unidades médicas del Programa Caravanas de la Salud. Unidades móviles Tipo 3	Mayores	30
	Menores	368
Establecimientos de primer nivel. Unidades Médicas Rurales IMSS-Oportunidades	Mayores	30
	Menores	367
Establecimientos de primer nivel. Centros de salud	Mayores	30
	Menores	367
Enfermedades Crónicas. Unidades de Especialidades Médicas (Unemes)	Mayores	70
	Menores	507
Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA). Unidades de Especialidades Médicas (Unemes)	Mayores	20
	Menores	129
Centro de Atención en Salud Mental (Cisame). Unidades de Especialidades Médicas (Unemes)	Mayores	19
	Menores	107

El proceso de acreditación se encuentra publicado en el “Manual de acreditación”⁵; está a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la SSA, como lo muestra la figura 4.3.

El proceso inicia con la “autoevaluación” a cargo de la unidad médica, donde se debe cumplimentar la cédula correspondiente, la cual posteriormente debe ser validada por el responsable estatal de calidad, quien envía los resultados a la DGCES. Para que el establecimiento pase a la siguiente fase del proceso, deberá cumplir, al menos, 85% de los criterios en general, dentro de éste cumplimiento mínimo se deberá cubrir la totalidad de los criterios mayores.

De acuerdo con el plan estatal y el plan federal de acreditación de unidades, se inicia la siguiente fase del proceso denominada “auditoría”, la DGCES revisa el contenido de las cédulas autoevaluadas y validadas. Después, posteriormente programa la auditoría en coordinación con el área de calidad de la entidad federativa.



Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud. Documento electrónico “Acreditación de unidades médicas que prestan servicios en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), México 2012” fecha de publicación abril de 2013. Disponible en: <http://www.youblisher.com/p/609254-Acreditacion-2012/>

Figura 4.3. Esquema explicativo del proceso de acreditación

El número de auditores* varía dependiendo en función del tamaño y de la complejidad del establecimiento. Los miembros del equipo auditor no pueden proceder de la misma entidad federativa en donde se realiza la evaluación. El equipo auditor hace la evaluación de los criterios y se realiza con base en las evidencias disponibles en el establecimiento. Una vez concluido el trabajo de auditoría entrega la cédula a la DGCES, quien evalúa los resultados y emite un dictamen. Este dictamen es comunicado oficialmente de manera oficial a los Servicios Estatales de Salud con copia al establecimiento médico, según corresponda. La información sobre la acreditación no es publicada y, sólo puede ser accesible al público mediante solicitud específica en el marco de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Alcance y extensión del Programa de Acreditación de Establecimientos de Atención Médica

Hasta agosto de 2012 la vigencia de la acreditación era de cinco años. Sin embargo, por decisión de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud en coordinación con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la DGCES, se estableció que la vigencia será “indefinida tanto para los establecimientos proveedores de servicios del catálogo universal de servicios de salud (Causes), como para los servicios de alta especialidad dentro del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos”.⁵ Es evidente que esta decisión atenta contra la función de la garantía de calidad de los servicios a la población que supone este modelo de evaluación. Se entiende que la intención de esta decisión fue fundamentalmente tomada en un escenario de no paralizar el flujo financiero hacia las unidades en quienes habían concluido la vigencia de su acreditación y dada la falta de recursos para evaluar todas las unidades en los respectivos procesos de acreditación y re-acreditación.

Aunado a lo anterior, según consta en la Evaluación Externa a Sicalidad del año 2012,¹⁵ existen carencias de infraestructura, equipamiento, personal y medicamentos que representan un obstáculo para el cumplimiento total del plan anual de acreditación de los Sesa. Asimismo, se señala que aún se percibe la acreditación como un trámite

* Los auditores del proceso de acreditación son personal de salud en operación, que han sido cuidadosamente seleccionados a través de un proceso de evaluación.

para obtener recursos y no como un medio para impulsar la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.

A diciembre del 2012 habían participado y aprobado en el proceso de acreditación 10,323 establecimientos que brindan atención primaria. Estos representan el 86% del universo de unidades acreditables, conforme a sus diferentes clasificaciones, tal como lo muestra la figura 4.4.

Sobre el tema de acreditación si se han realizado evaluaciones. Una de ellas, llega a la conclusión de que es necesario monitorear el desempeño de las unidades acreditadas para mantener constante el buen control metabólico y el tratamiento clínico de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.¹² No obstante lo anterior, es recomendable realizar una medición de impacto, sobre todo de los resultados en la salud de la población que generan las unidades médicas antes y después de la acreditación, así como realizar un comparativo entre unidades acreditadas y no acreditadas.

Conclusiones y brechas de los programas de certificación y acreditación

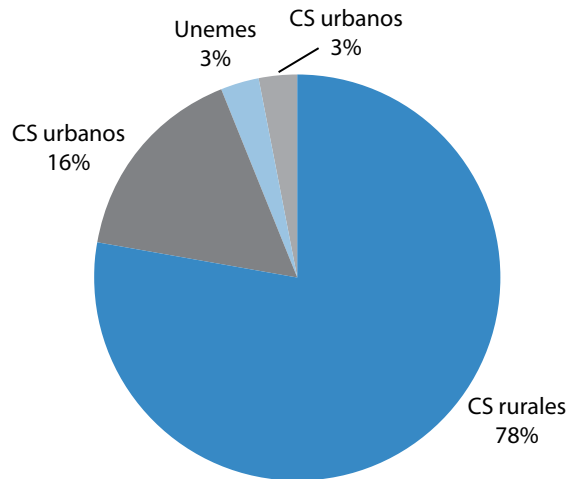
Conceptos y terminología

Los conceptos de certificación y acreditación que se utilizan en el sector salud de México difieren en de los prevalentes a nivel internacional, e incluso con de lo contenido en la propia normativa general mexicana. Esto es relevante para cualquier comparación y para aclarar el alcance esperado de cada uno de los dos procesos.

Criterios y proceso de la certificación de establecimientos de atención médica

Los estándares para la certificación fueron modificados recientemente para que su diseño esté más en línea con los estándares internacionales y con una previsión de revisión exigente. El proceso de certificación también intenta establecer una cierta autonomía. El proceso, sin embargo, no es completamente transparente en primera instancia. Los informes de auditoría y los resultados de “No certificación” no se publican. Esta información sólo puede ser accesible al público en teoría mediante solicitud específica en el marco de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Establecimientos de atención médica de consulta externa acreditados para prestar servicios al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, México 2012



Nota: Tipos de Unemes (adicciones, crónico degenerativos, cirugía ambulatoria y salud mental)
Tipos de Caravanas (I,II,III)

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud. Documento electrónico "Acreditación de unidades médicas que prestan servicios en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), México 2012"

Figura 4.4. Establecimientos de primer nivel acreditados a diciembre de 2012

Alcance y extensión del Programa de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

La implantación de la certificación es mínima en las unidades de primer nivel y prácticamente inexistente en unidades de los Sesa. Entre los posibles motivos podrían citarse los escasos o nulos incentivos para la certificación, el bajo nivel de participación de las secretarías de Salud de las entidades federativas y la escasa visibilidad de los beneficios potenciales que puede aportar la certificación. No se ha realizado evaluación alguna sobre el impacto de la certificación en la calidad del servicio ofrecido, mientras que tal evaluación es impracticable en el caso de los Sesa por el escaso número de unidades certificadas.

Criterios y proceso de la acreditación de establecimientos de atención médica

La acreditación se establece como requisito para que los establecimientos de atención médica ingresen a la red de prestadores de servicios para población afiliada al SPSS. En un principio el proceso era tan sólo para establecimientos de los Sesa pero en la actualidad tam-

bién incluye a establecimientos de IMSS-Oportunidades y de otras instituciones y a establecimientos privados que deseen incorporarse al SPSS. El proceso revisa el cumplimiento de criterios "mayores" y "menores" en relación a "capacidad", "seguridad" y "calidad". La auditoría y el dictamen no son independientes, sino que se realizan dentro de la DGCES. La información no es publicada y sólo puede ser accesible mediante solicitud específica en el marco de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Alcance y extensión del Programa de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Desde agosto de 2012 la acreditación es indefinida por lo que su utilidad es cuestionable. Hasta esa fecha habían sido acreditados cerca de en torno al 86% de los establecimientos acreditables pero persisten deficiencias en infraestructura, equipamiento y personal.

Aunque el programa sigue vigente, no se ha realizado hasta el momento una evaluación rigurosa del impacto de la acreditación en la calidad del servicio prestado.

Conclusión general

Tanto los procesos de acreditación como el de certificación parecen necesitar de una evaluación rigurosa sobre su utilidad y posiblemente de un replanteamiento a fondo teniendo en cuenta la evidencia y procedimientos existentes a nivel internacional.

II. Guías de práctica clínica

Introducción

Las guías de práctica clínica (GPC) han sido utilizadas desde los años sesentas del siglo XX como un instrumento de estandarización de la atención médica bajo el nombre de protocolos clínicos, guías de práctica y algoritmos, entre otros. Al inicio de los años noventa el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) propuso el término “guías de práctica clínica” para unificar conceptualmente los diversos formatos y términos;¹⁶ actualmente se considera el más aceptado.

En todos los casos y con diversas terminologías, se trata de instrumentos que facilitan la toma de decisiones y disminuyen la incertidumbre y la variabilidad de la práctica clínica para mejorar así la calidad de la asistencia prestada. Por estas razones las GPC –bajo todos sus sinónimos– han suscitado un interés creciente entre los proveedores de atención sanitaria para su práctica clínica habitual y también entre los legisladores, planificadores y gestores de servicios de salud. Interés que se justifica por la repercusión de las GPC en la calidad de la atención prestada y en el control de los riesgos de ella derivados, así como por su efecto en el control de costos, en el uso inadecuado de los recursos y en la reducción del riesgo de posibles demandas legales. El movimiento relativamente reciente de la práctica clínica basada en la evidencia también ha contribuido al auge de las GPC. La definición del IOM, que ha tenido un gran impacto en el ámbito sanitario mundial, parte de los elementos y atributos que debe reunir una GPC: “Una exposición de principios o recomendaciones desarrollados sistemáticamente para facilitar la toma de decisiones apropiadas en la atención a los pacientes en situaciones clínicas específicas”.¹⁶

En el marco de la mejora continua de la calidad, las GPC con todas sus consecuencias metodológicas, son una de las actividades o herramientas de diseño, planificación o desarrollo de la calidad.¹⁷ El propósito de una GPC es que las cosas se hagan bien desde la primera

vez y en todas las ocasiones en que sea aplicable. El proceso de atención se diseña para obtener el mejor resultado posible para aumentar la calidad de la atención prestada, es decir, aumentar la efectividad, la eficiencia y la satisfacción y prevenir los posibles problemas de calidad. Sin embargo, para que realmente sea así, es preciso seguir una metodología rigurosa tanto en la elaboración de la GPC como en su implementación. De otra forma, la mera elaboración de la herramienta es una actividad inútil.

En este reporte se analizan todos los aspectos relevantes del proceso de elaboración y utilización de las GPC en México, particularmente aquellas de aplicación en el primer nivel, con el objetivo de identificar las posibles brechas que se deben mejorar para optimizar los beneficios potenciales de este tipo de herramientas.

Antecedentes

El IMSS ha hecho esfuerzos por implantar GPC en México desde hace casi 40 años mediante una amplia difusión de “manuales de diagnóstico y tratamiento”. Estos manuales resumidos, precursores de las GPC y dirigidos a los médicos familiares de primer nivel de atención, sistematizaban el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos más frecuentes en la consulta externa. Después, desde el campo de la investigación, se inició la elaboración de algoritmos para la atención de las enfermedades comunes. Estos algoritmos derivaron en GPC basadas en evidencia que se generalizaron en la atención de medicina familiar en el IMSS.^{18,19} En los hospitales de segundo y tercer nivel el surgimiento de las guías clínicas y algoritmos fue promovido por los propios médicos, quienes en la búsqueda de alternativas para sistematizar terapéuticas y diagnósticos implementaron ensayos clínicos y realizaron estudios retrospectivos para probar esquemas de diagnóstico y de tratamiento integrales.^{20,21,22} O bien, hicieron adaptaciones de las guías elaboradas en Estados Unidos.²³

En la SSA este interés surgió a principios del siglo XXI, cuando era claro que había Normas Oficiales Mexicanas (NOM) que funcionaban como GPC de referencia nacional. Estas NOM regulaban las actividades de los sectores público y privado en materia de salud y establecían la terminología; la clasificación; las directrices; las especificaciones; los atributos; las características; los métodos de prueba, y las prescripciones aplicables a un producto, proceso o servicio. Las NOM más comunes en el ámbito

clínico y en el primer nivel de atención eran las aplicables a DM, HA, EDA, IRA y embarazo, parto y puerperio.*

Un gran número de médicos siguen las NOM, quizás por ser obligatorias. Sin embargo no parecen actualizarse con frecuencia ya que el proceso de emisión y actualización tarda varios años, por lo que pierden vigencia. Si se visitaran actualmente las unidades de atención primaria a la salud (APS) se vería que en la realidad las NOM han caído en desuso, sin que en algún momento se hubiera evaluado si lograban apego y eran útiles para el personal de salud.

En los últimos años las GPC han estado bajo la responsabilidad del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec). Se considera que son documentos técnicos desarrollados con base en recomendaciones que responden a preguntas clínicas planteadas para analizar un padecimiento y que se soportan con evidencias de la mejor práctica disponible en la bibliografía internacional. Son elaboradas con base en una metodología aprobada internacionalmente, por personal calificado en la atención médica específica y con temas de morbilidad y prioridad sectorial. Por la función que se les atribuye, las GPC son una herramienta de consulta que permite al personal de salud tomar decisiones acertadas para el diagnóstico y tratamiento, así como para otorgar servicios de atención médica con calidad técnica y segura para el paciente.

Metodología de análisis

Marco de referencia para el análisis

El principal marco de referencia conceptual está tomado de los documentos del IOM, los cuales dieron origen al movimiento de GPC en todo el mundo.^{16,24} Desde entonces este movimiento se ha enriquecido con la experiencia sobre su elaboración, implementación y evaluación como herramientas útiles para la mejora de la calidad.¹⁶

* Diabetes mellitus tipo 2; hipertensión arterial; enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda.

El resumen de pasos a analizar se describe en la figura 4.5. Todos son relevantes pero merece la pena destacar, por lo crítico de su presencia y adecuación, i) la evaluación de la calidad formal de los atributos que ha de tener una buena GPC antes de adoptarla para ser aplicada; ii) la necesidad de que cuenten con una estrategia detallada de implementación, y iii) la importancia de evaluar su utilización y efectividad, lo que implica que sean acompañadas de indicadores con su correspondiente plan de monitorización, como corresponde a toda herramienta de planificación de la calidad.

i) Evaluación de la calidad formal de los atributos que ha de tener una buena GPC

Las buenas GPC deben tener los atributos descritos en los documentos del IOM que instauraron la terminología de estas guías. Estos atributos y su significado se describen en el cuadro 4.2. Para valorar su presencia se han desarrollado diversos instrumentos, de los cuales el más conocido es el AGREE.²⁵ Este tipo de valoración orienta sobre los atributos mejorables por su ausencia o insuficiente presencia. Para algunos de ellos, como la validez, es imprescindible que puedan ser claramente constatados. Si bien el Agree no tiene agrupados sus criterios de valoración por atributos sí es posible identificarlos con base en los contenidos de los criterios concretos que se valoran.

ii) Estrategia de implementación

La definición explícita de una estrategia de implementación es una parte consustancial del proceso de desarrollo de la GPC. No se ha definido una mejor forma de realizar esta estrategia; la sugerencia prevalente es utilizar un enfoque con múltiples componentes, incluyendo difusión, capacitación y evaluación. Sin embargo su relevancia ha llevado incluso a que la evaluación de su presencia se haya incorporado como un elemento más de la evaluación de la calidad formal de las GPC. En el instrumento AGREE se incluye esta valoración con base en los criterios que se describen en el cuadro 4.3, que también incluye la existencia de indicadores para la monitorización.

Cuadro 4.2. Atributos o características deseables de las GPC

Característica	Significado
Validez	El seguimiento de la GPC debe conducir a los resultados previstos. Puede evaluarse indirectamente considerando la relación entre la evidencia científica y las recomendaciones de la GPC y la calidad y la forma de evaluar la evidencia científica que se cite en el mismo documento.
Fiabilidad/ Reproducibilidad	1. Con la misma evidencia científica y métodos de desarrollo de la GPC, otro grupo de expertos produciría las mismas recomendaciones. 2. En circunstancias clínicas semejantes, la GPC es interpretada y aplicada de la misma manera por distintos profesionales
Aplicabilidad Clínica	Los grupos de pacientes a los que es aplicable la GPC deben estar bien definidos, al nivel de especificación que permita la evidencia clínica y científica
Flexibilidad	Deben especificarse las excepciones conocidas y esperadas, en las que las recomendaciones no son aplicables
Claridad	El lenguaje utilizado no debe ser ambiguo, cada término debe definirse con precisión y deben utilizarse modos de presentación lógicos y fáciles de seguir.
Proceso Multidisciplinario	El proceso de elaboración debe incluir la participación de los grupos a quienes afecte. Esta participación puede consistir en formar parte de los paneles que desarrollan los protocolos, aportar evidencias y puntos de vista a estos paneles y revisar los borradores de los protocolos.
Revisión explícita- mente planificada	Las GPC deben incluir información sobre cuándo deben ser revisadas para determinar la introducción de modificaciones, según nuevas evidencias clínicas o cambios en los consensos profesionales
Documentación	Los procedimientos seguidos en el desarrollo de las GPC, los participantes implicados, la evidencia utilizada, los supuestos y razonamientos aceptados y los métodos analíticos empleados deben ser meticulosamente documentados y descritos.

Fuente: Adaptado de Field MJ; Lohr KN (eds.) Clinical Practice Guidelines. Directions for a New Program. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington DC, 1990

iii) Evaluación su utilización y efectividad

La última fase del desarrollo de la GPC, también imprescindible, es la evaluación de su utilización y efectividad. Consiste en comprobar, por una parte, el grado de utilización y apego. Si resultan cifras bajas debe replantearse la estrategia de implementación o incluso la calidad formal de la propia GPC. Por otra parte, también se debe comprobar si se están obteniendo los efectos deseados en la mejora de los resultados, idealmente en los cuatro aspectos que han sido definidos como la “brújula de valores”: resultado clínico, salud funcional, costo y satisfacción.¹⁷

Fuentes de información analizadas

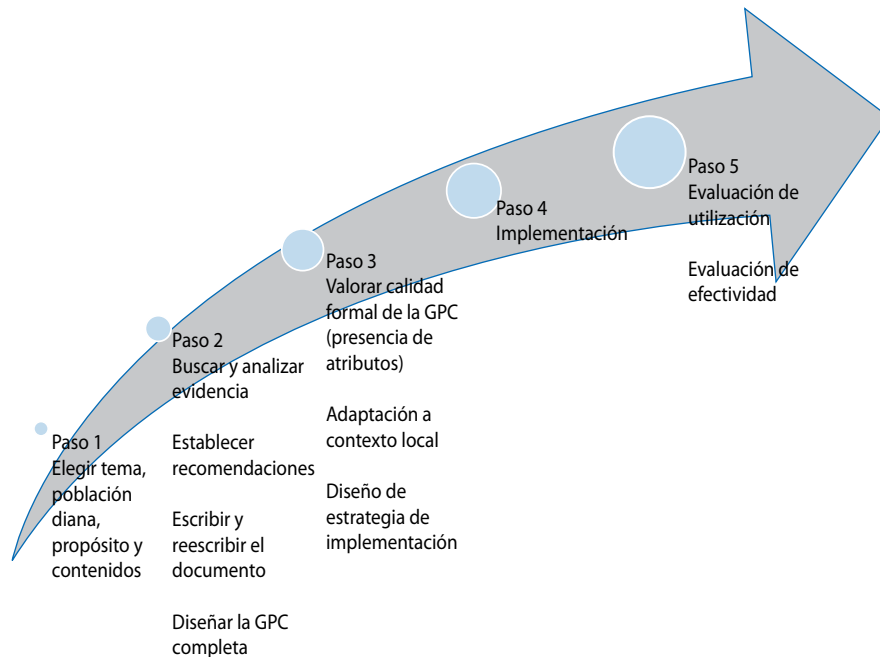
Para la descripción de los aspectos metodológicos y administrativos en torno a las GPC se han utilizado diversos documentos de la SSA,²⁶ específicamente del Cenetec²⁷⁻²⁹ y de la DGCES,³⁰⁻³¹ además de información proporcionada directamente por las autoridades

del Cenetec.* La evaluación de los diversos aspectos en torno a su implementación provienen principalmente de las evaluaciones de Sicalidad,^{32,15} la evaluación de la difusión e implementación³³ y, más indirectamente, de algunos aspectos comparativos de la evaluación de Unemes-EC³⁴ y otros documentos que se refieren al uso de GPC en los Sesa.³⁵⁻³⁶

Métodos para resumir la información

Se analizan en primer lugar los aspectos conceptuales y a continuación los datos existentes para caracterizar cada uno de los pasos descritos en el apartado 1.1. (marco de referencia) y resumidos en la figura 4.5.

* Entrevista con la directora general del Cenetec, maestra María Luisa González Retiz, y con el doctor Hernández Santillán, director de Integración de guías de práctica clínica, el miércoles 5 de junio de 2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de Field MJ, Lohr KN (eds.): Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use. Washington DC: National Academy Press, 1992 y Saturno PJ: Protocolización de actividades. Guías de práctica clínica. Concepto y características. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 27. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008

Figura 4.5. Pasos a seguir para el desarrollo e implantación de las guías de práctica clínica

Resultados del análisis

El concepto de GPC y el esquema para su desarrollo

Concepto de GPC

El Cenetec establece diferencias claras entre las GPC y otros instrumentos como las NOM y los protocolos de atención, muy populares entre el personal de salud. En México y en otros países se ha adoptado la nueva terminología y enfoque pero no se ha sustituido la anterior. Con ello se incumple uno de los objetivos del movimiento inicial de GPC, unificar en un solo término y exigir los mismos atributos a los numerosos términos y formatos existentes con el objetivo común de ayudar en las decisiones clínicas y mejorar la calidad disminuyendo la variabilidad innecesaria. Las definiciones que emplea el Cenetec se describen en el cuadro 4.4. Una de las consecuencias de esta situación es el conflicto entre las Normas Oficiales y las GPC; incluso se llega a admitir que las Normas pueden carecer de evidencia científica actualizada.

Se considera, de manera correcta, que las GPC tienen el potencial de ser utilizadas dentro del SNS con varios objetivos, entre ellos la planeación de los servicios de salud, la definición de estándares de la atención, la aplicación de criterios para evaluar el ejercicio médico y la utilización de recursos. El esquema previsto para su desarrollo (descrito en la figura 4.6) también es correcto en apariencia aunque, como luego veremos, no siempre se traslada a la práctica.

Esquema para el desarrollo de las GPC

El proceso metodológico para la integración de GPC está descrito en el documento del mismo nombre, en el que se detallan todas las fases y todos los actores que intervienen en el proceso.²⁸ Este es largo y complejo (figura 4.6). Llama la atención la cantidad de organismos involucrados en el proceso (Cenetec, DGCES, DGED, Comité Nacional de GPC). Aparece también la Academia de Medicina la cual, si bien no está representada en la figura 4.6, se supone que también debe validar las GPC. No se contempla, en cambio, la posibilidad de elaboración o adaptación de GPC a nivel local o de unidad de atención a pesar de que

Cuadro 4.3. Evaluación de GPC. Criterios para valorar la previsión de su implementación.

¿Se sugieren en el documento del protocolo posibles métodos para la disseminación e implementación?

(Para Guías de práctica nacionales) ¿Se identifican en el documento los elementos clave que deben ser considerados por grupos locales?

¿Se especifican en el documento criterios para monitorizar el cumplimiento?

¿Se identifican en el documento estándares u objetivos claros?

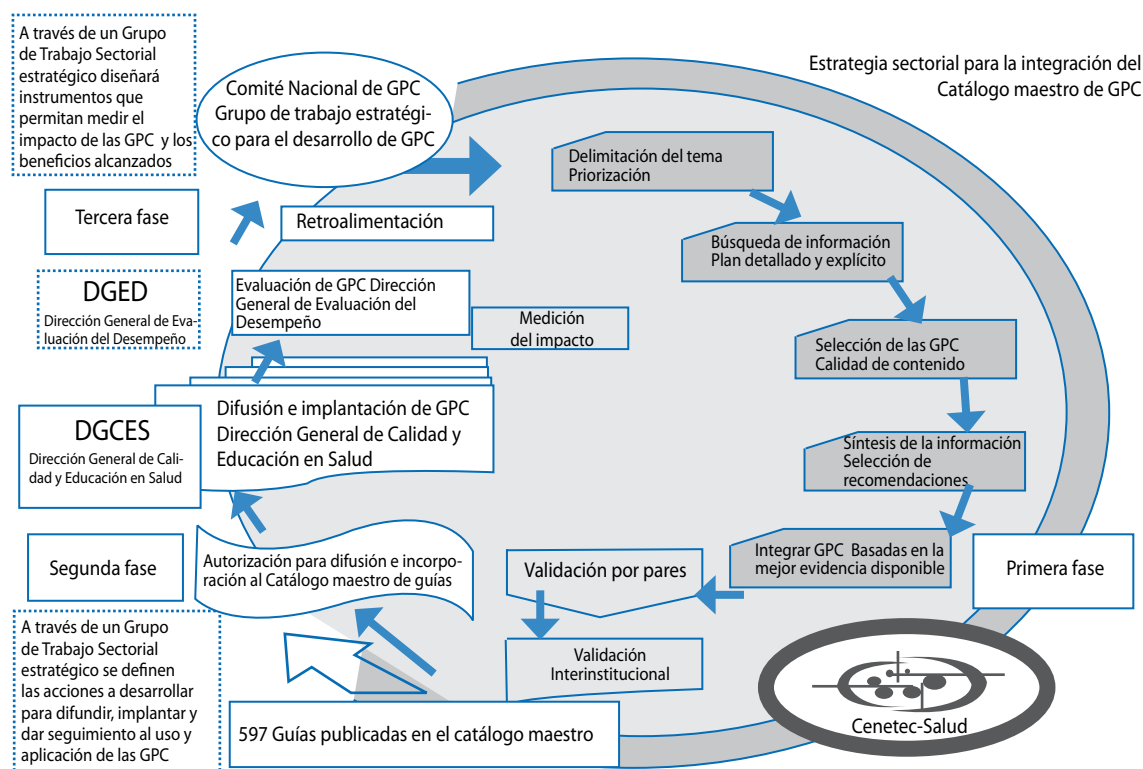
¿Se definen en el documento resultados medibles que puedan ser monitorizados?

Fuente: Adaptado de Cluzeau *et al.* 1999.

Cuadro 4.4. Diferencias entre GPC y otros documentos oficiales

Principales Diferencias	GPC	Protocolo de Atención	Norma Oficial
Nivel de Aplicación	Recomendación	Dependiendo de las necesidades	Obligatorio
Actualización	De 3 a 5 años	Dependiendo de las necesidades	Cinco años para revisión, modificación o cancelación
Bibliografía	Medicina basada en evidencia científica actualizada	Diversas fuentes que no necesariamente cuentan con evidencia científica actualizada	Diversas fuentes que no necesariamente cuentan con evidencia científica actualizada

Fuente: Modificado de: Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guía de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto de Ciencias de la Salud-I + CS; 2007, Guías de práctica clínica en el SNS: I + CS No. 2006/OI; <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Paginas/MarcoJuridico.aspx>.



Fuente: material para la capacitación de GPC, DGCES.

Figura 4.6. Fases para el desarrollo-implantación-evaluación de las GPC en México

actualmente es muy clara la metodología para hacerlo, mientras que el acceso a los recursos y valoración de la evidencia científica (una de las fases más costosas en el pasado) ya no es un problema importante.

La institución responsable de la coordinación de la elaboración de las GPC es el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (Cenetec).^{27,28} Sin embargo, en el logro de publicar una guía intervienen diferentes actores: Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, Centro de Coordinación para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica (CCDGPC), Unidad de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica y Personas y grupos de interés. La colaboración sectorial y coordinación se realiza desde las instancias de la SSa federal, con el siguiente esquema:

- El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (Cenetec) convoca a expertos y coordina el desarrollo de las guías, según prioridades institucionales;
- La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) coordina a un grupo de trabajo sectorial que define por consenso acciones de difusión, de capacitación, para la implantación y seguimiento a su consulta y utilización, y
- La Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) coordina a un grupo de trabajo que valúa el impacto de su aplicabilidad y los beneficios alcanzados que retroalimenten al Comité Nacional.

Las reuniones de coordinación, donde se encuentran las tres instancias se realizan cada tres meses, cuatro al año.

El tiempo estimado para la elaboración de una GPC es de 12 a 18 meses, sin hacer la validación externa. Esta corresponde a las academias de Medicina, de Pediatría y de Cirugía, las cuales han recibido la solicitud de validación de prácticamente todas las GPC existentes. La validación por pares e interinstitucional se realiza con el Comité Nacional y los grupos de trabajo de las instituciones.*

Un problema adicional es la carencia de un marco jurídico que de sustento normativo a las GPC como herramientas del intercambio, como podría ser referirse de manera explícita a ellas tanto en las NOM aplicables como en el Manual de Lineamientos. Tampoco se cuenta con la homologación de los cuadros básicos de medicamentos entre las instituciones, lo que afecta la factibilidad para el cumplimiento de las recomendaciones de las

GPC en la práctica clínica por parte de las instituciones del SNS.³⁸

Los pacientes, familiares o grupos de interés no están incluidos en ninguna de las fases de desarrollo de las GPC a pesar de que son parte interesada y ya desde 1990, cuando se definió qué es una GPC, se aconsejaba su participación.

Elección de temas, población blanco, propósito y contenidos

De acuerdo con los documentos normativos del Cenetec, los diagnósticos que se consideran para desarrollar las GPC en el SNS se eligen en congruencia con los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Nacional de Salud. Este proceso debe hacerse con apego a las políticas establecidas por el Consejo de Salubridad General y por las autoridades superiores de la SSa (secretario y subsecretarios) así como con las propuestas de sus unidades administrativas. Es necesario dar prioridad a los temas para las GPC de acuerdo con su pertinencia, magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y evaluación económica. Además se tomarán en cuenta necesidades regionales y estatales.²⁸ Así pues, los criterios generales para priorización para las GPC a desarrollar están bien establecidos. Estos criterios han sido refrendados desde su elaboración en 2008. Sin embargo, no existe un documento metodológico que establezca los procedimientos para la selección de la temática de las GPC a partir de los indicadores para priorización actuales del Cenetec. También se carece de los valores críticos para cada indicador, cuya definición es necesaria para establecer su ponderación y para su interpretación.³⁸

De hecho, si bien se reconoce la necesidad de un ejercicio de priorización para planear la elaboración de GPC, las autoridades del área informan que en 2007 el interés era alcanzar la totalidad del Causes; en 2009 se introdujo el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC) y posteriormente el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).

Por otra parte, el IMSS ha aportado 65% de las GPC existentes, la SSa y los Sesa 30% y las demás se distribuyen entre las demás instituciones del sector.*

El acumulado de guías por año ha sido 2009, 115 GPC; 2010, 189; 2011, 118; 2012, 117 y hasta junio de 2013, 58, en total 597 guías. Noventa de las 597 GPC co-

* *Idem*

* *Idem*

responden a primer nivel; 216 a primer y segundo nivel; 26 a segundo nivel; 17 a tercer nivel; 157 a segundo y tercer nivel, y 83 aplican a todos los niveles. El avance en términos del Seguro Popular se resume en el cuadro 4.5.

En términos comparativos, México ha elaborado más GPC que otros países que las utilizan desde hace más años como instrumento para la calidad de la atención médica. Algunos ejemplos, España tiene 100 guías en su catálogo general; Gran Bretaña, 161; Chile, 73; Argentina, 303; Canadá, 16; Costa Rica, 4, y Escocia 129.³³ Esta diferencia se explica en parte por el gran número de GPC aportadas por el IMSS, que ha aportado cerca de 385 GPC.

El proceso de actualización se realiza cada 3 a 5 años o antes si hay información de MBE determinante para modificar la GPC. El plan anual de trabajo señala cuáles son las GPC que serán actualizadas y que institución lo hará.*

Búsqueda y valoración de la evidencia y diseño de la GPC

Búsqueda y valoración de la evidencia

Dado el costo del proceso de diseño, pocas GPC son trabajadas desde cero y sin contar con datos precisos. Por lo general se utiliza la información existente y la GPC se elabora en dos etapas: adopción y adaptación al escenario nacional.

Diseño de las GPC

El diseño de las GPC no parece estar incluido de manera formal ni se ha evaluado su adecuación, particular-

* Idem anterior

Cuadro 4.5. Intervenciones Causes con GPC			
	Intervenciones del SP 2012		Cobertura de intervenciones con 597 GPC autorizadas
Total Causes	284	239	84.15
Atención ambulatoria	169	128	75.74
Atención hospitalaria	125	111	96.52
FPCGC	57	45	78.95
SMNG	131	75	57.25

Fuente: Dirección de Integración de GPC, Cenetec marzo 2013

mente en relación al atributo “claridad” que incluye que deben utilizarse modos de presentación lógicos y fáciles de seguir (cuadro 4.2).

Evaluación de la calidad formal, adaptación al contexto local y diseño de estrategia de implementación

Evaluación de la calidad formal

La evaluación de la calidad formal (presencia de los atributos deseables) no parece formar parte explícita del proceso de construcción de las GPC, y más concretamente de la fase correspondiente a la validación, antes de ser difundidas e implementadas. En una evaluación externa de las GPC realizada en 2012³³ se realizó un ejercicio para calificar diez guías con el instrumento AGREE. Se incluyeron cinco guías para el primer nivel de atención y cinco para el segundo. Los resultados de la evaluación de las GPC aplicables al primer nivel aparecen en el cuadro 4.6:

Estos resultados no son suficientes para concluir sobre la calidad formal de las GPC existentes, tanto por lo pequeño de la muestra como por el hecho de que no especifican a qué atributos corresponden las modificaciones recomendadas en tres de las cinco GPC evaluadas.

Cuadro 4.6. Resultados de la calificación en las GPC de primer nivel

Nombre de GPC	Grado de recomendación
Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención	Recomendada con modificaciones
Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención	Recomendada con modificaciones
Prevención, diagnóstico oportuno del cáncer de mama en el primer nivel de atención	Recomendada con modificaciones
Diagnóstico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención	Muy recomendada
Control prenatal con enfoque de riesgo	Muy recomendada

Fuente: Evaluación de la difusión e implementación de las guías de práctica clínica. Informe final de evaluación, noviembre de 2012. ARAPAU y Asociados, DGED.

Adaptación al contexto local

Las GPC precisan de un sentimiento de pertenencia para facilitar su implementación. Esto se consigue en parte mediante su adaptación al contexto en que van a ser aplicadas. En el caso de México, el proceso de elaboración de GPC está planteado desde una perspectiva general. No considera la variabilidad entre las instituciones del SNS en cuanto a su estructura organizacional y programas relacionados²⁸ ni en los cuadros básicos de medicamentos que no están homologados, lo que dificulta el cumplimiento de las GPC en todo el SNS.³¹

Diseño de estrategia de implementación

Hasta muy recientemente no parece haber existido una preocupación explícita por diseñar una estrategia para facilitar la implementación de las GPC, ya que todo el proceso se limita a su elaboración y publicación. La difusión de las GPC ha sido casi la única estrategia para facilitar su utilización.

El Cenetec, aunque no es su función, ha difundido las GPC en su página de internet. De acuerdo a su contador tienen más de un millón 200 mil visitas acumuladas desde 2008, aunque se ignora si son accesos o

descargas. Las GPC más consultadas y la frecuencia de visitas se enumeran en el cuadro 4.7.

En comparación, otros países como Perú, Colombia, Estados Unidos, España, Ecuador y Argentina acumulan entre 2,000 y 9,800 consultas a las GPC cada uno.* Este panorama aparentemente favorable contrasta con los datos de conocimiento e implementación obtenidos en otras evaluaciones, tal como veremos más adelante.

La estrategia de difusión se describe en el documento Estrategia para difusión e implantación de las guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud, publicado por la SSa en 2012.³⁰ El objetivo general es establecer las bases para desarrollar acciones que conduzcan a la difusión e implantación de las GPC en el SNS para que los profesionales de la salud tomen las decisiones más acertadas para prevención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes, favoreciendo la mejora de la calidad y la eficiencia de los servicios. Además, la Estrategia establece como objetivos específicos las acciones pertinentes para la difusión y la implantación. Las primeras se resumen en publicar las guías a través de los diferentes medios electrónicos e impresos. Las acciones de implantación son

* Material de capacitación en GPC, DGCES, cita como fuente a la Dirección de Integración de las GPC del Cenetec, marzo 2013.

Cuadro 4.7. Frecuencia de consultas en línea de las GPC

No.	Identificación	Nombre	Visitas
1	S-001-08	Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos de cáncer de mama en el primer nivel de atención	12,602
2	S-020-08	Atención integral de la pre eclampsia en el segundo y tercer nivel de atención	10,138
3	SS-002-08	Atención inicial de traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años	9,220
4	IMSS-028-08	Control prenatal con enfoque de riesgo	7,186
5	SS-005-08	Prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del pie diabético en el primer nivel de atención	4,898
6	S-009-08	Diagnóstico y tratamiento del asma en menores de 18 años en el primero y segundo nivel de atención	4,735
7	IMSS-078-08	Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario bajo durante el embarazo, en un primer nivel de atención	4,100
8	IMSS-052-08	Vigilancia y manejo del parto	4,016
9	IMSS-058-08	Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo	3,895
10	S-026-08	Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención	3,781

Fuente: material para la capacitación de GPC, DGCES.

Cuadro 4.8. Plan de trabajo 2013 del grupo de trabajo sectorial estratégico para la difusión e implantación de guías de práctica clínica

Objetivo general	Objetivos específicos	Estrategias	Líneas de acción	Metas	Fecha de término
Unificar los criterios de priorización, elaboración, actualización, integración, difusión y utilización de guías de práctica clínica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para proponer los criterios necesarios para evaluar su aplicación	Integrar las acciones de difusión e implantación en las instituciones del Sistema Nacional de Salud	Coordinar la colaboración de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para la difusión e implantación de las guías de práctica clínica	Revisar y refrendar o modificar por consenso de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, la estrategia para la difusión e implantación de las guías de práctica clínica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud	Estrategia para la difusión e implantación de las guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud, refrendada o actualizada por consenso	Diciembre 2013
			Revisar y refrendar o modificar por consenso de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, la Carta de adhesión al plan estratégico sectorial para la difusión, capacitación, implantación y seguimiento de las guías de práctica clínica	Carta de adhesión al plan estratégico sectorial para la difusión, capacitación, implantación y seguimiento de las guías de práctica clínica, refrendada o actualizada por consenso	Junio 2013
Unificar los criterios de priorización, elaboración, actualización, integración, difusión y utilización de guías de práctica clínica en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para proponer los criterios necesarios para evaluar su aplicación	Dar seguimiento a las acciones de difusión e implantación en las instituciones del Sistema Nacional de Salud	Fortalecer la colaboración de las instituciones del Sistema Nacional de Salud para la difusión e implantación de las guías de práctica clínica; así como para el apego de las mismas, por parte de los profesionales de la salud	Revisar y refrendar o modificar por consenso de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, el Informe de avance en la difusión e implementación de las guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Elaborar por consenso de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, el instrumento para el seguimiento de la difusión e implantación de las guías de práctica clínica en las instituciones. Coadyuvar en las acciones de la estrategia para la difusión e implantación al interior de las instituciones del Sistema Nacional de Salud	Formato del Informe de avances en la difusión e Implantación de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud, refrendados o actualizados por consenso Instrumento para el seguimiento de la difusión e implantación de las guías de práctica clínica en las Instituciones, elaborado por consenso. Difundir 80% de las guías de práctica clínica del catálogo maestro en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Implantar el 20% de las guías de práctica clínica, elegida por las instituciones en: Ssa. 240 jurisdicciones	Diciembre 2013

Modificado para presentar únicamente las metas de la Ssa.

capacitación, incentivar el uso de las guías de forma gradual y sensibilización para directivos.

Por otra parte la DGCES, responsable de las actividades de seguimiento y supervisión, generó el Plan de Trabajo 2013 del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica para el Grupo de Trabajo Sectorial Estratégico para la Difusión e Implantación de Guías de Práctica Clínica.* Las actividades se describen en el cuadro 4.8. Este plan incluye acciones estratégicas enfocadas a la difusión, capacitación e implantación de las GPC con metas que ya estaban en el programa 2007-2012. Es una aceptación implícita de que en todo el sector no se ha cumplido el avance en este proceso. Para la SSA y en consecuencia las Sesas, el Plan establece que para diciembre de 2013 deben haberse implantado 20% de las GPC, casi 120 guías, sin dato diferenciado por niveles de atención. Tan sólo para el Causes, en sus diferentes componentes, existen actualmente 239 GPC.

La preocupación por la escasa implantación de las GPC llevó a que durante una reunión del Consejo Nacional de Salud realizada en abril de 2013 se firmara un acuerdo por el que los Sesas se comprometieron a implantar y utilizar al menos las GPC de los 10 principales motivos de demanda en sus servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización.‡ Sin embargo, el acuerdo no especifica si “consulta externa” se refiere a las UM de primer nivel, las de especialidades o ambas.

Según los avances del reporte de implantación a mayo de 2013, durante la 21 Sesión Ordinaria del Comité Nacional de GPC la DGCES informó que entre las UM de primer nivel de la SSA 8019 reportan haber realizado actividades de difusión; 5809 reportan actividades de capacitación y 5 695 reportan actividades de implantación. Estas actividades corresponden a lo señalado por la Estrategia para difusión e implantación de las GPC de la SSA. Este grupo de UM representa 39.3% de las que existen en el SNS.§

Resulta interesante la inclusión de las GPC en la formación médica. Desde 2010 el banco de reactivos que integra el Examen Nacional de Residencias Médicas incluye temas con las recomendaciones de las GPC. De acuerdo con la DGCES, los logros más evidentes al-

canzados al incluir las GPC en el proceso de formación médica son:

- Integrar la consulta de las guías al sistema de reconocimiento al desempeño de los profesionales de la salud.
- Incursionar en el ámbito educativo para incluir en el programa académico de formación del médico la consulta y utilización de las guías. Hasta el momento 23 universidades de los estados de Baja California, Chihuahua, Nuevo León, San Luis Potosí, Zacatecas, Nayarit, Jalisco, Guanajuato, Querétaro, Veracruz, Tabasco, Campeche, Yucatán, Quintana Roo y el Distrito Federal.
- Tomar como referente las recomendaciones de las guías con la patología de mayor demanda en el primer y segundo niveles de atención para el diseño de reactivos e integrarlos al banco y ser parte del examen de residencias médicas.

Implementación

Los datos referentes a las GPC que pueden extraerse de las evaluaciones externas de Sicalidad de 2011³² y de 2012¹⁵ son relativamente favorables. La evaluación de 2011 señala que este es uno de los temas con avance superior a 75%, aunque no diferencia resultados por nivel de atención. Con relación a la difusión de GPC y de NOM entre el personal, se reporta que quince entidades están en grado avanzado y cinco en proceso. En la evaluación de 2012 se destaca que la Calidad Técnica (que incluye las GPC) y Seguridad del Paciente es el componente con mayor presencia en los acuerdos del Conacas, con mayor conocimiento entre los actores institucionales y con mayor implantación en las instituciones del SNS. Ello ocurre a pesar de que en los 31 acuerdos tomados por el Comité Nacional de Calidad (Conacas) sólo se mencionan 14 de las 29 líneas que tenía el programa en 2010 y solo en uno se mencionan las GPC.

Sin embargo, otros estudios y evaluaciones proporcionan datos más críticos, tales como los realizados para analizar las causas de la mortalidad materna;³⁶ las estrategias de portabilidad y convergencia hacia la integración del sistema de salud;³⁵ una encuesta para medir el conocimiento e implantación de las GPC realizada a 726 profesionales de la salud que asistieron a sesiones de capacitación en 17 entidades federativas,³⁷ y la Evaluación externa a las GPC realizada en 2012.³³

* Entrevista con la directora general del Cenetec, maestra María Luisa González Retíz, y con el doctor Hernández Santillán, director de Integración de guías de práctica clínica el miércoles 5 de junio de 2013.

‡ II Reunión Nacional Ordinaria del Consejo Nacional de Salud, VI Época. Hacia la universalidad de los servicios de salud. Realizado los días 25 y 26 de abril de 2013 en Monterrey, N.L.; Acuerdo número 11/II/Conasavi/2013

§ 14,483 unidades de consulta externa, cifras Clues a junio de 2013.

El estudio “Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna” se realizó en cuatro entidades federativas. Por lo menos en la mitad de ellas, Veracruz y Estado de México, uno de los problemas claramente identificados por el personal de salud fue la falta de disponibilidad y conocimiento de las normas, lineamientos, procedimientos, protocolos y apego relacionados con las GPC.

En el estudio sobre las estrategias de portabilidad y convergencia se señala que en la mayoría de las entidades federativas el proceso de difusión y capacitación en la SSA es aún incipiente y desordenado. Las causas incluyen barreras estructurales y organizacionales de las entidades y del nivel federal tales como falta de comunicación; falta de indicadores de desempeño; alta rotación del personal, y falta de definición respecto a los responsables y sus funciones con relación a las actividades a ejecutar. Otras causas son carencia de infraestructura tecnológica; deficiente coordinación con las áreas de enseñanza o escuelas de medicina, así como la falta de presupuesto para desarrollar y ofrecer cursos de capacitación al personal médico. El estudio también menciona no incluir cursos relacionados con las GPC en el programa de capacitación para RHS en las entidades federativas, no aprovechamiento de todos los espacios disponibles para publicar y difundir las GPC y para dar al personal de salud el más amplio acceso a las mismas y falta de promoción e incentivos del uso de las GPC para la estandarización en los criterios de calidad en la prestación de servicios.

En la encuesta mencionada³⁷ 13% de los asistentes ignoraba la existencia de las GPC. De quienes las conocían, 40% considera que las GPC son comprensibles y útiles para la toma de decisiones y 29% que complementan el conocimiento sobre los padecimientos y cómo abordarlos. Sin embargo, 39% considera que la principal barrera que impide el uso de las GPC es que no ha habido difusión ni capacitación para conocerlas, 21% piensa que es la falta tiempo para consultarlas y 15% que no están disponibles. Los encuestados identifican que el uso de las GPC se puede difundir e incentivar si los directivos médicos apoyan su acceso y conocimiento, si existe un programa de capacitación para que se explique su construcción y utilización, y si se incentiva a los profesionales que puedan documentarlas y aplicarlas en su experiencia profesional. Es relevante señalar que la primera opción para la toma de decisiones en los encuestados son las NOM, no las GPC.

Finalmente, la evaluación externa a las GPC realizada en 2012,³³ con una muestra de 291 unidades médicas de primer nivel ubicadas en los diferentes Sesa, confirma los problemas de difusión e implementación encontrados en estos estudios anteriores. Los principales resultados se resumen en el cuadro 4.9. Es de destacar que, a pesar o además de los problemas de difusión e implementación, la opinión sobre las GPC como tales es generalmente positiva. La opinión menos favorable aunque aún mayoritariamente positiva es sobre el hecho de que sean obligatorias y sobre su formato. Los porcentajes más bajos están relacionados con la evaluación de la difusión e implementación, última fase del desarrollo de las GPC. Este dato puede servir para retroalimentar la estrategia de implementación y la adecuación de las guías.

Evaluación de utilización y efectividad de las GPC

El paso último y determinante de la utilidad de todo el proceso de desarrollo de las GPC tiene dos componentes: la evaluación de su utilización y la evaluación de la efectividad de su aplicación. La primera depende fundamentalmente de la estrategia de implementación, mientras que la efectividad de aplicación depende tanto de la utilización como del correcto diseño de la GPC, particularmente en lo referente a la validez de sus recomendaciones. A la vista de los datos y evaluaciones realizadas esta es la fase más deficiente, a pesar de ser el que debe dar realmente sentido a la iniciativa de elaborar GPC.

Evaluación de la utilización de las GPC

Según se ha observado, las iniciativas y actividades del programa para GPC no cuentan con indicadores clave o métricas de desempeño de nivel federal o estatal que permitan su monitoreo y control por parte de los gestores de calidad y de los responsables del área de Enseñanza, así como de la dirección del programa a nivel central. Los datos sobre utilización, principalmente los de valorar el apego a las recomendaciones surgidas de la evaluación externa de 2012, son notoriamente deficientes. El nivel de apego se midió como el promedio de los diferentes indicadores elegidos en relación a tres GPC seleccionadas en el primer nivel de atención (diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial; control prenatal con enfoque de riesgo, y diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2), para lo que

Cuadro 4.9. Valoración del proceso de difusión e implantación de las GPC

Variable de evaluación	Porcentaje alcanzado	Variable de evaluación	Porcentaje alcanzado
Difusión		Percepción	
Cuentan con Internet funcional	53%	Consideran que GPC mejoran la calidad de atención*	97%
Cuentan con catálogo maestro de GPC	71%	Consideran que GPC apoyan toma de decisiones*	96%
Cuentan con GPC impresas	45%	Consideran que GPC deben ser obligatorias*	74%
Han proporcionado capacitación	45%	Consideran que recomendaciones se deben estandarizar*	96%
Conocimiento		Consideran práctico el formato de las GPC*	78%
Conocen las GPC	84%	Consideran que GPC deben difundirse desde la formación*	96%
Conocen alguna otra guía*	31%	Difusión e implementación	
Consultaron alguna GPC en el último mes**	77% (65%)	Cuenta con Carta de Adhesión	52%
En su unidad están disponibles las GPC**	90% (76%)	Conoce estrategia de difusión e implementación de GPC	55%
Acceso al CM de GPC**	63% (53%)	Cuenta con recursos necesarios para difusión	58%
Conoce dirección electrónica del CM**	32% (27%)	Cuenta con recursos necesarios para implementación	60%
Capacitación		Realiza evaluación interna de difusión	43%
Han recibido capacitación sobre GPC*	58% (49%)	Realiza evaluación interna de implementación	39%
Tiempo promedio de capacitación (horas)**	5.4		
Considera capacitación suficiente**	53%		
Calificación promedio de capacitación**	8.2		
Sabe si su unidad cuenta con Carta de Adhesión*	32% (27%)		
Ha asistido a sesión clínica sobre GPC***	40% (19%)		

*Indicador que sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan no conocer las GPC.

**Indicador que sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan conocer las GPC.

Indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.

***El primer indicador sólo considera las respuestas de los entrevistados que reportan haber recibido capacitación acerca de las GPC. El indicador entre paréntesis considera a todos los entrevistados.

Fuente: Evaluación de la difusión e implementación de las guías de práctica clínica. Informe final de evaluación, noviembre de 2012. Arapau y Asociados, DGED.

se revisaron expedientes clínicos en las UM seleccionadas. Los resultados en los Sesa aparecen en el cuadro 4.10.

El informe destaca que el nivel de apego a las GPC en el primer nivel de atención es relativamente homogéneo y en general bajo entre las tres instituciones, si bien en el ISSSTE es aún más bajo que en los Sesa. A ello hay que añadir que el apego a estos indicadores no siempre está relacionado con el uso de las GPC. De hecho en la encuesta a profesionales³⁷ se señala que toman decisiones 1º con base en las NOM, 2º según la GPC, y 3º según artículos científicos. Sólo 27% dijo utilizar las GPC en la toma de decisiones (19% en relación a diagnóstico y tratamiento).

Evaluación de la efectividad

No hay un mecanismo establecido para evaluar el impacto de las GPC en ninguno de sus aspectos (resultado

Cuadro 4.10. Apego en los Sesa a indicadores basados en las GPC seleccionadas

% de apego a GPC de hipertensión (general 27%)	% de apego a GPC de control prenatal (general 47%)	% de apego a GPC de diabetes mellitus 2 (general 50%)
25%	47%	51%

Fuente: Evaluación de la difusión e implementación de las guías de práctica clínica. Informe final de evaluación, noviembre de 2012. Arapau y Asociados, DGED.

clínico, resultado en estado de salud, costo o satisfacción de los pacientes). Los únicos datos que hay son muy indirectos y en absoluto atribuibles al uso de las GPC. Podemos citar como ejemplo de oportunidad perdida la Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Unemes-EC) que se realizó durante 2012. En esta evaluación se utilizaron rastreadores para valorar la efectividad clínica en la atención de

HA* y DM[‡] tomando como referente las NOM para estos padecimientos, así como obesidad,[§] dislipidemias[#] y el protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes–Unemes-EC,[&] no se tomaron como referente las GPC vigentes en el momento de la evaluación, aunque pudiera haber coincidencias.

Conclusiones y brechas

El concepto de GPC y el esquema para su desarrollo

Concepto de GPC

Se ha adoptado la nueva terminología y enfoque de GPC pero no se ha sustituido la anterior, por lo que se incumple uno de los objetivos del movimiento inicial sobre GPC. Es decir, unificar en un solo término y exigir los mismos atributos a la multitud de términos y formatos existentes con el mismo objetivo de ayudar en las decisiones clínicas y mejorar la calidad disminuyendo la variabilidad innecesaria. De acuerdo al Cenetec hay diferencias claras entre las GPC y otros instrumentos como las NOM y los protocolos de atención. Ello genera confusión en la práctica, más aún cuando se admite de manera oficial que la Normas pueden carecer de evidencia científica actualizada a pesar de incluir recomendaciones relacionadas no sólo con infraestructura y requisitos sino también sobre diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de padecimientos.

Esquema para el desarrollo de las GPC

El proceso establecido para el desarrollo de la GPC es largo y complejo. Involucra multitud de instancias y organismos coordinados por el Cenetec, pero este no tiene responsabilidad en la implantación y evaluación de las guías. Algunos organismos implicados, como la Academia de Medicina, tienen responsabilidad sólo en el papel. No se contempla, en cambio, la posibilidad de elaborar o adaptar GPC a nivel local o de unidad de

* NOM 030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial

‡ NOM 015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

§ NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad

NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias

& Material proporcionado por el cliente, Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, México 2011.

atención. No se contempla tampoco la intervención de los pacientes, familiares y grupos de interés.

Más aun, no hay un marco jurídico que aclare el papel de las GPC en el SNS o al menos su relación con las normas. La vocación sectorial también es afectada por la falta de homologación de los cuadros básicos de medicamentos, mientras que la mayoría de las GPC provienen del IMSS.

Elección de temas, población blanco, propósito y contenidos

De acuerdo al Cenetec existe una serie de criterios para priorizar los temas de las GPC. Sin embargo no existe un documento metodológico que establezca los procedimientos para su aplicación y parece que han sido más bien otro tipo de criterios (como alcanzar la totalidad de Causes y otros componentes del Seguro Popular) los que han guiado los planes de elaboración de GPC.

Hasta mediados de 2013 se habían elaborado 597 GPC, más que en cualquier otro país, sin que exista una estrategia clara de actualización más allá de considerar la fecha de publicación.

Búsqueda y valoración de la evidencia y diseño de la GPC

Aunque no hay datos específicos sobre este particular, parece claro que la mayoría de las GPC que se han elaborado fueron adaptadas de otras ya existentes. Ello es lógico dado lo costoso que puede resultar el proceso de búsqueda y valoración de la evidencia y la relativa abundancia de recursos que tratan este tema de forma rigurosa.

No es posible establecer si existen hoy directrices claras o si se hace evaluación de diseño de las GPC para asegurar su claridad y facilidad de uso.

Evaluación de la calidad formal, adaptación al contexto local y diseño de estrategia de implementación

Evaluación de la calidad formal

La evaluación de la calidad formal (presencia de los atributos deseables) no parece formar parte del proceso de construcción de las GPC. Los únicos datos existentes sobre este particular provienen de una evaluación realizada en 2012 sobre unas pocas GPC.

Adaptación al contexto local

El proceso de elaboración de GPC está planteado desde una perspectiva general y no considera la variabilidad entre las instituciones del SNS en cuanto a su estructura organizacional y otros condicionantes, lo que dificulta el cumplimiento de las GPC en todo el SNS. No está previsto algún tipo de adaptación local.

Diseño de estrategia de implementación

Hasta muy recientemente no parece haber existido una preocupación explícita por diseñar una estrategia para facilitar la implementación de las GPC, ya que todo el proceso se ciñe a su elaboración y publicación. La difusión de las GPC ha sido casi la única estrategia para facilitar su utilización. Los documentos que describen la estrategia son relativamente recientes por lo que no es posible valorar su implementación real.

La publicación de las GPC en la página electrónica del Cenetec parece haber contribuido en gran medida a su conocimiento, ya que se reportan de un millón 200 mil visitas acumuladas desde 2008.

También resulta de interés subrayar la inclusión de las GPC en el ámbito educativo (23 universidades hasta el momento) y la inclusión de temas con las recomendaciones de las Guías en el banco de reactivos del Examen Nacional de Residencias Médicas. Es posible que sea conveniente seguir desarrollando esta tendencia.

Implementación de las GPC

La evaluación del grado de implementación tampoco ha formado parte del proceso de desarrollo de las GPC, en consonancia con la inexistencia de una estrategia de implantación que valorar. Los datos existentes provienen de fuentes indirectas como las evaluaciones de Sicalidad y de otros estudios más recientes sobre las GPC que reflejan problemas de difusión e implementación (infraestructura, capacitación, conocimiento). Sin embargo, también indican que en general la opinión sobre las GPC como herramientas de ayuda para la práctica clínica y la mejora de la calidad parece ser mayoritariamente positiva.

Evaluación de la utilización y efectividad de las GPC

A la vista de los datos y evaluaciones realizadas este es el paso más deficitario, a pesar de que es el que debe

dar sentido real a la iniciativa de elaborar estas guías. Esta información debe ser la fuente principal para retroalimentar todo el proceso, sobre todo el replanteamiento de la estrategia de implementación

Al aparecer las GPC se elaboran sin contar con indicadores clave o métricas de desempeño que permitan su monitoreo y control por parte de los gestores de calidad y de los responsables del área de Enseñanza, así como de la dirección del programa a nivel central. En consecuencia no hay datos directos ni sobre la utilización ni sobre el impacto de las GPC. Algunos estudios han intentado medir la utilización de manera indirecta a través del grado de apego a indicadores extraídos de las GPC, con resultados de niveles generalmente bajos. No hay datos que aclaren si las GPC han tenido algún impacto en la calidad del servicio o sus resultados en términos clínicos, de salud o de costos.

Otras herramientas de diseño o planificación de la calidad

En esta evaluación no se han considerado otras herramientas de planificación de la calidad más complejas sobre las que no parece haber política oficial alguna, tales como las Vías Clínicas (*Clinical Pathways*) o el Diseño sistémico integral de procesos de atención para problemas de salud específicos.

Referencias

1. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Washington, D.C: OPS. 2007
2. La salud pública en las Américas. Instrumento para la Medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública. OPS/OMS, CDC, CLAISS. 2001.
3. Estándares de evaluación en el Sistema de las Naciones Unidas. Hacia un sistema de las Naciones Unidas más dedicado al servicio de los pueblos del mundo, que venza las debilidades y capitalice las fortalezas desde una fuerte base de evidencia. Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (UNEG). 2005
4. Inciso "d" del apartado segundo del Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008.
5. Secretaría de Salud. Manual de acreditación. Distrito Federal: Secretaría de Salud, 2012 [página en internet] [consultado el 23 de julio del 2013]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/manual_acredita.pdf
6. Ruelas E, Poblano O. Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latino-

- américa. Segunda edición. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007, p. 80.
7. Artículo 19 del Reglamento Interno del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de mayo de 2009.
 8. Consejo de Salubridad General. Manual del Proceso para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades 2012. Distrito Federal: Consejo de Salubridad General, 2012. En Internet http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/capce/Manual2012_CAPSE.pdf Consultado el 23 de julio; 2013
 9. Consejo de Salubridad General. Autoevaluación Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades 2012, en Internet http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/capce/Autoevaluacion2012_CAPCE.pdf Consultado el 23 de julio; 2013
 10. Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Clínicas de Atención Primaria y Consulta de Especialidades 2012, en Internet http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/capce/Estandares2012_CAPSE.pdf Consultado el 23 de julio; 2013
 11. Dirección General de Información en Salud (DGIS) en Internet: <http://dgis.salud.gob.mx/> del Cubo de unidades médicas SNS actualizado a marzo 2013. Consultada el 3 de julio; 2013
 12. Ortiz-Domínguez, Maki E, Garrido-Latorre, Francisco, Orozco, Ricardo, Pineda-Pérez, Dayana, & Rodríguez-Salgado, Marlene. (2011). Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 4), 436-444.
 13. Artículo 77 BIS-9 de la Ley General de Salud.
 14. Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE) en Internet: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/cedulas.html> Consultada el 23 de julio; 2013
 15. Evaluación Externa Sicalidad 2012. Informe Final. Universidad Autónoma Metropolitana/DGED. Secretaría de Salud, 2012.
 16. Field MJ; Lohr KN (eds): *Clinical Practice Guidelines. Directions for a new program*. Washington DC, National Academy Press, 1990.
 17. Saturno PJ: Protocolización de actividades. Guías de práctica clínica. Concepto y características. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 27. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008 ISBN: 978-84-8371-756-1
 18. Reyes Morales H, Pérez Cuevas R, Trejo y Pérez JA. Guías de práctica clínica para medicina familiar. Ed. El Manual Moderno – Instituto Mexicano del Seguro Social, 2004. ISBN 970-729-065-X
 19. La reforma del Sistema de Atención Primaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social: El modelo de medicina de familia. Eds: Ricardo Pérez Cuevas, Hortensia Reyes Morales. 1ª. Ed 2000. ISBN 968-7729-11-2
 20. Hernández-Hernández, DM, Garduño-Espinoza J, et al. Concordancia entre médicos residentes en la evaluación de la gravedad del paciente pediátrico hospitalizado. *Bol Med Hosp Infantil Mex*, Vol. 52, no. 2, febrero, 1995:105-111.
 21. Valdespino Gómez, VM, González Astudillo G, et al. Algoritmo de estudio y tratamiento de pacientes con metástasis en columna vertebral. *Rev Med IMSS (Mex)*, 1993;31:241-245.
 22. Trejo y Pérez, JA, Noria-Suárez N, et al. Construcción y validación de una guía clínica para el diagnóstico etiológico de hepatoesplenomegalia en niños. *Bol Med Hosp Infantil Mex*, vol. 52, no. 3, marzo 1995:160-167.
 23. López de la Peña, JA. Utilidad pronóstica del índice de gravedad "ASTECA" en la Unidad de Medicina Crítica. *Rev Med IMSS (Mex)* 1995;33:75-80.
 24. Field MJ, Lohr KN (eds.): *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use*. Washington DC: National Academy Press, 1992.
 25. Cluzeau FA, Littlejohns P, Grimshaw JM, Feder G; Moran SE: Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Health Care*, 1999. 2(1): 21-28. <http://www.agreecollaboration.org> (Ultimo acceso Julio 2013)
 26. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. DOF, viernes 13 de junio de 2008.
 27. Programa de acción específico 2007-2012: desarrollo de guías de práctica clínica. Primera edición, 2008.
 28. Metodología para la integración de guías de práctica clínica. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Metodología para la Integración de guías de práctica clínica. México D. F.: Secretaría de Salud; 2007
 29. Catálogo maestro de las guías de práctica clínica, 2013. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogo-MaestroGPC.html>, consultado en junio 10 de 2013.
 30. Programa de acción: estrategia para la difusión e implantación de las guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. Primera edición, 2012. Secretaría de Salud. ISBN e trámite.
 31. Informe de avance sectorial en la implantación de las guías de práctica clínica, mayo 2013. Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
 32. Evaluación Sicalidad 2011. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco/DGED. Diciembre 2011
 33. Evaluación de la difusión e implementación de las guías de práctica clínica. Informe final de evaluación, noviembre de 2012. Arapau y Asociados, DGED.
 34. Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Unemes-EC) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, INSP, 2012.
 35. Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. Informe Final del Proyecto. Instituto Nacional de Salud Pública. Agosto 2011.
 36. Rouvier M, González-Block MA, Sesia P, Becerril-Montekio V. Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. *Salud Pública Mex* 2013;55:185-192.
 37. Material de Capacitación para las GPC, DGCE, 2013.

Componente 5. Capacidad organizacional

Estrategia de mejora de la calidad basada en la adecuación de la capacidad organizacional: desarrollo de infraestructura y recursos humanos adecuados para los servicios que se ofrecen y para el ejercicio de la función de calidad

Subcomponente 5.1 Infraestructura y recursos humanos

Las intervenciones que se incluyen en este grupo se dirigen fundamentalmente al desarrollo y gestión de los recursos humanos para facilitar la mejora continua de la calidad, así como a la dotación de la infraestructura y equipamiento necesarios para la provisión de los servicios que queremos mejorar. Las cuatro áreas de intervención principales son:

- i) Desarrollo de recursos humanos con los conocimientos y habilidades necesarios para la prestación de los servicios requeridos. En esta área se incluyen la planificación en cantidad y cualificación del recurso humano y la atención que se debe prestar a la reorientación continua del subsistema de formación.
- ii) Infraestructura y equipamiento necesarios para los servicios a prestar, incluyendo los insumos requeridos (por ejemplo abasto de medicamentos).
- iii) Desarrollo de sistemas y capacidad metodológica para el mejoramiento continuo de la calidad (ciclos, monitorización, planificación de la calidad), con énfasis en el compromiso interno y la autoevaluación.
- iv) Desarrollo de una cultura organizacional que valore y favorezca la calidad, incluyendo sistemas de recompensa e incentivos.

En este documento se analiza la situación y brechas existentes en cuanto a la infraestructura física, equipamiento y recursos humanos (figura 5.1); el abasto de medicamentos, que es uno de los insumos más problemáticos (figura 5.2), y las características del financiamiento e incentivos existentes para contribuir a la mejora de la calidad (figura 5.3).

Infraestructura y recursos humanos

Introducción

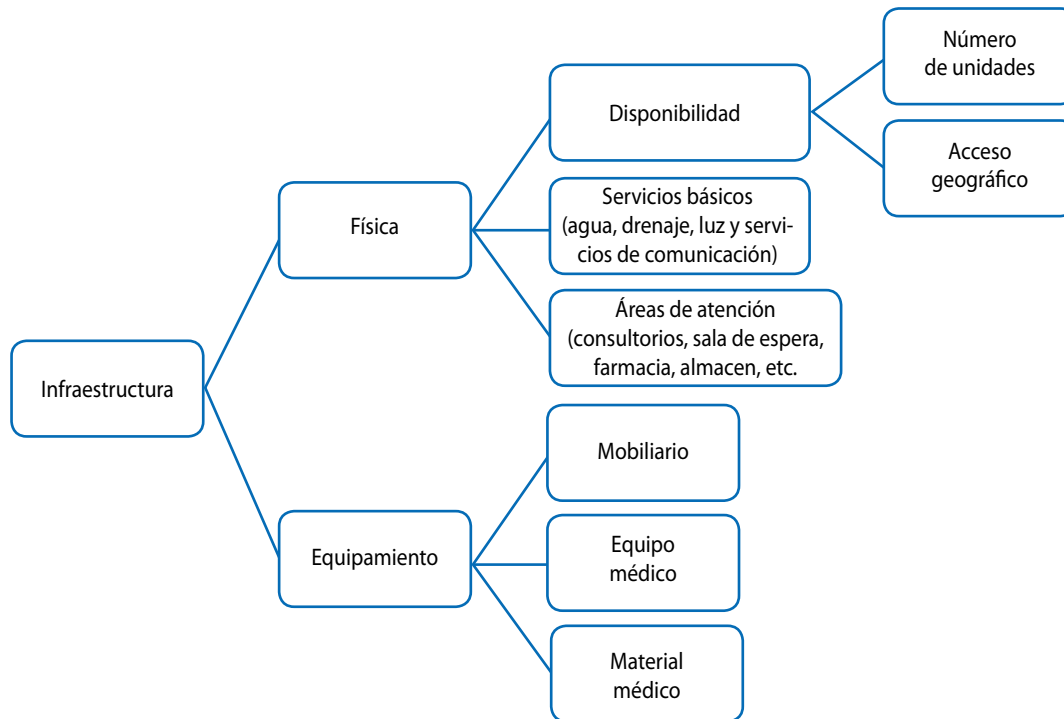
La disponibilidad de recursos físicos y humanos suficientes es el componente estructural básico para la prestación de los servicios médicos. Los déficits de infraestructura, equipamiento médico y personal de salud afectan directamente el acceso, la prontitud y la calidad de la atención de salud, sobre todo en la población más necesitada.¹⁻⁴

Las mejoras en la infraestructura física pueden contribuir a la calidad de la atención al reducir las brechas geográficas y permitir otorgar servicios en instalaciones bien diseñadas, con construcción apropiada y con acceso a servicios básicos (agua, drenaje, energía eléctrica y servicios de comunicación). Mientras tanto, la existencia del equipo médico necesario para la exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes es indispensable para la operación adecuada de los centros de salud y la atención oportuna de los usuarios.²⁻⁵

El papel que juegan los recursos humanos en la calidad de los servicios también es esencial. Se trata del único componente estructural imprescindible y su número y distribución, en combinación con las competencias apropiadas, determina en gran medida la efectividad de las acciones emprendidas en pro de la promoción, la prevención y la atención de la salud.^{3,6-8}

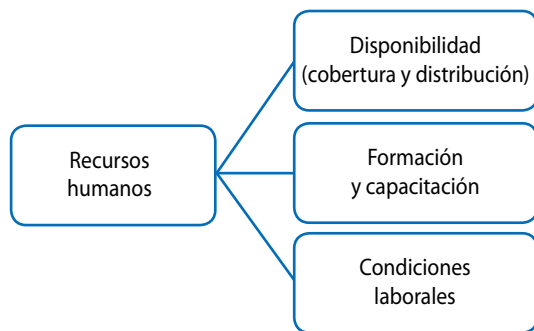
Por otra parte, la polarización epidemiológica del país requiere de cambios en la capacidad y organización de los servicios de salud para que éstos respondan mejor tanto física como culturalmente a las necesidades y expectativas de la población.³

El objetivo de este documento es mostrar un diagnóstico estratégico de la situación actual e identificar brechas y oportunidades de mejoramiento en las áreas de infraes-



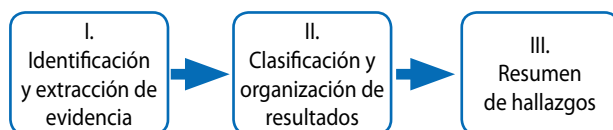
Fuente: Elaboración propia.

Figura 5.1. Marco de referencia para el análisis de la infraestructura de los Servicios Estatales de Salud



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5.2. Marco de referencia para el análisis de los recursos humanos de los Servicios Estatales de Salud



Fuente: Elaboración propia.

Figura 5.3. Proceso de análisis de la información

estructura y recursos humanos en las unidades de primer nivel de atención de los servicios estatales de salud (Sesa) de México, con la finalidad de generar estrategias de mejoramiento de la calidad de la atención primaria.

Metodología de análisis

Marco conceptual de referencia

La descripción de la situación actual en los rubros de infraestructura y recursos humanos en los Sesa requiere definir y delimitar los componentes que se consideran en cada una de estas áreas y que son susceptibles de mejora. Por la naturaleza de este tipo de insumos en la producción de los servicios de salud se considera que la calidad existe en la medida en la que esos servicios se aproximen al prototipo.^{8,9} Por prototipo se entiende el modelo óptimo de asistencia que debe prestarse al paciente de acuerdo al marco normativo vigente.

Los servicios del primer nivel de atención son los que se proporcionan en establecimientos físicos o móviles con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes o usuarios que no requieren ser hospitaliza-

dos.¹⁰ Según el modelo de atención vigente, las unidades de atención ambulatoria (UAA) de los Sesa se clasifican de acuerdo a su ubicación y a los servicios que ofrecen. Son centros de salud rurales (CSR) y urbanos (CSU); unidades móviles, elementos del Programa Caravanas de la Salud; (UM), casas de salud (CS), y Unidades de Especialidades Médicas (Uneme).⁵⁻¹¹ En el anexo 5.A aparece una descripción más detallada. Para el análisis de situación consideramos por separado los aspectos relacionados con la infraestructura física y los recursos humanos, de acuerdo con los esquemas siguientes.

Infraestructura física y equipamiento

La infraestructura en las unidades de salud se refiere al conjunto de áreas y materiales interrelacionados con los servicios e instalaciones de cualquier índole, indispensables para la prestación de servicios de atención médica.¹⁰ El siguiente esquema (figura 5.1) se basa en la *Norma Oficial Mexicana que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios* y muestra los rubros en infraestructura pertinentes para los servicios que se pretenden evaluar y mejorar.

La *infraestructura física* considera en primer lugar la cobertura de atención en términos de disponibilidad y acceso a las unidades de salud. Al interior de las unidades considera la dotación de servicios básicos de funcionamiento (energía eléctrica, agua, drenaje y servicios de comunicación) y el diseño para contar con las áreas y espacios necesarios para la atención y servicios que deben ofrecer.

El *equipamiento* incluye mobiliario (escritorios, asientos, archiveros, etcétera), equipo médico (aparatos, accesorios e instrumental) y material médico con los elementos indispensables para la atención como gasas, alcohol, abatelenguas, etcétera.

De acuerdo con el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, el proceso de fortalecimiento de la infraestructura física debe considerar un análisis de la población y sus características epidemiológicas; un análisis de la oferta local de servicios de salud; un análisis del entorno geográfico en donde se piensa fortalecer la infraestructura física y un análisis de costo-beneficio y un plan de seguimiento de las acciones. Todo ello permite elaborar una cédula de necesidades que se gestiona con la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud y la Dirección General de Infraestructura Física.

El mejoramiento del equipamiento, en particular del equipo médico, deben pasar por el ciclo de gestión en el cual se identifican las necesidades tecnológicas. Este ciclo responde a su vez al perfil epidemiológico de la población que se va atender. De allí se pasa a la selección del equipo médico más conveniente y su compra, para lo que se debe considerar la disponibilidad de insumos de operación, refacciones y servicios de mantenimiento. Una vez comprado el equipo, el personal médico y de enfermería lo utiliza y se le somete a rutinas de mantenimiento preventivo y correctivo. Al terminar su vida útil el equipo se desecha con criterios de seguridad y, por último, se renueva.

Recursos humanos

Los recursos humanos en salud son el personal que lleva a cabo tareas enfocadas a promover la salud. Se distinguen dos tipos de trabajadores. El primero son los dispensadores de servicios de salud (médicos y enfermeras), quienes prestan servicios personales o no personales. El segundo son los trabajadores sanitarios auxiliares,⁷ quienes no están involucrados de manera directa en la prestación de los servicios. El personal de salud es un elemento clave en la calidad de la atención y se ha documentado que la densidad de su distribución se relaciona con resultados positivos en la salud de las poblaciones.⁷ También es un instrumento clave para implementar los programas de mejora de las unidades de salud.

Las estrategias de mejoramiento de la calidad de la atención a través del área de recursos humanos se resumen en “conseguir que los trabajadores adecuados y con las capacidades pertinentes estén en el lugar oportuno haciendo lo que corresponde”.⁷ El desempeño del personal de salud transcurre en un ciclo laboral que inicia con el ingreso de los trabajadores (educación, contratación), continúa con su desarrollo laboral (disponibilidad, capacidad y competencia, productividad) y termina con su salida (migración, jubilación) y su reemplazo, necesario para el funcionamiento óptimo de los servicios.

El desempeño laboral del personal de salud se refiere a la aplicación correcta de capacidades y destrezas desplegadas de manera sensible a las necesidades, justa y eficiente para lograr los mejores resultados sanitarios posibles dados los recursos y las circunstancias y considerando dimensiones de disponibilidad, competencia y productividad.¹² Bajo estas condiciones, el marco de referencia propuesto para el análisis se muestra en la figura 5.2.

La disponibilidad del personal de salud comprende la distribución de trabajadores y su presencia en el área de demanda. La formación y capacitación involucra la generación de nuevo personal por parte de las instituciones educativas (oferta de trabajadores de la salud) y la capacitación y formación continua para mejorar las competencias del personal en las unidades de salud. Las condiciones laborales tales como horarios de trabajo, días de descanso y salarios se consideran parte del marco de referencia debido a su estrecha relación con el desarrollo de las funciones del personal de salud al prestar atención a la población.

Fuentes de información analizadas

Las fuentes documentales consultados para el análisis son estudios que han indagado la situación de los servi-

cios de salud ambulatorios de los Servicios Estatales de Salud respecto a infraestructura, equipamiento médico y recursos humanos (cuadro 5.1).

También se consideraron las bases de datos provenientes directamente de los sistemas de información en salud y las derivadas de encuestas que, si bien no están especializadas en el tema, capturan información sobre infraestructura y recursos humanos (cuadro 5.2).

Métodos empleados para resumir la información

De acuerdo con el marco de referencia descrito anteriormente, el diagnóstico de la situación actual de los Sesa se efectuará con dos métodos: un análisis de información publicada y uno de bases de datos.

Cuadro 5.1. Fuentes documentales para el análisis

Documento	Temáticas abordadas
Observatorio del desempeño ambulatorio 2010, Secretaría de Salud (ODA)	Infraestructura física Equipamiento Recursos humanos
Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008, Dirección General de Evaluación del Desempeño (EUPN)	Unidades de atención primaria Recursos humanos Equipamiento
Informe de resultados del diagnóstico de los servicios de salud. Evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades publicado en 2010 (Datos: Encel-URB 2009)	Estructura de las unidades de salud Características generales de médicos y enfermeras Procesos realizados por médicos y enfermeras
Atlas de la salud en México. Bicentenario de la Independencia, Centenario de la Revolución 2010 UNAM (ASM)	Cobertura de personal médico y de enfermería Alumnos de medicina que prestan servicio social por región. Facultades y escuelas de medicina.
Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de <i>Oportunidades</i> : Evaluación externa publicado en 2008 (Datos: Encel 2007)	Estructura de las unidades de salud Características generales de médicos y enfermeras Procesos realizados por médicos y enfermeras
Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social en 2009 (CTMP)	Condiciones de trabajo (Manutención, alimentación, tiempo libre, seguridad en la comunidad, condiciones del centro de salud)
Recursos humanos para la salud. Formación, empleo y regulación 2008 (FER_RH)	Mercado laboral: oferta y demanda de recursos humanos. Consistencia entre la formación y la práctica laboral Incentivos y productividad Regulación
Evaluación externa de los centros de salud atendidos por los pasantes de medicina en servicio social 2012 (ECSP)	Perfil de los médicos pasantes Habilidades en el desempeños de su trabajo Infraestructura y equipamiento (opinión)

Cuadro 5.2. Bases de datos empleadas en el análisis

Base de datos	Descripción
Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais)	Integra la información y estadísticas de los recursos físicos y humanos en las unidades médicas a nivel federal y estatal.
Encuesta de evaluación de los hogares rurales 2007 (Encel) y de los urbanos 2009 (Encelurb) del Programa Oportunidades	Integra información muestral referente a las unidades de atención a la salud, personal médico y de enfermería en zonas rurales y urbanas

Análisis de información publicada

El objetivo de este análisis es la selección y síntesis del contenido relevante en los distintos documentos que han recolectado información sobre la situación de los Sesa (figura 5.4). Los datos se integran en un resumen comparativo de hallazgos a través de un tabulado que reúne los principales resultados publicados en los distintos documentos y que refleja la situación de cada uno de los componentes analizados en la infraestructura y recursos humanos de las unidades de salud.

El resumen de hallazgos permite un primer acercamiento a la situación actual de los Sesa en los aspectos de infraestructura y recursos humanos, así como identificar brechas y avances.

Análisis de bases de datos

A través del análisis de las bases de datos se inspecciona y procesa la información útil para la generación y actualización de indicadores sobre los diversos aspectos de infraestructura, equipamiento y recursos humanos contemplados en nuestro modelo de análisis (figuras 5.1 y 5.2). Se procura un nivel estatal de desagregación. Esos indicadores se describen con detalle en el anexo 5.B. Estas mediciones permiten detectar situaciones problemáticas o susceptibles de ser mejoradas. Además, los instrumentos de evaluación utilizados también permiten determinar modificaciones a la situación actual de la infraestructura y recursos humanos.

Situación de referencia deseable para la identificación de brechas

Los Sesa deben tener la capacidad de prestar servicios que den respuesta oportuna a las expectativas, necesidades y demandas de salud con el objetivo de ofrecer una atención de calidad. Para ello se requiere de la existencia de un mínimo de ciertos recursos materiales y humanos. Para valorar las insuficiencias tomamos como referencia principalmente lo que establece el marco normativo nacional bajo el que se desarrollan los servicios de salud ambulatorios a nivel nacional. En el caso de los recursos humanos para los que la norma nacional no es explícita se recurre al marco internacional.

En materia de *infraestructura y equipamiento*, la Secretaría de Salud (SSa), a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) ha emitido las normas y guías vigentes que aparecen en el cuadro 5.3. Este marco regulatorio establece los servicios básicos, las áreas de atención y el mobiliario, equipo y materiales que debe tener cada unidad de los tipos que se especifican en el anexo 5.A.

Actualmente no existe una regulación nacional explícita para los *requerimientos mínimos de recursos humanos*. Existen tan sólo normas o proyectos de normas relacionados con la coordinación entre los sectores salud y educativo para la formación, capacitación y actualización del personal de salud, así como guías de práctica clínica. Por ello el análisis de la adecuación de los recursos humanos considera las recomendaciones re-

Cuadro 5.3. Marco regulatorio en materia de infraestructura para las unidades de atención ambulatoria

Norma o guía	Año
NOM 005 SSA3 2010 infraestructura atención medica pacientes ambulatorios	2010
Modelos y guías de equipamiento médico Cenetec	2007
Plan maestro de equipamiento Cenetec	2006
Modelos de unidades médicas: Medidas (modelo integrador de atención a la salud)	2006
Plan maestro de infraestructura física en salud	2003
Programa de acción: optimización de la infraestructura física	2001

gionales elaboradas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través del Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Este Observatorio es una red regional de gobiernos, instituciones académicas, de servicio y organizaciones sociales promovida por la OPS para la generación, análisis, acceso e intercambio de información, conocimientos y experiencias que respalden la toma de decisiones y la formulación e implementación de políticas públicas, en respuesta a prioridades nacionales y a las metas regionales de recursos humanos en salud.¹³ El cuadro 5.4 contiene las dos referencias principales para el análisis.

Cuadro 5.4. Marco regulatorio de los recursos humanos para la salud

Norma o guía	Año
Planes de recursos humanos y atención primaria de salud: PAHO	2011
PROY-NOM-009-SSA3-2009, Educación en Salud. Realización del servicio social de pasantes de Medicina y Odontología en primer nivel de atención del sector salud	2012

Resultados del análisis

El panorama general en cuanto a infraestructuras y personal refleja una situación deficitaria y una variabilidad muy marcada entre entidades federativas. Los datos valorados se refieren fundamentalmente a infraestructura física, equipamiento y cantidad y tipo de recursos humanos. La información es más escasa o inexistente en relación a la accesibilidad y sobre todo a la capacitación de los recursos humanos tanto para atender los problemas de salud de la población como para contribuir a la función de calidad. Los anexos 5.C, 5.D y 5.E contienen los resultados en detalle. Los apartados siguientes resumen los más relevantes.

Infraestructura física

Entre 2008 y 2013 se registró un aumento de UAA cercano a 13% y se mantuvo una distribución desigual entre entidades federativas con el predominio de UAA rurales. Además de las desigualdades entre entidades federativas persisten las deficiencias en la dotación de servicios básicos (agua drenaje, energía eléctrica, ser-

vicios de comunicación) y de las áreas de atención que deben tener las UAA.

Cobertura de UAA de los Sesa por población sin seguridad social

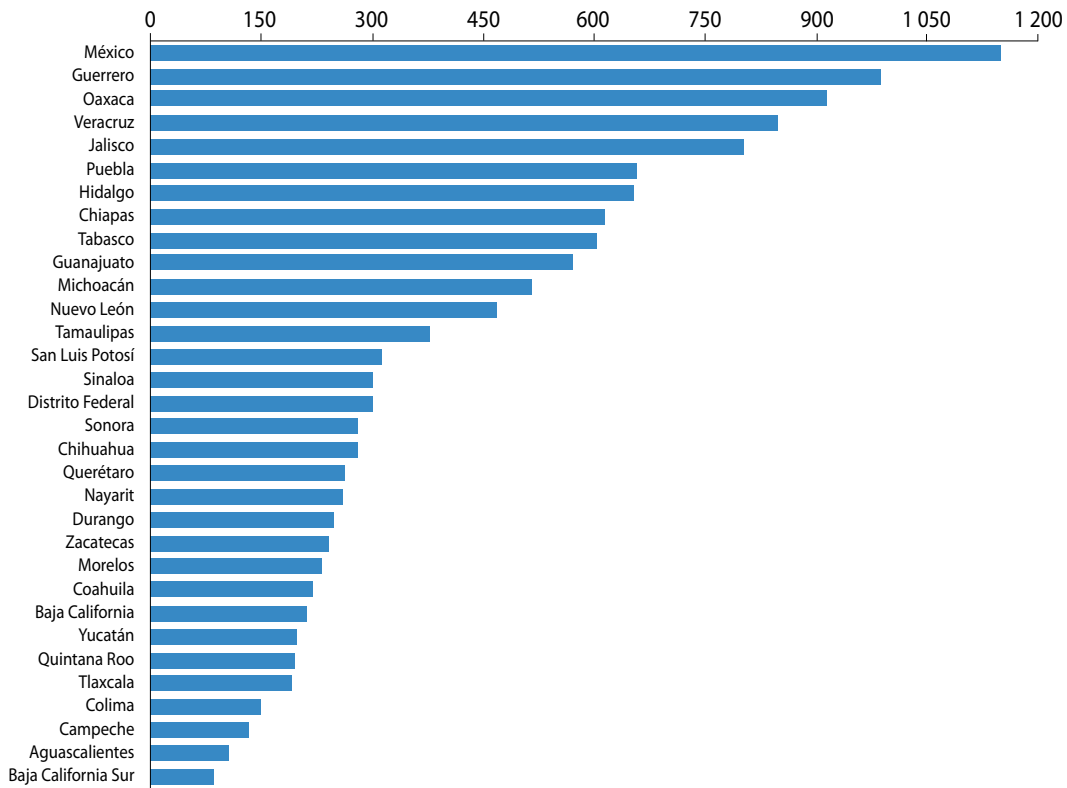
De acuerdo con el reporte de Clave Única de Establecimientos de Salud (Clues), en junio de 2013 el total de UAA en el país era 21 233, de las que 68 % (14, 483) correspondían a los Sesa. La distribución de UAA de los Sesa por entidad federativa se muestra en la figura 5.4. Se observa que el número de UAA varía de 100 hasta cerca de 1 200 y que en 50% de las entidades hay menos de 300, lo que contrasta con 15% en las que hay más de 750 unidades.

El análisis de datos disponibles en el Sinais para 2011 indica que en la mayoría de las entidades federativas los servicios se ofrecen en centros rurales (figura 5.5). En general 60% de las UAA de los Sesa son de tipo rural.

Sin embargo lo más relevante en términos de cobertura no es el número de UAA y su distribución por entidad federativa sino su densidad por población, en particular por habitantes sin seguridad social (HSSS). Esta es la población diana primordial de las unidades de los Sesa. Según el Observatorio de Desempeño Ambulatorio de 2010 a nivel nacional existen 22.5 UAA por 100 000 HSSS, con un rango que varía de 50 en Colima y Nayarit a 10 en el Distrito Federal. Dado que cada UAA puede tener hasta 12 consultorios o núcleos básicos de servicios de salud (NBSS), los datos actualizados de Sinais se utilizaron para estimar el número de NBSS por 100 000 HSSS y analizar de manera más adecuada la cobertura de los servicios en la población potencialmente usuaria. El resultado subraya de nuevo la desigualdad entre entidades federativas (figura 5.6 y anexo 5.C). La densidad de consultorios más alta encontrada en el país es de 95 por 100 000 HSSS pero sólo 10% de las entidades federativas está en el rango más alto de 78 a 95 consultorios. Casi 50% de las entidades está en un rango de 26 a 43 consultorios por 100 000 HSSS o un consultorio por cada 2 300 a 4 000 HSSS (anexo 5.D).

Accesibilidad a las UAA de la Ssa

En 2007 se utilizó un modelo geoespacial para explorar el acceso geográfico a las UAA de todo el sector público de salud. Se estimó entonces que 93% de la población vivía



Fuente: Elaboración propia con datos del CLUES a junio de 2013.

Figura 5.4. Número de unidades de atención ambulatoria de los Sesa por entidad

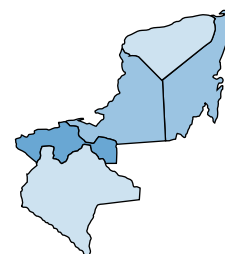
a una distancia equivalente a menos de 30 minutos de viaje¹⁵ de una UAA. Por otra parte, el análisis de los datos recolectados por la Encel 2007 en usuarios de centros de salud rurales en 13 entidades (Aguascalientes, Chiapas, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz) reporta un tiempo de traslado promedio de 41 minutos, aunque el tiempo puede ser cercano a dos horas en entidades como Hidalgo. En la mayoría de las entidades federativas la mitad de los usuarios (la mediana) tuvo un tiempo de traslado menor a 20 minutos. Esta situación es aceptable en lo general pero existen importantes brechas en la equidad de accesibilidad. También es necesario matizar estos datos y considerar cuáles son los servicios a los que se tiene acceso, que no son los mismos en todos los centros, así como determinar si las zonas con menos accesibilidad son visitadas o no por Caravanas.

Dotación de servicios de infraestructura básicos

La dotación de servicios básicos de energía eléctrica, agua, drenaje y comunicación a las UAA es incompleta y varía entre zonas rurales y urbana.

Según la Encel de 2007, 30% de las UAA rurales no dispone de agua entubada y cerca de la mitad carece de conexión a drenaje por lo que utiliza fosas sépticas. La Encel-URB ofrece datos muy superiores para las UAA urbanas –98% con acceso a servicio de agua y 92% al sistema de drenaje– pero en ningún caso se alcanza 100%. La evaluación del Programa Oportunidades ofrece datos muy semejantes. Las limitaciones más grandes existen en Veracruz, Chiapas y Oaxaca.

Casi todas las UAA tienen energía eléctrica (97% según Encel-URB) pero en muchas de ellas los cortes del suministro son frecuentes. El principal problema,



Fuente: Elaboración propia con datos del Sinais al 2011.

Figura 5.6 Densidad de consultorios por 100 000 habitantes sin seguridad social según entidad federativa

sin embargo, es el acceso limitado o nulo a servicios de comunicación como radio, teléfono e internet, problema que se acentúa en las UAA rurales. Según los datos del ODA 2010, en Campeche y Tabasco menos de 5% de las UAA cuenta con teléfono y ninguna unidad de Coahuila tiene ese servicio. Mientras tanto, el acceso a internet es en general muy bajo y también es inexistente en las UAA de algunas entidades federativas.

Dotación de espacio para áreas de atención específicas

La heterogeneidad entre entidades federativas también se refleja en la suficiencia de áreas de atención y equipamiento de las UAA. Por lo general las Unidades cuentan con la infraestructura mínima (consultorio y sala de espera) pero muy pocas (2.8% según ODA 2010) tienen laboratorio. El rango de UAA con laboratorio varía de total inexistencia (Aguascalientes) a 21.8% (Distrito Federal). También hay deficiencias de otros espacios de mayor complejidad como salas de expulsión y de urgencias. En la Encelurb 2010 se estimó que en promedio 50% de las UAA cuentan con espacios requeridos por la normatividad pero la mitad cuenta con 20% o menos.

Equipamiento

Las evaluaciones sobre equipamiento muestran de nuevo una situación mejorable y muy heterogénea, con mayores problemas en los centros rurales y algunas diferencias también entre los centros acreditados y no acreditados. Según la EUPN 2008 y el ODA 2010 ninguna unidad contaba con todos los elementos incluidos en el listado para la atención de pacientes con diabetes.

La Encel que evaluó centros rurales encontró carencias de equipo básico (básculas, otoscopios, termómetros) en un porcentaje notable de unidades, así como deficiencias importantes en la infraestructura e insumos necesarios para la atención prenatal y partos, incluyendo tiras reactivas para glucosa. Los déficits son aún mayores en relación a equipos más sofisticados como ecógrafos (existentes en 10% de los centros rurales), equipo para electrocardiograma, microscopios e incluso ambulancias para traslados (disponibles también en 10% de los centros). También es escasa la red fría para medicamentos.

En el medio urbano, según la Encel-URB, la situación es más favorable aunque también predomina la heterogeneidad. En promedio 60% de las unidades

están correctamente equipadas pero coexisten las que cuentan con la mayor parte del equipamiento con otras con carencias básicas.

Las encuestas para valorar el Programa Oportunidades también permitieron analizar el abastecimiento de equipo y material médico y la disponibilidad de zonas para la atención en algunas entidades. En los resultados predomina la heterogeneidad, dentro de una situación de déficit. El rango del porcentaje de UAA que cuentan con áreas, equipo y materiales mínimos para la atención es amplio, desde 75% en San Luis Potosí a 45% en Chiapas.

No se encontró información que hiciera referencia a la situación de suficiencia de mobiliario en las unidades.

Recursos humanos

Todos los indicadores relativos a recursos humanos muestran una amplia variabilidad entre entidades federativas, dentro de una tónica general de deficiencia y falta de apego en relación a las recomendaciones internacionales. Las cifras muestran también una diferencia en la distribución del personal de enfermería en relación al personal médico. Existe menos presencia proporcional de personal de enfermería y de pasantes tanto en las UAA como en el medio rural. La integración de otros profesionales en el equipo de las UAA también resulta muy dispar entre entidades federativas. El detalle de los indicadores relativos a recursos humanos de las UAA según entidad federativa puede verse en las cuatro tablas del anexo 5.E y a continuación reseñamos lo más destacable.

Tipo y distribución del personal médico

Del total de médicos que trabajan en los Sesa, 42.6% lo hace en UAA. La recomendación de la OPS es que el porcentaje de médicos del primer nivel sea superior a 40%. Esto ocurre en todas las entidades federativas excepto cuatro, incluyendo el Distrito Federal, en las que el porcentaje es inferior a 35%. Una peculiaridad del sistema mexicano es que casi 20% de estos médicos son pasantes y en las UAA de ocho entidades federativas el porcentaje es superior a 25%. Además la gran mayoría del total de pasantes que trabaja en UAA lo hace en unidades rurales (80.1%), mientras que 47% del total de médicos de las UAA trabaja en este tipo de unidades. En 17 entidades federativas el porcentaje de pasantes en el medio rural supera 85% y en una de ellas llega a 100%.

Estas cifras reflejan una clara situación de inequidad entre el medio rural y el urbano en la dotación y tipo de personal médico.

Tipo y distribución del personal de enfermería

En promedio poco más de 29% del total de enfermeras de los Sesas trabaja en UAA y 45% de ellas lo hace en el medio rural. Ambos porcentajes son inferiores a los correspondientes al personal médico. También es menor el porcentaje de enfermeras pasantes (16.9% por 20% de los médicos) y el porcentaje de enfermeras que trabajan en el medio rural (54%). En todos los casos hay diferencias muy marcadas entre entidades federativas pero la tónica general, en comparación con el caso de los médicos, es de menos enfermeras en UAA y en el medio rural, así como menos pasantes.

Presencia de otro personal profesional y personal técnico en las UAA

El porcentaje de profesionales distintos a medicina y enfermería y de personal técnico en los equipos de las UAA es bajo (en promedio 5.1% y 13.6%, respectivamente). Existen diferencias muy marcadas entre entidades federativas, sobre todo para el caso de otros profesionales, con un rango que va desde 1.9% a 12.6% de todo el personal de las UAA. La impresión general es que la política de personal es muy variable entre entidades federativas.

Razones de personal en las UAA

La OPS recomienda una razón de personal de salud de 25 por 10 000 HSSS. El promedio nacional en México es de 6.3 médicos, 5.7 enfermeras y un total para personal de salud de 11.9 por 10 000 HSSS. Sólo una entidad federativa (Colima, 26.4) alcanza la recomendación de la OPS. En cinco entidades federativas la razón es inferior a 10 por 10 000 HSSS. Para alcanzar los estándares internacionales sería necesario aumentar a más del doble la existencia actual de personal médico y de enfermería que trabaja en el primer nivel.

Por otra parte, el promedio nacional de la razón de personal enfermero/médico (1.1) alcanza el mínimo recomendado pero ese indicador es menor a 1 en catorce entidades federativas. Esto, aunado a la desigualdad en la distribución del personal de enfermería entre el medio rural y urbano en comparación con el personal

médico, apunta a una política de recursos humanos deficiente, sobre todo en relación a la formación y utilización del personal de enfermería.

Capacitación y condiciones laborales del personal de salud de las UAA

Estos aspectos han sido poco documentados a pesar de que son muy relevantes para valorar la capacidad organizacional para prestar los servicios necesarios. La capacitación, los programas de formación continua que tengan en cuenta las necesidades de la población y la comprensión y participación activa en iniciativas internas de mejora de la calidad son de particular importancia.

En relación al *nivel de formación* las evaluaciones del Programa Oportunidades señalan que en zonas rurales el nivel académico del personal tiende a ser menor a licenciatura. En zonas urbanas la mayor parte del personal médico está integrada por médicos generales.

Las *condiciones laborales* son particularmente desfavorables para los médicos pasantes y para el personal de enfermería. Entre los pasantes se señala un ingreso insuficiente para su manutención, sobrecarga administrativa y deficiencias importantes en la infraestructura de sus lugares de trabajo y habitación. Entre las enfermeras, el personal técnico enfrenta las peores condiciones laborales en términos de remuneración y trato. La mayoría de las licenciadas en enfermería están en una situación laboral inestable. Tienen contratos por tiempo determinado que no se renuevan de inmediato y en algunos casos sus prestaciones adicionales se limitan a la afiliación al seguro popular de salud y a una gratificación como aguinaldo.

La información sobre *capacitación* es anecdótica. Por ejemplo, 80% de los médicos que trabaja en zonas rurales reporta haber recibido capacitación en síndrome metabólico pero ese porcentaje es de tan solo 20% en zonas urbanas.

Conclusiones y brechas

El diagnóstico realizado indica que, si se toman como referencia las Normas existentes y las recomendaciones internacionales, las unidades de atención ambulatoria de los Sesas no tienen recursos suficientes para responder a las necesidades de sus usuarios y existe una variabilidad muy marcada entre entidades federativas. La información sobre accesibilidad y sobre capacitación de

los recursos humanos para atender los problemas de salud de la población y para contribuir a la función de calidad es escasa o inexistente.

Infraestructura física

Entre 2008 y 2013 el número de UAA aumentó en cerca de 13%. Se mantuvo una distribución desigual entre entidades federativas y predominaron las UAA rurales. Además de las desigualdades entre entidades federativas persisten las deficiencias en la dotación de servicios básicos (agua drenaje, energía eléctrica, servicios de comunicación) y en las áreas de atención necesarias.

En cuanto a *cobertura de UAA*, la densidad de consultorios (unidades básicas) no supera 95 por 100 000 HSSS en ninguna entidad federativa y 10% de ellas está en el rango más alto de 78 a 95 consultorios. Casi la mitad de las entidades está en el rango de 26 a 43 consultorios por 100 000 HSSS, lo que equivale a un consultorio por cada 2 300 a 4 000 HSSS.

Con respecto al *acceso geográfico* a las UAA de todo el sector público de salud, se estimó que 93% de la población vive a menos de 30 minutos de viaje de una unidad. Sin embargo en el medio rural de numerosas entidades federativas el tiempo de traslado asciende a 41 minutos y puede llegar hasta cerca de 2 horas. Es necesario matizar estos datos al considerar la gama o tipos de servicios a los que se accede, lo cual no está debidamente explorado.

La *dotación de las UAA con los servicios básicos* de energía eléctrica, agua, drenaje y comunicación es incompleta y varía entre zonas rurales y urbanas. Una campo para el que no hay referencia explícita en las normas de equipamiento es el acceso a servicios de comunicación como radio, teléfono o internet. En la práctica existe un problema importante ya que el acceso a esos servicios es limitado o nulo, en particular en las UAA rurales. Según los datos del ODA 2010, en Campeche y Tabasco menos de 5% de las UAA cuenta con teléfono y ninguna en Coahuila. El acceso a internet en general es muy bajo y llega a ser completamente inexistente en las UAA de algunos Estados.

La suficiencia de *áreas de atención* de las UAA también se caracteriza por su disparidad. Por lo general las unidades cuentan con la infraestructura mínima (consultorio y sala de espera) pero muy pocas tienen laboratorio y existen deficiencias de otros espacios como salas de expulsión y de urgencias. En la Encelurb 2010 se es-

timó que las UAA cuentan en promedio con 50% de los espacios señalados por las Normas pero la mitad de las unidades cuenta con 20% o menos de esos espacios.

Equipamiento

Las evaluaciones sobre equipamiento reflejan una situación heterogénea y muy mejorable. Los problemas más importantes aparecen en los centros rurales y se encuentran algunas diferencias entre los centros acreditados y los no acreditados. Según la EUPN 2008 y la ODA 3010 ninguna UAA contaba con todos los elementos incluidos en el listado para la atención de pacientes con diabetes.

Las deficiencias de equipo básico (básculas, otoscopios, termómetros) afectan a un porcentaje notable de unidades rurales y lo mismo ocurre con la infraestructura e insumos necesarios para la atención prenatal y partos, incluyendo tiras reactivas para glucosa. Los déficits son aún mayores en relación a equipos más sofisticados como ecógrafos (10% dispone de ellos), equipo para electrocardiograma o microscopios y ambulancias para traslados (también 10%). La red fría para medicamentos también es escasa. En el medio urbano la situación es más favorable aunque también predomina la heterogeneidad. En promedio 60% de las unidades están correctamente equipadas pero coexisten las que cuentan con la mayor parte del equipamiento con otras que tienen carencias básicas.

No se encontró información sobre la situación de suficiencia en el mobiliario de las unidades.

Recursos humanos

Los indicadores relativos a los recursos humanos muestran una amplia variabilidad entre entidades federativas, dentro de una tónica general de desapego y deficiencia en relación a las recomendaciones de la OPS. Esta organización señala que una densidad inferior a 25 profesionales por 10 000 HSSS para el primer nivel de atención limita las posibilidades de que los países alcancen las metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos del Milenio. Casi todas las entidades federativas de México están por debajo de esa densidad tomando como referencia los habitantes sin seguridad social (HSSS). La razón promedio es de 11.9 por 10 000 HSSS y sólo una entidad (Colima, 26.4) alcanza la razón de 25 profesionales que recomienda la OPS. Cinco entidades federativas tienen una razón inferior a 10 por 10 000 HSSS. Para alcanzar los estándares internacionales sería necesario aumentar

a más del doble la existencia actual de personal médico y de enfermería que trabaja en el primer nivel.

Una peculiaridad de la atención ambulatoria de los Sesa es que casi 20% de los médicos que trabaja en ellos son pasantes. En las UAA de ocho entidades federativas este porcentaje supera 25% y la gran mayoría de los pasantes (80.1%) trabaja en unidades rurales, lo que refleja otro aspecto de inequidad entre el medio rural y el urbano.

La distribución del *personal de enfermería* es diferente en relación al personal médico. Existe menos presencia proporcional de personal de enfermería tanto en las UAA en general como en el medio rural y existe menos proporción de pasantes.

La integración de *otros profesionales* en el equipo de las UAA resulta muy dispar entre entidades federativas, con un rango que va desde 1.9% a 12.6% del personal total.

El promedio nacional de la *razón de personal enfermero/médico* (1.1) alcanza el mínimo recomendado (1) pero en catorce entidades federativas está por debajo de ese número. Esto, aunado a la desigualdad en las distribuciones del personal de enfermería entre el medio rural y urbano en comparación con el personal médico, apunta a una política de recursos humanos deficiente, sobre todo en relación a la formación y utilización del personal de enfermería.

La información sobre otros aspectos de gran relevancia para valorar la capacidad organizacional es muy escasa. Esos aspectos incluyen la gestión de los recursos humanos, en particular las condiciones laborales, así como su nivel de formación y capacitación y las actividades de formación continua tomando en cuenta las necesidades de la población y la comprensión y participación activa en iniciativas internas de mejora de la calidad. En todo caso, las condiciones laborales resultan particularmente desfavorables para los pasantes y el personal de enfermería.

Referencias

1. Alcántara Ayala I, Graue Wiechers E, editores. Atlas de la salud en México: Bicentenario de la Independencia, Centenario de la Revolución. México, D.F.: UNAM, Instituto de Geografía; 2010.
2. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Secretaría de Salud; 2011.
3. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2009.
4. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Programa de Acción Específico 2007-2012: Gestión de Equipo Médico. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2008.
5. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Modelo integrador de atención a la salud. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2006.
6. Nigenda G. Recursos Humanos para la Salud. Formación, empleo y regulación. Boletín Fundación Mexicana para la Salud. 2008 Agosto/Septiembre;(8).
7. World Health Organization. Colaboremos por la salud informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 [página en internet] [consultado el 16 de junio del 2013]. Disponible en <http://site.ebrary.com/id/10161471>
8. Organización Panamericana de la Salud, Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud. Metodología de gestión productiva de los servicios de salud: introducción y generalidades. Washington, D.C.: OPS; 2010.
9. Myers, B. Concepts and principles. A Guide to Medical Care Administration. American Public Health Association; 1965.
10. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. NOM-005-SSA3-2010 2010.
11. Secretaría de Salud. Modelo de atención a la salud para población abierta 1995 [Internet]. México; 1995. Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/MASPA_1995.pdf
12. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud: bases para su planeación estratégica. 1. ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública : Cendex, Centro de Proyectos para el Desarrollo; 2010.
13. Observatorio de Recursos Humanos en Salud [Internet]. [consultado el 17 de junio del 2013]. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/33>
14. Secretaría de Salud. Modelo de unidades médicas. Midas. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.
15. Hernández-Ávila JE, Luna RS, Mejía LSP, Salgado ALS, Salgado VHR. Modelo geoespacial automatizado para la regionalización operativa en planeación de redes de servicios de salud. Salud Pública México. 2010;52(5):432-46.

Subcomponente 5.2 Diagnóstico del sistema de suministro de medicamentos en los servicios de salud de la Secretaría de Salud

Introducción

Los medicamentos son una de las intervenciones más costo-efectivas para la prevención y tratamiento de enfermedades¹ y forman parte de los seis elementos básicos de los sistemas de salud.²

Para tener un impacto en la salud de la población –en particular la población vulnerable– es necesario garantizar el acceso equitativo a medicamentos de calidad asegurada, a un precio asequible y de uso costo-efectivo.³ Sin embargo, a nivel internacional existe amplia evidencia que documenta barreras al acceso a medicamentos, precios inasequibles y el uso ineficiente que daña la salud y resulta en desperdicio de recursos.^{4,5} En consecuencia, las agencias internacionales han desarrollado recomendaciones de buenas prácticas sobre el suministro de medicamentos con el objetivo de asegurar el acceso equitativo y asequible, la calidad y el uso costo-efectivo de medicamentos.^{6,7}

En México, la salud y el acceso a los medicamentos son derechos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. De manera complementaria, la Ley General de Salud (LGS) establece que la disponibilidad de los medicamentos esenciales para la salud constituye un servicio básico de este

derecho. No obstante, existe amplia documentación de las barreras a la disponibilidad de los medicamentos^{8,9,10} y de su uso inapropiado e incluso ineficiente,¹¹ así como del alto gasto de bolsillo en medicamentos.^{12,13}

En la atención ambulatoria en México se ha considerado tradicionalmente a los medicamentos como un mero insumo que, una vez disponible en la unidad médica, contribuye a mejorar la salud de los usuarios. En consecuencia, las variables para medir el desempeño del suministro de medicamentos en las unidades de primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud (Sesa) casi siempre se han limitado a la medición de la existencia en las unidades (disponibilidad) y a su entrega a los usuarios de acuerdo con su prescripción médica (surtimiento). No obstante, contar con el medicamento es una condición necesaria pero no suficiente para mejorar la calidad de los servicios. Hasta ahora no se han evaluado en el contexto mexicano –o se han evaluado escasamente– las dimensiones relacionadas con la selección de medicamentos incluidos en el paquete de servicios ofrecidos con base en las guías de práctica clínica (GPC). Lo mismo ocurre con la eficiencia económica de la distribución y almacenamiento incluyendo el desperdicio por caducidad, la calidad de prescripción, el consumo apropiado, y la adherencia al tratamiento, entre otros aspectos.

Este reporte tiene el objetivo de presentar un diagnóstico integral con respecto al suministro de medicamentos en los Sesa, en el primer nivel de atención en México, como base para elaborar una propuesta para mejorar la calidad de la atención ambulatoria de la población vulnerable atendida por los servicios prestados por esas unidades.



Fuente: Organización Mundial de la Salud^{14,15}

Figura 5.2.1. Modelo del Sistema Integral del Suministro de Medicamentos

Metodología de análisis

Marco de referencia

Utilizamos como marco de referencia el esquema del Sistema Integral del Suministro de Medicamentos (Sisumed) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS),^{14,15} cuyo objetivo se centra en la disponibilidad oportuna y el uso adecuado de medicamentos al menor costo. El Sisumed funciona como un modelo cíclico donde cada etapa o proceso se apoya en el proceso previo y conduce de manera lógica al siguiente, hasta formar un

todo integral. La organización, financiamiento, gestión de la información y administración de los recursos humanos y físicos son procesos de apoyo administrativo (PAA) decisivos para la sostenibilidad del Sisumed. Las bases del sistema son las políticas y el marco jurídico del país, mismos que condicionan su funcionamiento. El modelo se muestra en la figura 5.2.1.

Si no existe vinculación e integración entre los diferentes procesos –es decir, si no funciona como un sistema– se producen consecuencias como el aumento de costos y las existencias se agotan con más frecuencia, en perjuicio de los usuarios. La descripción operativa deseable de cada uno de los procesos principales de este modelo se describe en el cuadro 5.2.1.

Recientemente la Organización Panamericana de Salud (OPS) propuso cambiar el enfoque de las políti-

cas y estrategias, hasta ahora centrado en el medicamento, a una nueva visión que dé prioridad a los individuos, a sus familias y a la comunidad con respecto a sus necesidades de salud.¹⁶ Esta nueva visión tiene el objetivo de enfatizar el mayor compromiso con los resultados de salud y pasar de una mirada exclusiva al producto (medicamento) al desarrollo de servicios farmacéuticos (SF)* como parte integral de los servicios de salud. Con base en el enfoque de la atención prima-

* Definición de servicios farmacéuticos: conjunto de acciones en el sistema de salud que buscan garantizar la atención integral, integrada y continúa a las necesidades y problemas de la salud de la población tanto individual como colectiva, teniendo al medicamento como uno de los elementos esenciales, y contribuyendo a su acceso equitativo y su uso racional. Estas acciones, desarrolladas por el farmacéutico –o bajo su coordinación- incorporando a un equipo de salud y con la participación comunitaria, tienen como objetivo la obtención de resultados concretos en salud con vistas a la mejora de la calidad de vida de la población.

Cuadro 5.2.1. Etapas del sistema de suministro del medicamento y descripción operativa deseable

Etapa	Descripción operativa deseable
Selección	Implica la revisión de los problemas de salud prevalentes y la elección de los medicamentos e insumos requeridos para su diagnóstico y tratamiento, basada en las guías de práctica clínica y los protocolos de atención, así como la decisión sobre su utilización en los diferentes niveles de atención de salud; la adecuada selección de los insumos representada en el listado de medicamentos e insumos esenciales permite la optimización de los recursos, garantiza la eficiencia del proceso de adquisición y, por lo tanto, la oportunidad y la calidad de la atención a los usuarios.
Estimación y adquisición	Incluye la cuantificación de las necesidades de medicamentos e insumos, la elección de las modalidades de compra más convenientes y adecuadas, la elaboración de planes de adquisición concretos y certeros, la fijación de condiciones de negociación con proveedores, la gestión para garantizar la calidad de los medicamentos e insumos y la evaluación permanente del servicio y el producto ofrecido por esos proveedores.
Almacenamiento	Debe garantizar la calidad de los insumos durante su permanencia en el depósito, almacén o farmacia, así como la custodia y vigilancia del movimiento de las existencias; requiere el control de aspectos administrativos, de infraestructura física, de dotación y el control de factores ambientales.
Distribución	Incluye la entrega de los insumos a los depósitos y establecimiento de salud, con actividades que garanticen la custodia adecuada de los insumos, así como la oportunidad en la entrega.
Uso racional	Incluye el diagnóstico*, prescripción*, dispensación y consumo apropiados por parte del usuario.
Apoyo a la gestión 1. Sistemas de información	Este componente permite recoger, procesar, comunicar y utilizar información con el propósito de adoptar las decisiones que garanticen el mejoramiento continuo de los procesos. El sistema debe ser útil y brindar información puntual y exacta que permita utilizar eficazmente los datos generados en cada nivel, a través de un conjunto de indicadores que miden el rendimiento del sistema.
Apoyo a la gestión 2. Recursos humanos	Contar con recursos humanos capacitados para la gestión de los diferentes procesos técnicos y de apoyo al sistema de suministros. La gestión del sistema de suministro y en particular del proceso de adquisición es una tarea profesional que requiere una diversidad de conocimientos, capacidades y experiencias realizados en equipo.
Apoyo a la gestión 3. Financiamiento	El financiamiento sostenible es un aspecto importante para asegurar el acceso equitativo a los medicamentos. Los entes involucrados deben establecer mecanismos para disponer de los fondos necesarios, el acceso a presupuesto y la entrega oportuna de estos fondos.
Organización del sistema, políticas y legislación	Esta etapa incluye a los actores involucrados en el sistema, mecanismos de coordinación entre estos actores, pautas y tiempos a tenerse en cuenta.**

*Para fines de este documento se excluye la parte del diagnóstico y prescripción adecuados que se abarca en otra parte del documento (ver Componente 4).

** Este componente se describe en los resultados de forma particular dentro de cada etapa del Sisumed.

ria de la salud (APS), se busca garantizar la atención integral, integrada y continua para responder a las necesidades y problemas de salud de la población, tanto individuales como colectivos.⁷ Este enfoque complementa el marco teórico del Sisumed de la OMS con los SF propuesto por la OPS. Es relevante sobre todo en la etapa de “uso racional”, incluyendo elementos como seguridad y eficacia terapéutica de los medicamentos; seguimiento y evaluación de la utilización; obtención y difusión de información, y educación permanente del personal de salud, del paciente y de la comunidad para asegurar el uso racional de los medicamentos.*

Fuentes de información analizadas

Se realizó una revisión documental de fuentes de información secundaria, disponibles de las evaluaciones del Sisumed de México. Los principales estudios sobre el abasto de medicamentos en los Sesa usados como referencia abarcan el periodo de 2003 a 2012. Además, se incluyen reportes de mediciones de los indicadores de calidad principalmente medidos como disponibilidad de medicamentos y surtimiento de recetas en las unidades médicas del primer nivel de atención (UMPNA) de los Sesa. Las fuentes de información consultadas se enlistan en el cuadro 5.2.2 (partes 1 y 2), según el tipo de información principal que proveen.

Asimismo, se consideraron estudios relevantes a nivel nacional e internacional que aportan elementos para identificar las brechas en el Sisumed. Estas publicaciones se citan a lo largo de los siguientes apartados.

Metodología para resumir la información

Para cada uno de los componentes del modelo se realizó en primer lugar una revisión no exhaustiva del funcionamiento actual incluyendo el Marco Regulatorio –jurídico, legal y normativo– para cada etapa y para los procesos clave. El contexto normativo del Sisumed en México es complejo por la descentralización. Las entidades federativas tienen considerable autonomía sobre la regulación y rectoría del sector salud.

Los actores que participan en el Sisumed se pueden dividir en cuatro niveles: federal, estatal, jurisdiccional y la unidad médica del primer nivel de atención. Los

principales actores involucrados según los niveles de responsabilidad y etapas del modelo se describen en el cuadro 5.2.3.

Las brechas se identificaron a través de dos vertientes; la primera a partir de los hallazgos documentados e identificados en cada una de las fuentes secundarias y de las evaluaciones mencionadas en la sección 2.1 del cuadro 5.2.2 (fuentes de información analizadas). La segunda, a partir de la definición operativa ideal del marco de referencia de la OMS (cuadro 5.2.1).

Se hizo un ejercicio de priorización y adaptación al caso de México de los indicadores relevantes para medir la calidad en cada una de las etapas del modelo (cuadro 5.2.4), si bien la información existente no permite la cuantificación de todos ellos.

Los resultados se agrupan según las etapas del modelo de referencia y se distinguen dos grandes apartados: primero la caracterización del funcionamiento, actores y coordinación y, segundo, los resultados y retos para la calidad de cada etapa.

Resultados del análisis

Etapas de selección de medicamentos para el sistema

Funcionamiento, actores y coordinación para la selección de medicamentos

La segmentación de la población en relación al sistema de salud se traduce también en acercamientos y listados diferenciados de los medicamentos seleccionados. Para nuestro foco de interés, que son las UMPNA de los Sesa, existen al menos tres líneas de funcionamiento, normativamente respaldadas, para la selección de medicamentos dirigidas a: a) población en general, b) afiliados al Seguro Popular y c) afiliados al Programa Oportunidades.

Para el sistema de salud público en general se acordó el cuadro básico y catálogo de medicamentos (CBCM), en el seno del cuadro básico de insumos del sector salud (CBISS).^{17,18} El CBCM es determinado por el Comité Específico de Medicamentos (CEM); este es uno de los siete comités específicos de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud (CICBCISS), a su vez regida por el Consejo de Salubridad General (CSG).¹⁹ La normatividad e instancias rectoras que regulan este proceso se establecieron durante las últimas décadas.²⁰ En el CEM hay representantes de

* Tenemos este enfoque presente en nuestro estudio, pero no es posible incluirlo en su totalidad.

Cuadro 5.2.2. Documentos y fuentes de información consultadas para el análisis

2.1. Documentos consultados

Estudios sobre el diagnóstico del suministro y propuestas de estrategias.	Estudios de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud del primer nivel de atención.	Indicadores de medicamentos en las unidades médicas de los Servicios Estatales de Salud.
<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacer la demanda de medicamentos en el sector salud, una iniciativa en progreso. Julio 2002- Diciembre 2004. - Evaluación de los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud. Informe final. Diciembre 2008. - Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades. Tomo II: El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición. 1ª edición 2008 - Ssa. Unidades del primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. Dirección General de Evaluación del Desempeño. 1a edición, 2009 - Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2009. - Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Sesenta propuestas para el fortalecimiento de la atención primaria a la salud en los Servicios Estatales de Salud. 2010 - Evaluación de los procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2006. - Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Reviews of Health Systems: MÉXICO. Paris: OECD, 2005:61 - Gonzalez-Pier E, Barraza-Llorens M. Trabajando para la salud de la población. México, D.F.: Funsalud, 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> - Levy-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. Salud Pública México 1998; 40(1):1-8 - Reséndiz C, Garrido F, Gómez-Dantés O. Disponibilidad de medicamentos en el primer nivel de atención de Secretaría de Salud. Salud Pública México. 2000; 42: 298-308. - Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, Tirado-Gómez LL, Ramírez D, Macías C. Abasto de medicamentos en unidades del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud. Salud Pública México 2001; 43: 224-232. - Ramírez-Ramírez MO, Zavala-González MA. Calidad de la prescripción de medicamentos en unidades de atención primaria en salud de Tabasco, México. Revista de los Estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. MED. VIS. 2009; 22(1): 19-40. - Wirtz VJ, Russo G, Kageyama-Escobar ML. Access to medicines by ambulatory health service users in Mexico: analysis of the national health surveys 1994 to 2006. Salud Pública México 2010; Vol. 52(1):30-38 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado (Ensata 2004 y 2005) - Medición Externa del Abasto de Medicamentos en los Sesa (MEAM 2005 y 2006) - Ensanut 2006 y 2012. - Programa de Acción Específico 2007-2012 de Mejora del Acceso a los Medicamentos. (PEMAM). Ssa, versión inicial y versión actualizada.

2.2. Otras fuentes de información

Información de las páginas de las unidades administrativas y operativas de las acciones del PEMAM*	Información de las agencias internacionales sobre la gestión de medicamento
<ul style="list-style-type: none"> - Consejo de Salubridad General, http://www.csg.salud.gob.mx/ - Secretaría de Salud. http://portal.salud.gob.mx/ - Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED). http://www.dged.salud.gob.mx/index.html - Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), http://www.dgplades.salud.gob.mx/ - Dirección General de Información en Salud (DGIS). http://www.dgis.salud.gob.mx/ - Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs). http://www.calidad.salud.gob.mx/ - Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec), http://www.cenetec.salud.gob.mx/ - Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/ - Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris). http://www.cofepris.gob.mx/ 	<ul style="list-style-type: none"> - Organización Mundial de la Salud (OMS), http://www.who.int/es/ - Organización Panamericana de la Salud (OPS), http://new.paho.org/hq/ - Management Sciences for Health (MHS), http://www.msh.org/resources/mds-3-managing-access-to-medicines-and-health-technologies

Nota: * PEMAM: Programa Específico para la Mejora del Acceso a Medicamentos.

las diferentes instituciones públicas de salud, entre ellas: Sesa, IMSS (Instituto Mexicano de Seguro Social), ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) y otras instituciones públicas. El CEM

es coordinado por el secretario del CSG y presidente de la Comisión Interinstitucional. Sus integrantes son responsables de obtener por escrito la opinión de expertos autorizados sobre las propuestas de actualización. La

Cuadro 5.2.3. Etapas del Sistema Integral de Suministro de Medicamentos y los actores según en el nivel de responsabilidad

Etapas	Federal	Estatal	Jurisdiccional	Unidad (UMPNA)
Selección	CSG (CICBCISS) CNPSS (Causes)			
Estimación y adquisición	CCNPMIS	Responsable del área de: Adquisiciones de medicamentos Recursos Materiales Financiamiento Comité de Adquisiciones Monitoreo: REPSS y gestor de los servicios de salud (SP)		
Almacenamiento		Responsable de los almacenes estatales	Responsable de los almacenes jurisdiccionales	Responsable del almacén o farmacia de la Unidad
Distribución			Responsable de la distribución	
Uso racional		Cofat*		Médicos Enfermeras Gestor de los servicios de salud (SP)

Notas: CSG, Consejo de Salubridad General; CICBCISS, Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud; CNPSS, Comisión Nacional de Protección Social en Salud; Causes, Catálogo Universal de Servicios de Salud; CCNPMIS, Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos e Insumos para la Salud; UPNA, unidades médicas del primer nivel de atención; Cofat, Comité de Farmacia y Terapéutica. * Sólo en algunas entidades federativas. SP, Seguro Popular.

actualización del CBCM es normada de manera general por el Reglamento Interior del CSG y en específico por el Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud.* El CBCM (2011) incluye 932 sustancias activas con un total de 1 635 claves (presentaciones) clasificadas en 23 grupos farmacoterapéuticos. El cuadro básico se utiliza, en teoría, como lista que define los medicamentos disponibles para la población abierta. Sin embargo cada Sesa tiene autonomía para conformar su propia Lista de Medicamentos, la cual depende de la organización institucional y del perfil epidemiológico de su población. La inclusión en la lista no significa necesariamente que el medicamento sea financiado o sin costo para el paciente, puesto que las entidades federativas pueden aplicar una cuota económica de recuperación para la población abierta.

Para la población con afiliación al Seguro Popular (SP) y al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) se utiliza como referencia el Catálogo universal de servicios de Salud (Causes). El catálogo define el paquete de los servicios de atención médica y los medicamentos que están aprobados para los esquemas

terapéuticos de esta población. Este listado es más corto y se enmarca en los medicamentos incluidos en el CBCM.²¹ La actualización del Causes y de su listado de medicamentos se realiza a nivel federal en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Sin embargo el Régimen Estatal de la Protección Social en Salud (REPSS), que es el comprador de servicios de salud en cada entidad federativa, tiene autonomía para excluir medicamentos del Causes cuando no se justifique su adquisición en esa entidad. Los REPSS y el Gestor de Calidad del SP supervisan la operación del catálogo de servicios y medicamentos y verifican que sea utilizado de manera correcta por los prestadores de servicios de salud.²²

Por último, para la población que es atendida por el Programa Oportunidades se proporciona atención a la salud a los integrantes de la familia beneficiaria mediante las acciones del Paquete Básico Garantizado de Salud. Estas acciones son, principalmente, de promoción de la salud y detección oportuna de enfermedades de mayor impacto en salud pública. Las familias beneficiarias pueden consultar el listado de medicamentos con el personal de salud y pueden afiliarse al SPSS a través del SP para recibir la atención de las intervenciones incluidas en el Causes. Las decisiones sobre el Paquete Básico Garantizado concierne a la Secretaría para el Desarrollo Social (Sedesol) del gobierno federal.

* Los procesos y criterios de preparación, presentación, análisis, evaluación, dictamen y difusión de las propuestas de actualización del CBCISS se complementan con la Guía para la conducción de estudios de evaluación económica para la actualización del cuadro básico de insumos del sector salud (2008) y la Guía de evaluación de insumos para la salud (2011).

Cuadro 5.2.4. Indicadores de calidad relevantes para el Sistema Integral de Suministro de Medicamentos (SISUMED) de México

Fase	Indicador 1	Indicador 2	Indicador 3	Indicador 4	Indicador 5	Indicador 6
Selección	Actualización del cuadro básico / Causas periódicamente (inclusión y exclusión de medicamentos) (N)	Número de medicamentos mencionados en GPC y Protocolos de Práctica Clínica al nivel nacional, no incluidos en el cuadro básico/Causas (N)	Número de medicamentos mencionados en el cuadro básico no recomendados por las GPC (N)	Número de Cofat que son responsables en tomar la decisión de inclusión y exclusión de medicamentos (E)	Nivel de capacitación del personal que selecciona los medicamentos (N,E)	Transparencia sobre el conflicto de interés de los participantes del Cofat (N,E)
Estimación y adquisición	Número y valor en % de precios de medicamentos negociados a nivel federal (N)	Número y gasto total en % de medicamentos adquiridos por licitación (E)	% de medicamentos con precios igual o menor del precio internacional (E)	Promedio de tiempo en el retraso de pago a proveedores (E)	Promedio de tiempo entre solicitud y llegada de la orden en el almacén central (E)	% del valor de medicamentos comprados por proveedores locales (E)
Almacenamiento	% del gasto total de los medicamentos almacenados (E,UM)	Frecuencia de claves en desabasto (E,UM) Frecuencia tiempo/duración de desabasto (E, UM)	% de medicamentos no disponibles en el momento de la inspección (UM)	Cantidad y monto de los medicamentos caducados en el almacén (E, UM)	Cantidad y costo por merma o pérdidas (E, UM)	% correspondencia de registros de disponibilidad de medicamentos en el almacén con conteo físico (E, UM)
Distribución	Frecuencia de distribución a las UPNA de alta, mediana y baja accesibilidad geográfica (E, UM)	Número de compras de emergencias que incluya claves y montos (E)	Número de ítems entregados versus número de ítems solicitados (E,UM)	Costo de distribución per unidad por accesibilidad geográfica (E)	Mediana de tiempo de contratación de recursos humanos en el almacén (rotación del personal) (E)	
Uso racional: prescripción	Esta sección no discute el uso racional relacionado a la prescripción. Se aborda en el componente regulación y estándares (ver Componente 4)					
Uso racional: dispensación	Mediana de tiempo de espera para el surtimiento de la receta del medicamento (E)	% de los usuarios que reciben todos los medicamentos prescritos en el lugar de atención en menos de 24 horas. (E, UM)	% de reducción del gasto de bolsillo por concepto de medicamentos (N)	% de usuarios que entendieron el nombre, la indicación, las precauciones y la duración del tratamiento (N)	% del personal capacitado que da información sobre el medicamento (E)	
Uso racional: adherencia	% de los pacientes con medicación para un padecimiento crónico que tienen una adherencia de 90%* al tratamiento (N,E,UM)	% de los usuarios con medicación crónica que reciben sus medicamentos completamente surtidos cada mes (E, UM)	% de los usuarios que entienden la información sobre el medicamento dispensado (UM)	Frecuencia de las campañas educativas para promover el uso apropiado de medicamentos dirigido a la población (N, E, UM)		
PPA-sistemas de información	Información semestral sobre cada uno de los indicadores mencionados (para almacenamiento distribución y dispensación al nivel jurisdiccional) (E)	% de los responsables al nivel estatal que utilizan la información sobre el manejo y uso de los medicamentos para implementar estrategias para mejorar el desempeño (N)	Organismo nacional multidisciplinario que coordine las acciones encaminadas a lograr un uso racional de medicamento. (N)	Centro Nacional y Estatal de información para medicamentos (N, E)	Boletín de Información sobre medicamentos (N, E)	
PPA- recursos humanos	Recursos humanos con capacitación de acuerdo con la fase de Sisumed (N, E)	Definición de los requisitos mínimos de capacitación relacionados a medicamentos para los recursos humanos de cada fase del Sisumed (N, E)	Frecuencia de la capacitación continua de los recursos humanos (E)	Porcentaje de entidades federativas que cuentan con un perfil de puesto para cada uno de los Responsables de las Etapas del Sisumed validado por una instancia federal (N)	Porcentaje de responsables de las etapas del Sisumed que cuentan con el periodo mínimo de experiencia en el manejo de medicamentos y proceso administrativos relacionados.	
PPA- financiamiento	Disponibilidad de los recursos al principio del año fiscal (N)	Mediana del gasto en medicamentos por beneficiario (N, E)	Tiempo promedio de llegada de los recursos a las entidades federativas por partida presupuestaria (N, E)	Periodos de licitación desfasados por llegada tardía de los recursos (N, E)	Número de entidades federativas que consiguieron fondos para la adquisición de medicamentos (E)	

NOTAS: nivel de medición del indicador: N, nacional; E, estatal; y UM, unidad médica; Cofat, Comité Farmacoterapéutico; PPA, procesos de apoyo administrativo

Cuadro 5.2.5. Funcionamiento, actores y coordinación de la etapa de selección de medicamentos

Componente	Descripción
Funcionamiento	Cuadro básico y catálogo de medicamentos (CBCM), instrumento para las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que pone a la disposición insumos para la salud seguros, eficaces y de calidad. Su conformación se enmarca en el Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud.
	Catálogo universal de servicios de salud (Causes), documento de referencia para la operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Determina acciones de salud e incluye los medicamentos autorizados. Los servicios prestados a la población del SP deben ajustarse a su listado. Los lineamientos se emiten anualmente mediante el Acuerdo que establece los Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Causes y al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.
	Paquete Básico Garantizado de Salud. Listado de servicios médicos que proporciona el componente de salud del Programa Oportunidades. La Lista de medicamentos sólo está disponible en los centros de atención a la salud. Se enmarca en el acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
Actores	Al nivel federal: Comité Específico de Medicamentos de la CICBCISS para el CBISS Comisión Nacional para el Sistema de Protección Social de Salud para el Causes Sedesol para el Paquete Básico Garantizado de Salud Al nivel estatal: Comité farmacoterapéutico para el Cuadro Básico Estatal Régimen Estatal de la Protección Social en Salud para el Causes Coordinación Nacional de Sedesol
Coordinación	Nivel federal: Consejo de Salubridad General Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud Al nivel estatal: Secretarías estatales de Salud Regímenes Estatales de la Protección Social en Salud
Tiempos	Emisión del CBISS cada dos años y las actualizaciones y modificaciones, continuamente. Emisión del Causes, anualmente

Notas: DOF, Diario Oficial de la Federación; Sedesol, Secretaría de Desarrollo Social.

Problemas que afectan a la selección de medicamentos

A la existencia de diversos listados se añaden las incongruencias entre los medicamentos incluidos en el cuadro básico o Causes y los medicamentos recomendados en las guías de práctica clínica (GPC).²³

El desconocimiento de los cuadros básicos y la falta de apego por los profesionales de la salud ha sido reportado en las evaluaciones realizadas.^{24,25} Asimismo, en varias entidades federativas se detectó la falta de capa-

citación del personal del Comité Fármaco-Terapéutico (Cofat)²⁶ y la falta de información sobre el conflicto de interés de los miembros que participan en el proceso de actualización de los listados.

Etapa de estimación de necesidades y adquisición de los medicamentos

El sector público privilegia la compra de medicamentos genéricos, los cuales representan 94.5% del total de volumen que adquiere.¹² Si bien se prevé que la participa-

ción de genéricos en este sector seguirá aumentando, en años recientes ha habido un aumento importante en la compra de medicamentos de patente y en particular los de alto costo como los utilizados para el tratamiento de padecimientos oncológicos (segundo y tercer nivel de atención). Estos medicamentos de patente representan 5.5% del total de volumen adquirido pero llegan hasta 56% del valor de las compras del sector público.¹²

El tipo de medicamento es uno de los factores que afecta a los procesos de adquisición. Si son de fuente única (en su mayoría medicamentos de patente que son comercializados por un solo laboratorio en México) los precios se negocian a nivel federal. Si son de fuentes múltiples (medicamentos genéricos), los precios son definidos por los proveedores que participan en las licitaciones estatales. Este es uno de los factores que hace necesario distinguir el funcionamiento de esta etapa del Modelo a nivel federal y estatal. Las decisiones más relevantes en cuanto a la estimación de necesidades y adquisición de medicamentos se toman a nivel estatal, donde coexisten varios modelos y disfunciones que afectan tanto la eficiencia de las adquisiciones como la disponibilidad final de los medicamentos.

Funcionamiento, actores y coordinación a nivel federal

El proceso anual de negociación de precios de medicamentos de fuente única se realiza en el nivel federal. El organismo responsable es la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros insumos para la Salud (CCNPMIS).^{26,27} El acuerdo de creación y las reglas de operación de la Comisión establecen la integración de tres comités que evalúan el universo de medicamentos en tres sentidos: técnico-clínico, económico y de información sobre precios y patentes. La Secretaría Técnica administra los asuntos relacionados con la CCNPMIS, entre ellos, actuar como vínculo entre los Comités y gestionar lo necesario para que el equipo negociador tenga los elementos para llevar a buen término el proceso de negociación. La Comisión se instauró en 2008 para operar durante tres años pero después se decidió mantenerla en operación hasta valorar el funcionamiento del sistema. El proceso, actores y normatividad se resumen en el cuadro 5.2.6.

La adquisición de insumos para los servicios prestados por el SP debe apegarse a los lineamientos que emite cada año el CNPSS,²⁸ a nivel federal. Los lineamientos establecen los precios de referencia de los me-

Cuadro 5.2.6. Etapa de estimación y adquisición. Negociación de precios de medicamentos de fuente única, en el nivel federal

Componente	Descripción
Funcionamiento	La compra de medicamentos de patente se realiza a nivel estatal, sin embargo la negociación de los precios se realiza a nivel federal a través de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros insumos para la Salud (CCNPMIS). Anualmente esta Comisión solicita a los estados que envíen las claves (nombres de medicamentos) y volúmenes estimados de compra para consolidar cantidades y negociar los precios de venta en todo el país.
Actores	Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos e Insumos para la Salud. Secretarías estatales de Salud.
Coordinación	2010. DOF. Reglas de Operación de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. 8 de junio 2010. Negociación. DOF: 23/08/2012. Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, publicado el 26 de febrero de 2008.
Tiempo	La información se levanta en las unidades médicas, es enviada a las jurisdicciones y se concentra a nivel estatal para determinar la demanda. Esta información se consolida anualmente a nivel federal para iniciar negociaciones.

dicamentos a los que deben ajustarse los Sesa durante el proceso de adquisición.

Funcionamiento, actores y coordinación a nivel estatal

A nivel estatal, la selección (priorización) y estimación de los requerimientos se realiza de forma autónoma con base en dos enfoques: 1) programático presupuestal, que es la asignación monetaria por partida de gasto destinada a la compra de medicamentos, y 2) necesidades para la atención a la salud. La Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento establecen que, una vez definidos los requerimientos, las adquisiciones se realizan mediante licitación o adquisición directa. Ello depende del monto de la compra y del tipo de medicamento adquirido (fuente única o fuentes múltiples). Esta Ley rige el proceso en términos generales, pero también existen otras leyes a nivel de entidad federativa. En las etapas del Sisumed existen diversas posibilidades de participación público-privada, lo que añade una heterogeneidad de modelos entre entidades federativas. La adquisición de medicamentos para afiliados al SP es realizada por cada REPSS con base en el Causes y debe ajustarse a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento.

En las entidades federativas que siguen el modelo tradicional de estimación de necesidades y adquisición de medicamentos sin participación privada, la planeación se basa por lo general en la estimación de los consumos históricos, es decir, la cantidad adquirida de medicamento en los últimos años.²⁹ Por ejemplo, se promedian los consumos mensuales de los tres años anteriores y el resultado se ajusta con la información de surtimiento real y caducidad reportada mensualmente por la unidad de atención. A partir de esta fase intervienen las áreas de programación y presupuesto de los Sesa, las cuales comparan la estimación del consumo histórico mensual con los recursos presupuestales disponibles, con las tendencias de la morbilidad en el estado y con las necesidades específicas de cada región. De esta forma se obtiene un estimado de compra anual que en teoría es el más adecuado posible, sin faltantes ni excedentes.

En general, la estimación de la demanda proviene de la información de las UMPNA. Esa información se

concentra en las jurisdicciones sanitarias y se envía a las oficinas centrales de la entidad federativa, donde se usa para planear las adquisiciones de los periodos siguientes. Los responsables de la planeación acuerdan las modalidades de compra con los responsables de la gestión financiera y los tiempos y volúmenes de entrega con los proveedores de medicamentos. El cuadro 5.2.7 resume las características de todo el proceso a nivel estatal.

En sector privado puede participar en este proceso según dos modelos diferentes. El modelo mixto público-privado más común es la contratación del sector privado para distribución de medicamentos.³⁰ El segundo modelo es la contratación del sector privado para la estimación, adquisición, distribución y surtimiento.

Según la Dirección General de Planeación y Desarrollo de la SSa, la participación del sector privado en el Sisumed puede darse en procesos que no generan valor agregado a los servicios de salud de las entidades federativas; por el contrario, no se recomienda tercerizar procesos sustantivos* como son la Selección, Estimación (Planeación), Adquisición, Prescripción Médica, Servicios Farmacéuticos y la Dispensación.³¹

Problemas que afectan la calidad de la etapa de Estimación de necesidades y Adquisición de medicamentos

El cuadro 5.2.8 resume los problemas identificados en la etapa de estimación de necesidades y adquisición de medicamentos. Algunos de ellos se dan al nivel federal, básicamente en torno a la importante negociación de precios de los medicamentos de fuente única (patente), pero también existen problemas a nivel operativo en las entidades federativas.

En el nivel federal se ha documentado la dificultad de acceder a información sobre el desempeño de la Comisión Coordinadora,^{32,33} la falta de personal capacitado para lograr los objetivos de la Comisión y la dificultad de acceso a la información necesaria para preparar los procesos de negociación.²³ Un indicador clave para valorar la repercusión del proceso de negociación es el porcentaje del total del número de medicamentos adquiridos con precios negociados a

* Se considera sustantivo aquello que involucra la razón de ser de la organización.

Cuadro 5.2.7. Funcionamiento, actores y coordinación de la estimación y adquisición de medicamentos al nivel estatal

Componente	Descripción
Funcionamiento	La compra de insumos a nivel nacional está regulada por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y su Reglamento. A nivel estatal está regulada por las leyes locales relativas a adquisiciones, arrendamiento y obra pública y Reglamentos de cada entidad federativa. Cada entidad federativa se encarga de la compra de medicamentos genéricos y de patente y negocia con los proveedores con base en una lista de precios de referencia para medicamentos del Causes. La adquisición de este tipo de insumos se realiza principalmente por los mecanismos de licitación y por compra directa cuando las licitaciones se declaran desiertas.
Actores	Responsable del área de adquisiciones de medicamentos, Responsable del área de Recursos Materiales, Comité de Adquisición,* Responsable Estatal del Financiamiento. *El Comité Estatal de Adquisiciones –integrado por el secretario estatal de Salud y los directores o subdirectores de administración, planeación, programación y presupuesto, adquisiciones, recursos materiales e información– tiene como función fundamental respetar esta normatividad y hacer transparentes los procesos de selección, compra y adquisición de insumos.
Coordinación	Sesa en el caso del cuadro básico. Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público y su reglamento (federal y estatales) REPSS en el casos de Causes. Marco Normativo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo universal de servicios de salud por las entidades federativas con recursos del Sistema de Protección Social en Salud.
Tiempos	La estimación es anual y la adquisición se realiza en diferentes periodos durante el año (trimestral, semestral o anual). En conjunto estos procesos pueden tomar hasta 3 meses una vez que se cuente con el recurso económico en la entidad.

nivel nacional. Por ejemplo, en el caso de un proceso de negociación para la compra de medicamentos antiretrovirales, el precio se redujo un 38% después de la primera ronda negociación. Sin embargo el precio final de adquisición fue seis veces más alto que el precio promedio de los mismos medicamentos en países de ingresos medios altos.³⁴

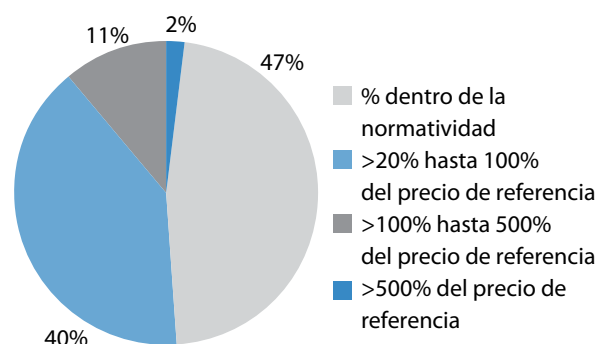
Es importante señalar que la evidencia demuestra la ventaja de negociar los precios a nivel nacional en lugar de a nivel estatal.⁶ Pero aun cuando desde 2008 la CCNPMIS ha gestionado con los proveedores mejores precios de adquisición, algunas entidades federativas dijeron desconocer su funcionamiento, no haber participado ni haber sido informados del proceso o que algunos proveedores no se apegaban a los precios negociados a nivel federal.³⁴

Los problemas detectados a nivel de entidad federativa, además de la heterogeneidad de criterios y procedimientos, incluyen la forma en que se manejan los recursos. Éstos con frecuencia se retrasan, lo que obliga a las entidades federativas a tomar recursos de otras áreas, a realizar compras directas al final del año o a pedir medicamentos prestados a otras entidades fede-

rativas.²³ Asimismo, los responsables de las adquisiciones de medicamentos o del área de recursos materiales de algunas entidades federativas reportan que con frecuencia se presentan licitaciones desiertas, lo que implica reiniciar todo el proceso de licitación.²⁶ En ocasiones el proceso culmina con la compra directa de los medicamentos indispensables para el funcionamiento de los servicios, lo que afecta financieramente a los programas por el alto precio de los medicamentos y limita las condiciones de compra por parte de los servicios. Un estudio comparativo entre entidades federativas sobre los precios de adquisición de medicamentos halló falta de apego a los precios de referencia del Causes en poco más del mitad de los insumos adquiridos (arriba del 20% permitido por la norma). Además, más de 10 por ciento de los medicamentos se adquirieron con un sobrepeso de entre 100 y 500% (figura 5.2.2) y 10% de las claves adquiridas consumieron 50% del monto pagado.³⁵ Otras veces las claves quedan desiertas aun cuando haya necesidad del medicamento. En ocasiones los proveedores no están interesados en participar en licitaciones debido a los bajos precios de los medicamentos listados en Causes.

Cuadro 5.2.8. Problemas identificados en la etapa de estimación y adquisición de medicamentos según nivel de responsabilidad

Nivel de responsabilidad	Problemas
Federal	<p>Falta de evaluación del desempeño de la comisión que informa sobre sus fortalezas y debilidades.</p> <p>Capacidad de la comisión en términos de recursos humanos capacitados y de otros recursos (p.ej. acceso a información).</p> <p>Falta de comunicación con las entidades federativas para dar a conocer la estrategias y los resultados de la negociación.</p> <p>Falta de interés de algunas entidades federativas en participar y proveer la información de listado de claves y volúmenes de compra estimadas, en tiempo y forma.</p> <p>Falta de cumplimiento por parte de la proveeduría, en algunas entidades federativas, para respetar los precios negociados en el nivel federal.</p>
Entidad federativa	<p>No existe normatividad o reglamentos establecidos para definir y homogeneizar los criterios de programación/ planificación.</p> <p>Desvinculación en la definición de las necesidades entre las áreas administrativas y las áreas médicas.</p> <p>Las leyes de adquisición de insumos para la salud en varias entidades no permiten incrementar la eficiencia de compra. Por ejemplo, en algunas entidades federativas se requiere el registro de los proveedores previamente a la participación en el concurso de licitación, sin embargo esto limita la concurrencia y competencia.</p> <p>Procesos de compra desfasados con el envío del presupuesto.</p> <p>Falta de interés de proveedores de participar en los procesos de licitación derivado de la complejidad de los procesos o porque los precios de referencia no son atractivos.</p> <p>Bajos precios de referencia de medicamentos de Causes.</p>



Fuente: Seguro Popular.³⁵

Figura 5.2.2. Porcentaje de claves de medicamentos adquiridos en función del precio de referencia del Causes del Seguro Popular

Por último, se reporta una desvinculación entre las áreas de adquisición de medicamentos (administrativas) y las áreas médicas que definen los volúmenes y seleccionan los medicamentos. Asimismo, no son claros los criterios de priorización de la selección de medica-

mentos a nivel estatal.²³ Para que esta etapa del Sisumed se ejecute de manera adecuada es indispensable contar con personal capacitado técnica y científicamente para elaborar y revisar la parte técnica de la adquisición de medicamentos. También es necesario contar con herramientas metodológicas robustas para realizar los cálculos de la estimación de la demanda.

Etapa de almacenamiento de los medicamentos

Esta etapa del Sisumed implica los procesos de recepción, resguardo y disponibilidad de los medicamentos en las cantidades y condiciones adecuadas. Algunos de ellos están normados a nivel federal pero se han encontrado abundantes problemas a nivel local, sobre todo en las condiciones de resguardo y en la disponibilidad. La disponibilidad ha sido evaluada con frecuencia y los resultados indican deficiencias. En términos ideales toda esta etapa debe basarse en procesos administrativos de gestión técnico-administrativa especializados, con procedimientos estandarizados que garanticen el correcto

funcionamiento y eviten la presencia de mermas, robo o caducidad. No parece ser ésta la realidad, según veremos a continuación.

Funcionamiento, actores y coordinación en la etapa de almacenamiento de los medicamentos

La entrega de los productos adquiridos depende de los términos establecidos en la adquisición; puede ser en los almacenes centrales/jurisdiccionales o en los puntos de consumo (farmacia/paciente). En el modelo sin participación privada el almacén central es el sitio donde se concentran, reciben y resguardan estos insumos.

El resguardo de los medicamentos debe considerar aspectos regulatorios relacionados con condiciones especiales de conservación y seguridad en su manejo. Toda or-

ganización pública o privada debe garantizar estas condiciones en apego a las normas establecidas.* Sin embargo el funcionamiento del almacén público o privado se administra de manera diferente en cada entidad federativa y la eficiencia depende de la capacidad organizativa del Sesa o de la empresa privada. El cuadro 5.2.9 resume los principales aspectos de funcionamiento, normatividad y responsabilidades de esta etapa del Sisumed.

El funcionamiento correcto de las etapas y fases anteriores determina la disponibilidad de medicamentos en la cantidad y condiciones adecuadas para contribuir a resolver los problemas de salud de la población. Sin embargo, a los condicionantes que hemos visto en las etapas anteriores se añaden problemas específicos en el almacenamiento que dificultan también la disponibilidad.

Problemas que afectan el almacenamiento de medicamentos

Se han documentado problemas relacionados con: i) presencia de condiciones deficientes de las áreas físicas; ii) manejo deficiente o inexistencia de reglamentos y guías de procedimientos; iii) inexistencia de meca-

* La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) se encarga de la vigilancia del cumplimiento. El espacio y la infraestructura del almacén, y otras condiciones tales como la iluminación, temperatura y humedad, ventilación, higiene y organización son determinados por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM), así como la calidad del medicamento que se entrega a los pacientes.

Cuadro 5.2.9. Funcionamiento, los actores y coordinación del almacenamiento

Componente	Descripción
Funcionamiento	Los medicamentos se reciben y guardan en almacenes centrales, jurisdiccionales y de los centros de salud. Esto depende de la negociación que se haya realizado con los proveedores durante la adquisición (entrega a almacenes centrales o puntos de consumo)
Actores	Sólo participación pública: Responsable de los almacenes estatales o jurisdiccionales Responsable del almacén o farmacia en el centro de salud Participación privada: Empresa privada adjudicada en esta etapa del proceso
Coordinación	Ley General de Salud Reglamento de Insumos para la Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2006, Buenas Prácticas de Fabricación para Establecimientos de la Industria Químico Farmacéutica Dedicados a la Fabricación de Medicamentos (modifica a la NOM-059-SSA1-1993, publicada el 31 de julio de 1998). Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud.
Tiempos	El tiempo de almacenamiento de cada medicamento es variable y depende de la rotación de inventario, la logística de distribución y la demanda que requieran en cada unidad médica.

nismos adecuados para evitar la caducidad, el robo y la merma de medicamentos, y iv) baja capacitación y alta rotación de los encargados.^{23,38} Todo ello desemboca en problemas constantes en la disponibilidad de los medicamentos requeridos. Los problemas encontrados se listan en el cuadro 5.2.10.

Por lo general algunos almacenes estatales no cuentan con las condiciones para asegurar el adecuado almacenamiento y resguardo de los medicamentos. Algunos almacenes funcionan en bodegas industriales sin las condiciones adecuadas. En las UMPNA se observan problemas relacionados con la temperatura, humedad, iluminación y ventilación de los espacios de resguardo. Esto resulta especialmente grave en las unidades que no cuentan con almacén y en las que funcionan como almacén provisional sitios que son totalmente inadecuados.³⁶

Otro problema detectado es la escasa prevención de la caducidad y el uso de sistemas poco desarrollados para su control. Una debilidad importante es la pobre disponibilidad de recursos informáticos. Se ha reportado que con frecuencia las UMPNA no aceptan la responsabilidad de manejar los medicamentos próximos a caducar y no conocen el porcentaje de medicamentos caducados.²³ Por otra parte en las jurisdicciones no hay procedimientos claros para cubrir faltantes en las UMPNA y se surten claves no requeridas.³⁷ Una consecuencia adicional al problema de disponibilidad de medicamentos es la ineficiencia por el gasto en medicamentos que caducan.

Cuadro 5.2.10. Problemas relacionados con el almacenamiento de medicamentos

Falta de mecanismos adecuados para evitar la caducidad, el robo y la merma de medicamentos.

Deficiente manejo o inexistencia de reglamentos y guías de procedimientos.

Presencia de condiciones deficientes de infraestructura de las áreas físicas.

Baja capacitación y alta rotación de los encargados.

Falta de recursos informáticos y sistemas poco desarrollados.

Baja responsabilidad de encargados para control adecuado de los medicamentos almacenados y caducidades.

Surtimiento a las UMPNA de medicamentos no solicitados.

Disponibilidad de medicamentos como indicador de la etapa de almacenamiento.

En las evaluaciones sobre medicamentos realizadas en el sistema público de salud se utilizó como indicador la disponibilidad de medicamentos, tanto en almacenes centrales y jurisdiccionales como a nivel de las UMPNA. La medición se basa normalmente en la selección de medicamentos trazadores (tomados de la lista de referencia) y su conteo físico en el anaquel en el momento de la visita de inspección. Es una condición previa al surtimiento al paciente que en todo caso debe evaluarse por separado.

En el cuadro 5.2.11 aparecen como ejemplo los resultados de disponibilidad de una muestra de medicamentos en los almacenes del estado de Morelos en 2010, en los que se encontró disponibilidad deficiente y una

Cuadro 5.2.11. Porcentaje de disponibilidad de medicamentos a nivel estatal y de las jurisdicciones 1, 2 y 3 del estado de Morelos, 2010

Medicamento	Estatal	J1	J2	J3
Analgésicos antipiréticos				
Ácido acetil salicílico, tableta de 500mg	80.8	84.2	100	65.0
Paracetamol, tableta de 500mg	84.6	89.5	75.0	85.0
Paracetamol, solución oral con 100mg/mL	64.7	61.1	75.0	55.0
Diclofenaco, cápsulas o grageas de 100mg	32.0	38.9	25.0	26.3
Naproxeno, tableta con 250mg	67.3	73.7	62.5	55.0
Antiácidos				
Aluminio y magnesio, suspensión oral	86.5	84.2	87.5	85.0
Ranitidina, tableta de 150mg	51.9	26.3	87.5	55.0
Omeprazol, tableta de 20mg	30.8	21.1	50.0	15.0
Antihistamínicos				
Clorfenamina, tableta con 4mg	57.7	63.2	37.5	50.0
Clorfenamina, jarabe 0.5mg/mL	44.2	63.2	62.5	15.0
Broncodilatadores				
Salbutamol, aerosol con 20mg	44.2	21.1	75.0	55.0
Salbutamol, jarabe con 2mg/5mL	62.7	55.6	62.5	60.0
Beclometasona, suspensión en aerosol 10mg/inhalador	11.8	5.6	12.5	15.0
Hipoglucemínicos				
Glibenclamida, tableta con 5mg	94.2	94.7	100	90.0
Metformina, tableta con 850mg	88.5	89.5	100	85.0
Insulina humana de acción intermedia NPH inyectable 100UI/mL	82.7	84.2	100	75.0
Insulina humana acción rápida regular solución inyectable de 100UI frasco de 10mL	17.3	10.5	37.5	20.0

Fuente: Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Sesenta propuestas para el fortalecimiento de la atención primaria a la salud en los Servicios Estatales de Salud. 2010.

variabilidad considerable en el tipo de medicamentos. Estos resultados coinciden con los resultados de otros estudios a nivel nacional que han reportado una disponibilidad de medicamentos problemáticamente baja en las UMPNA (menor al 35% de un listado de 264 claves del cuadro básico de medicamentos).* Una consecuencia inmediata y evidente es la merma de capacidad resolutoria de las UMPNA. En el caso de la Diabetes Mellitus, por ejemplo, se encontró que la tercera parte de las unidades evaluadas contaba con 4 de las 6 claves para el manejo y control ambulatorio de pacientes y que cerca de 5% de las UMPNA no contaba con medicamento alguno.³⁷

Etapa de distribución de medicamentos

El proceso de distribución debe considerar las distancias y ubicaciones geográficas de las unidades médicas. En algunos casos, los Sesa cuentan con infraestructura para seguir una línea de distribución desde un almacén central hacia los jurisdiccionales y de ahí a los puntos de consumo (UMPNA u hospitales). En otros casos han optimizado entregas directas de los proveedores de medicamentos a los puntos de consumo. Esta es la etapa del Sisumed que cuenta con mayor participación privada pero no hay evaluaciones rigurosas que comparen la eficiencia de uno y otro modelo. El proceso está sujeto a

* El estudio clasificó a la unidades de acuerdo a si estaban acreditadas o no. El mayor abasto fue en unidades acreditadas con 34%, mientras que en unidades no acreditadas fue 30% de las claves evaluadas.

normas federales y los problemas encontrados se relacionan en algunas ocasiones con la infraestructura necesaria y con la falta de supervisión de las empresas privadas y la falta de lineamientos claros para orientar este proceso.

Funcionamiento, actores y coordinación de la etapa de distribución de medicamentos

Las UMPNA informan de sus existencias, consumos y necesidades mensuales a las jurisdicciones por medio de un formato especial. Las jurisdicciones concentran y procesan la información y comunican las necesidades de cada centro al área de control de abasto y al almacén central. Este distribuye los medicamentos a las UMPNA mediante visitas periódicas, por lo general semanales. Estas visitas, según las fuentes, son cada vez más eficientes. Cuando la UMPNA carece de recursos electrónicos la requisición de medicamentos se hace de manera manual a través del llenado de formatos. Las solicitudes se concentran y se verifican en el almacén y el jefe de abasto se encarga del envío. Este proceso se lleva a cabo siguiendo normas y procedimientos estandarizados. El cuadro 5.2.12 resume el funcionamiento y otras características de esta Etapa.

Por otra parte, para la distribución de medicamentos del proveedor hacia los almacenes, sub-almacenes, o puntos de consumo es necesario considerar diversos aspectos regulatorios relacionados con la preservación de estos insumos en cuanto a condiciones especiales de

Cuadro 5.2.12. Funcionamiento, actores y coordinación de la distribución de medicamentos

Componente	Descripción
Funcionamiento	La distribución de medicamentos se negocia en el momento de la adquisición de los medicamentos y existen diferentes modalidades para la entrega tales como entrega a nivel central o jurisdiccional y entrega directamente a las UMPNA (puntos de consumo). En esta etapa por lo general participan distribuidores privados
Actores	Departamento de Recursos Materiales Responsable del almacén o farmacia en el centro de salud Director de la UMPNA
Coordinación	Manuales de procedimientos internos Logística de distribución Acuerdos de entrega con los proveedores (estatal, jurisdiccional o UMPNA)
Tiempos	Calendarios de entrega programados

conservación y seguridad en su manejo. Toda organización pública o privada debe garantizar el apego a las normas establecidas con el objetivo de asegurar la estabilidad y la eficacia de los medicamentos.

Problemas que afectan a la calidad de la etapa de distribución de medicamentos

La distribución de los medicamentos a las UMPNA o lugares de dispensación precisa de una planeación adecuada con sistemas logísticos que utilicen datos relativos para cada zona geográfica. Las condiciones geográficas de algunas jurisdicciones, la inadecuada zonificación y la madurez del sistema de información son tres factores que dificultan, retrasan y encarecen la entrega oportuna de medicamentos a las UMPNA. En el modelo sin participación privada se ha documentado carencia de infraestructura física de alto costo, por ejemplo camionetas en buenas condiciones para llegar a los lugares lejanos o poco accesibles.²³

En la última década se ha permitido la participación del sector privado en algunas etapas del Sisumed, sobre todo en la distribución y surtimiento de recetas,* para resolver problemas derivados de la logística y el abasto. Esta alternativa, sin embargo, no está suficientemente evaluada. Algunas entidades federativas refieren que existen problemas causados por planeación incorrecta, corrupción, malos manejos, sobrepuestos y supervisión limitada del trabajo de los proveedores. Esto puede traducirse en el incumplimiento de los compromisos del proveedor (por ejemplo, surtir presentaciones diferentes a las contratadas) y ocasionar pérdidas económicas y fallas en el surtimiento de las recetas. Asimismo, se mencionan problemas posiblemente derivados de la ausencia de lineamientos federales para orientar el proceso,³⁸ tales como falta de transparencia en los procesos de licitación e incumplimientos sin sanción. Estos problemas se resumen en el cuadro 5.2.13 de acuerdo al modelo.

Etapa de uso racional de los medicamentos

El uso racional de los medicamentos incluye la adecuación de diagnóstico y prescripción, la dispensación y el

* Existen dos posibilidades de entrega de los medicamentos por parte de los proveedores: a) en el primer caso las empresas envían los medicamentos a las UMPNA, en donde son prescritos y entregados a los usuarios, ya sea por el personal de farmacia empleado por los Sesa o por personal de las empresas ubicados en los centros de atención; b) en el segundo caso la prescripción se realiza en las UMPNA pero los medicamentos se entregan fuera de ellos, generalmente en farmacias privadas administradas por el distribuidor.

Cuadro 5.2.13. Problemas relacionados con los procesos de distribución de medicamentos

En el modelo exclusivamente público:

Falta de evaluación rigurosa de los costos por unidad distribuida y baja eficiencia.

Carencia de infraestructura de alto costo para la distribución.

En el modelo con participación de empresas privadas:

Falta de supervisión a las empresas privadas.

Falta de sanciones y de transparencia.

Falta de lineamientos federales para orientar el proceso.

consumo apropiado. Esta sección no discute el uso racional relacionado a la prescripción, el cual se aborda en el componente 4 de regulación y estándares.

La mayoría de los datos existentes se refieren a la dispensación, sobre todo en relación al porcentaje de recetas completamente surtidas y, en mucha menor medida, a factores relacionados con el consumo apropiado por parte de los pacientes. Esta etapa del Sisumed es la que más implica al personal clínico que presta servicio directo al paciente. Los problemas principales se derivan de su grado de capacitación al paciente para el uso racional de los medicamentos, un aspecto importante de la Capacidad Organizacional para proveer servicios.

Dispensación de medicamentos: funcionamiento, actores y coordinación

La dispensación es el acto profesional de proporcionar medicamentos a un paciente, por lo general como respuesta a una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto el personal capacitado informa y orienta al paciente sobre el uso correcto de dicho medicamento. Los elementos importantes de esta orientación son énfasis en el cumplimiento del régimen de dosificación, influencia de los alimentos, interacción con otros medicamentos, reconocimiento de posibles reacciones adversas y condiciones de conservación del producto. Con ello se refuerza o complementa la información que haya facilitado el profesional que prescribió la receta.

La dispensación de medicamentos (cuadro 5.2.14) descrita en el párrafo anterior por lo general no existe

Cuadro 5.2.14. El funcionamiento, los actores y la coordinación responsable para la dispensación de medicamentos

Componente	Descripción
Funcionamiento	En las UMPNA se limita a entregar una cantidad determinada de medicamentos al paciente contra una receta, sin cubrir otros aspectos de la dispensación
Actores	Enfermeras y médicos Personal técnico
Coordinación	Cofepris para capacitación a personal técnico dispensador de farmacia (legislación sanitaria principalmente). <i>Suplemento de la FEUM</i> para normatividad y buenas prácticas de dispensación
Tiempos	Una vez que se presenta la receta y se cuenta con los medicamentos disponibles en la UMPNA

en las UMPNA, ya sea por falta del personal capacitado en la dispensación o por no incluir los elementos necesarios en la orientación del usuario. Al parecer esta dispensación sólo se ha implementado a nivel hospitalario y con medianos avances. Por lo general el surtimiento de la receta en los Sesa está a cargo de la enfermera o de personal técnico quien se limita a entregar el medicamento al paciente. La Cofepris proporciona cierta capacitación al personal técnico de farmacia y la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) establece normatividad y aporta información sobre buenas prácticas de dispensación.

Problemas que afectan a la calidad de la dispensación de medicamentos

La carencia de personal capacitado para la dispensación en todos sus aspectos ha sido ampliamente documentada. Las actividades de capacitación de la Cofepris parecen ser insuficientes. También subsisten como problemas identificados, tanto en el ámbito privado de la tercerización como en el público, la falta de seguimiento al paciente crónico por parte del personal de farmacia y la falta de un sistema para el manejo seguro de la dispensación.³⁸ Estos problemas identificados aparecen en el cuadro 5.2.15.

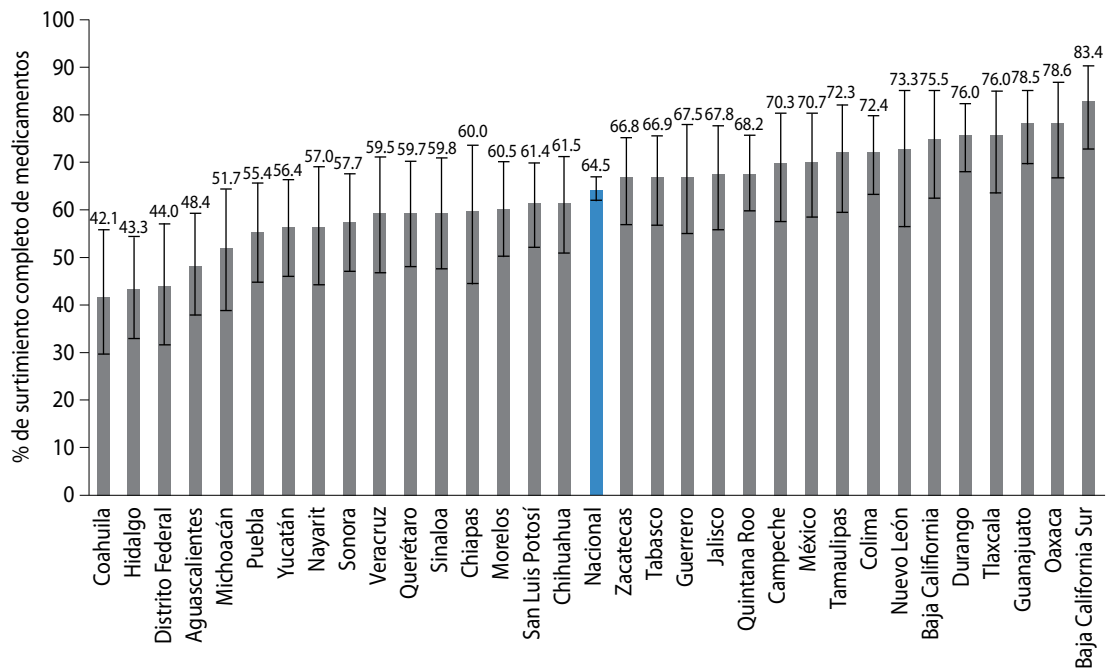
El porcentaje de surtimiento de recetas ha sido reportado en diversos documentos y evaluaciones que se basan en diferentes fuentes de información (auto-reporte del estado, evaluación externa, etcétera). La fuente más representativa a nivel nacional que permite la medición comparativa entre instituciones es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). Los últimos resultados (Ensanut 2012) muestran que a nivel

Cuadro 5.2.15. Problemas relacionados con la dispensación de medicamentos

- Falta de recursos humanos capacitados para la dispensación,
- Falta de seguimiento de pacientes crónicos por parte de la farmacia,
- Falta de sistema para asegurar el manejo seguro de la dispensación (criterios de certificación del Consejo de Salubridad General y la Joint Commission International Accreditation)*
- Déficit en el porcentaje de recetas completamente surtidas (media de 64.5% según la Ensanut 2012).

* Joint Commission International Accreditation es una institución non gubernamental sin fines de lucro ubicada en los Estados Unidos que acredita instituciones de salud y define estándares de atención.

nacional el surtimiento completo de recetas médicas en las UMPNA no alcanza los niveles deseables y es inferior al de los Sesa en general y al de las instituciones de seguridad social. Los usuarios de estas últimas reportan un surtimiento completo de 86.5%, frente a 66.9% de los usuarios de los Sesa y 64.5% de las UMPNA. Los resultados de Ensanut 2012 muestran también la heterogeneidad existente entre entidades federativas (figura 5.2.3). Esa heterogeneidad se refleja en cifras que van desde porcentajes inferiores a 50% en cuatro entidades federativas (Coahuila, Hidalgo, DF y Aguascalientes, con 42.1%, 43.3%, 44.0% y 48.4%, respectivamente) a 83.4 % en Baja California Sur. Si bien a nivel nacional la situación del surtimiento de recetas en las UMPNA mejoró y el porcentaje de los usuarios que tienen que pagar por sus medicamentos disminuyó en el último sexenio (de 44.5% en 2006 al 35.3% en 2012), la situación sigue siendo muy mejorable.³⁹



FUENTE: Resultados de la Ensanut 2012.

Figura 5.2.3. Porcentaje promedio de recetas completas surtidas reportado por los usuarios de los UMPNA de las entidades federativas, 2012

Consumo apropiado por parte del paciente

El consumo apropiado se relaciona en primer lugar con la información recibida sobre el uso del medicamento. Como se ha mencionado, este componente de la dispensación es deficiente y está escasamente evaluado (5.2.16). El aspecto al que se presta más atención es sobre el reporte de acontecimientos adversos asociados a medicamentos, que solicita la Cofepris como tarea conjunta de todos los profesionales de salud (Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos, RAM). No hemos encontrado una evaluación del alcance real, cobertura o impacto de este mecanismo de reporte de reacciones adversas a medicamentos por los profesionales de salud en el nivel de la prestación de los servicios. Por otro lado, la relevancia del consumo apropiado está incluida en los estándares de certificación del Consejo de Salubridad General.

En relación a la información que recibe el paciente por parte de los médicos y enfermeras, 83.3% de los usuarios de los servicios médicos de estas unidades, afirmaron que durante la consulta le explicaron cómo tomar los medicamentos.²⁵ Se desconoce, sin embargo,

si esa explicación es suficiente y apropiada. Algunas evaluaciones han utilizado otros indicadores de consumo apropiado, en especial la adherencia al tratamiento, con resultados relativamente satisfactorios. Por ejemplo, 92.2% de los pacientes diabéticos refiere que toma

Cuadro 5.2.16 Problemas encontrados relacionados con el consumo apropiado de medicamentos

Deficiente información sobre el uso de medicamentos (inserto dirigido al paciente/consumidor).

Escasa información sobre el desempeño del centro de información sobre medicamentos.

Falta de evaluación sobre la adecuación de la información recibida por el paciente.

Escasa o nula evidencia sobre seguimiento de la farmacoterapia del paciente.

Falta de personal profesional capacitado para dar información sobre el uso correcto de los medicamentos.

Sistema de vigilancia de los Acontecimientos Adversos por Medicamentos escasamente evaluado y utilizado a nivel operativo.

medicamentos para su control y 94.5% reporta buena adherencia al tratamiento. Sin embargo, resalta que cerca de 75% de esos pacientes no se les ha cambiado la medicación desde el inicio de su tratamiento.²⁵ Ese cambio puede ser necesario por la evolución de la enfermedad, lo que nos lleva de nuevo a la importancia de considerar también la adecuación de diagnóstico y tratamiento para valorar mejor el nivel de uso racional de los medicamentos. En este mismo estudio se encontró que 10% de las UMPNA visitadas no contó con el listado del cuadro básico de medicamentos y sólo la mitad contó con un documento que explique la farmacología y posología de los medicamentos.²⁵

Procesos de apoyo y administración

En este apartado se incluye el sistema de información para medir el funcionamiento del Sisumed para tomar decisiones que ayuden a la mejora de los procesos, la cantidad y adecuación de los recursos humanos que lo hacen funcionar y los aspectos relativos a un financiamiento suficiente, oportuno y sostenible. Es por tanto central y transversal en relación a todas las etapas del Sisumed. Sin embargo, la situación encontrada es muy mejorable en cualquiera de los aspectos considerados. Los principales problemas se resumen en el cuadro 5.2.17.

Sistema de información para el funcionamiento del Sistema Integral de Suministro de Medicamentos

Actualmente existen múltiples sistemas de información para administrar cada etapa del Sisumed los cuales es-

tán desarticulados entre sí, aunque se han realizado avances importantes en algunas entidades federativas.

A nivel nacional se cuenta con un sistema de información con el nombre técnico de CESMed. Es una aplicación informática en línea que permite captar información sobre compras y planeación de las principales entidades e instituciones del sector salud. Se basa en el CBCM emitido por el CSG, de manera que se retroalimenta a las entidades e instituciones participantes para poner a su consideración comparativos de precios y posibilidades de ahorro de adquirir en forma consolidada, entre otros aspectos.

Por otra parte, en años recientes se han hecho esfuerzos importantes a nivel estatal para mejorar la información de utilidad sobre gestión de los medicamentos. Por ejemplo, en 2010 la Secretaría de Salud de Oaxaca implementó un sistema de información para recuperar la información que se genera en la receta y utilizarla para retroalimentar los diversos procesos de su abasto, en específico para pronosticar la necesidad de medicamentos. Otra experiencia a nivel estatal es el Sistema Informático para el Control del Abasto que se implementó en Coahuila en 2009. El sistema proporciona una plataforma en la que se registran y automatizan operaciones directas del abasto tales como requisiciones de insumos, autorización, distribución, determinación de necesidades y compra de medicamentos. También sirve como apoyo para la toma de decisiones a nivel ejecutivo.

Lo que predomina a nivel general, sin embargo, es una evidente desarticulación entre los diversos sistemas de información existentes. Los tomadores de decisiones prefieren utilizar los sistemas de informa-

Cuadro 5.2.17 Problemas en los elementos de apoyo a la gestión y funcionamiento del Sistema Integral de Suministro de Medicamentos

Componente	Problemas identificados
Sistema de información	Ausencia de captura de información para evaluar la eficiencia del Sisumed de manera comprensiva Diversidad de sistemas de información con poca compatibilidad que permita la transferencia de datos a otros sistemas Falta de la utilización de datos recolectados rutinariamente para la toma de decisión de mejorar el Sisumed en todos los niveles (federal, estatal y UMPNA)
Recursos humanos	Alta rotación del personal que requiere una inversión continua en la capacitación de nuevo personal contratado Insuficiente capacitación continua del personal involucrado en el Sisumed Insuficiencia de personal administrativo-técnico con perfiles adecuados
Financiamiento	Transferencia de los recursos del nivel federal al nivel estatal con retrasos que resultaron en que no están disponible al principio del año fiscal Insuficientes recursos para cubrir las necesidades en términos de medicamentos Asignación desvinculada de los cumplimientos de las metas establecidas

ción locales para gestionar sus procesos mientras que no toman en cuenta los sistemas a nivel nacional para sus planes de trabajo anuales. Tampoco parece haber demanda de información del desempeño del Sisumed desde las UMPNA y se ha documentado que existe desconocimiento de la utilidad de los datos, probablemente a causa de la falta de capacitación y alta rotación del personal.

Recursos humanos para el funcionamiento del Sisumed

Como en cualquier otra actividad de los servicios de salud, el funcionamiento correcto del Sisumed requiere de personal capacitado y con liderazgo para realizar los procedimientos correspondientes a cada nivel de responsabilidad. Existen diversas iniciativas para lograrlo, pero son insuficientes y no siempre están enfocadas de manera directa a una mejor gestión de suministro de medicamentos. Entre estas iniciativas se cuentan las de la Dirección General de Planeación y Desarrollo del Sector (DGPlaDeS), la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

La DGPlaDeS asesora y capacita al personal administrativo que participa en los procesos de planeación, adquisición y distribución de los medicamentos mediante reuniones nacionales, manuales y capacitación presencial o a distancia.

La Cofepris se encarga de capacitar al personal que surte medicamentos en las farmacias, principalmente en el marco regulatorio-normativo que rige esta actividad.

La DGCES realiza la capacitación del personal médico y de enfermería en los componentes que impactan en calidad de la atención y seguridad del paciente incluyendo GPC, protocolos de atención, normas oficiales mexicanas y uso racional de medicamentos, entre otros.

Por último, el SP ha introducido el gestor de servicios de salud en los Sesa, encargado de la supervisión del manejo y uso de medicamentos a nivel estatal entre otras actividades administrativas de la operación.⁴⁰

Con todo, se han identificado tres problemas principales relacionado a con los recursos humanos que dificultan una adecuada gestión del Sisumed: 1) carencia de personal administrativo-técnico-operativo con el perfil adecuado, 2) escasez e insuficiencia de capacitación continua y 3) alta rotación del personal.

Financiamiento del Sisumed

El financiamiento se establece de forma general mediante la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos de la Federación, instrumento legal propuesto anualmente por el presidente de la República y aprobado por la Cámara de Diputados. La Ley de Ingresos establece el cálculo de todos los recursos que deberán recaudarse durante el año por concepto de impuestos, derechos, productos, aprovechamientos, emisión de bonos y préstamos, entre otros. Por su parte, el presupuesto de egresos determina cuánto, cómo y en qué se gastaran los recursos públicos de la federación. La Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria* establece que, para la administración y ejercicio del gasto, los recursos son distribuidos a las entidades o instituciones públicas de acuerdo a cuatro ramos presupuestarios generales y otros específicos. La principal fuente de financiamiento para la compra de medicamentos e insumos por parte de los Servicios Estatales de Salud tradicionalmente ha sido el presupuesto federal –a través de los ramos 12 y 33[‡]– y en menor escala los propios gobiernos estatales. En años recientes un volumen cada vez más considerable de recursos proviene del presupuesto del SP. Las instancias responsables de la gestión de estos presupuestos en las entidades federativas son las áreas de programación y presupuesto de los Sesa. Así pues los actores principales incluyen a la Secretaría de Hacienda, la Secretaría de Salud y las secretarías estatales de Salud.

Los principales problemas en el financiamiento encontrados son de tres tipos. En primer lugar, la transferencia de los recursos a las entidades federativas se produce con retrasos de tres y hasta 10 meses.²³ En segundo lugar, la asignación está desvinculada de las metas de desempeño de cada entidad federativa, con el riesgo de desincentivar la mejora de procesos e incumplir los objetivos establecidos para el Sisumed.³⁸ Tercero, y como factor especialmente relevante, varios estudios

* DOF. Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal (año). Disponible en: <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/ptp/contenidos/?id=54&group=Acceso&page=3.%20Presupuestaci%C3%B3n%20-%20Proceso%20Presupuestario>

‡ Existe la Propuesta de Reforma Hacendaria (PRH): Si se elimina el Ramo 33 el presupuesto para la adquisición de medicamentos se unificará a nivel central y la compra se centralizará. Las Etapas de Estimación de las Necesidades, la Distribución y Almacenamiento se realizaría a nivel estatal al Nivel Estatal y la Adquisición a Nivel Federal (Sep 8 2013, Secretaría de Gobernación).

documentaron que el gasto público y el gasto total en medicamentos son bajos considerando las necesidades de salud y el desarrollo del país. El indicador del gasto por beneficiario del SP permite comparar la inversión por entidad federativa en la provisión de medicamentos. En el primer trimestre de 2009 cada entidad gastó por familia, en promedio, 77.53 pesos con un rango de 1.48 pesos en Hidalgo hasta 408.61 pesos en Chihuahua.*³⁵ Un gasto menor al umbral establecido puede indicar subutilización y un gasto mayor puede indicar ineficiencias. En 2007 el gasto promedio en medicamentos en los países del OCDE fue 479 dólares mientras que en México fue 198 dólares. Por último, dado que cada vez más recursos provienen del presupuesto del SP, los servicios de salud para población no afiliada operan en condiciones de desigualdad. Existe un estímulo importante así como financiamiento y apoyo político directo para la atención adecuada a los afiliados del SP, lo cual no sucede para el resto de pacientes.

El cuadro 5.2.17 resume los principales problemas encontrados en relación al sistema de información, recursos humanos y financiamiento como elementos transversales de apoyo a las diversas etapas del Sisumed.

Discusión

Los indicadores que se han utilizado tradicionalmente como trazadores de desempeño del Sisumed en México son la disponibilidad de medicamentos del cuadro básico o del Causes en el momento de la inspección y el surtimiento de una muestra de recetas completas de medicamentos de las unidades médicas. Estos aspectos son importantes, pero es indispensable tomar en cuenta la interdependencia de todas las etapas del sistema de suministro. El descuido de estas vinculaciones –hecho evidente en varios diagnósticos previamente publicados– puede resultar en diseño de intervenciones que lleven a un funcionamiento sub-óptimo y menos eficiente de Sisumed.⁴¹ En este estudio hemos realizado un acercamiento integral que evidencia las deficiencias en cada una de las etapas a la luz de los datos existentes.

Algunos aspectos que inciden en el funcionamiento del Sisumed están fuera del alcance directo de la SSA. Dependen de la Secretaría de Economía (otorga-

miento de patentes y vigilancia de las licitaciones de insumos para la salud a través de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria) y de la Secretaría de Hacienda (regulación de los precios de medicamentos con patente), lo que contribuye aún más a la fragmentación del funcionamiento del sistema. Además del marco regulatorio, otros factores del mercado farmacéutico influyen en que en ocasiones las entidades federativas reportan que numerosas claves de medicamentos quedan desiertas en las licitaciones, lo que dificulta la compra eficiente de medicamentos a nivel estatal.

De todas formas el aspecto más destacable del estudio realizado es la identificación de los numerosos problemas específicos que afectan la calidad del Sisumed en todas y cada una de sus etapas, tal como se resume a continuación.

Se identificaron problemas a nivel federal (etapa de selección) y a nivel estatal (estimación de las necesidades y adquisición, almacenamiento y distribución y uso racional de los medicamentos). Los problemas aparecen de manera recurrente en las fuentes consultadas, lo cual muestra consistencia en los hallazgos reportados y su priorización.

De manera general, destaca la fragmentación del Sistema que resulta en la desvinculación y la falta de coordinación entre las diferentes etapas. Destacan también el ejercicio de rectoría deficiente, escasa capacitación de los recursos humanos que tienen responsabilidades relacionadas con el suministro y desajustes evidentes del marco legal y de políticas institucionales para incrementar la eficiencia del Sisumed.

Además, al partir de diversos diagnósticos anteriores del suministro de medicamentos, este estudio encontró la convergencia de ineficiencias en el Sisumed y una calidad de la atención que no responde a las necesidades de la salud de la población vulnerable. Asimismo, algunas aproximaciones previas descuidaron aspectos muy relevantes en el diseño de las estrategias para mejorar el desempeño y garantizar un impacto positivo en la salud de la población. Entre los aspectos principales del Sisumed que se olvidaron o se abordaron de manera aisladas están:

- Selección de medicamentos con base en las guías de práctica clínica y los protocolos de atención.
- Desperdicio de recursos por precios altos de compra, distribución y almacenamiento, condiciones dañinas y la caducidad del producto.

* El estudio reporta que estas diferencias pueden ser atribuibles a la necesidad de contar con un mejor sistema de información reportada por las entidades.

- Capacidad del personal de las unidades médicas que requiere un entrenamiento y una inversión de recursos continúa.
- Necesidad de supervisión y retroalimentación del médico en la farmacoterapia con base en las guías de práctica clínica.
- Necesidades de sistemas de información actualizados y eficientes.
- Información sobre medicamentos disponible para el usuario para mejorar su capacidad en el manejo de las enfermedades crónicas.
- Prevención de errores de medicación (prescripción, dispensación y uso) y promoción de la seguridad del paciente
- Monitoreo rutinario de la calidad de prescripción y de los resultados de salud de los pacientes.

Una de las principales brechas identificada, transversal a las fases del Sisumed, está relacionada con la rectoría efectiva que incluye partes como el sistema de información, supervisión y retroalimentación sobre el desempeño, estímulos que incentivan un alto desempeño y adherencia a las buenas prácticas del Sisumed y liderazgo institucional.

Conclusión

Los problemas en el suministro de medicamentos en el sistema de salud mexicano en general y para las UMPNA de los Sesa en particular persisten a través el tiempo. Las condiciones del sector que se han descrito dificultan la operación homogénea del Sisumed, lo que disminuye la capacidad de desarrollar programas de gestión de calidad que aseguren los resultados en salud y la satisfacción del usuario. Es necesario desarrollar una serie de estrategias integrales para mejorar el desempeño del Sisumed para la población atendida en las UMPNA de los Sesa en México. Este diagnóstico provee un paso relevante en esa dirección.

Referencias

1. World Health Organization. The selection of essential medicines. Ginebra: WHO, 2002.
2. World Health Organization. Everybody's business: Strengthening Health Systems to improve health outcomes. WHO's Framework for action. Ginebra: WHO, 2007.

3. World Health Organization. How to develop and implement a national drug policy. Ginebra: WHO, 2001.
4. Cameron, A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet* 2009;373(9664):632-635.
5. Holloway C, van diejk L. Rational Use of Medicines. World Medicines Situation. World Health Organization, 2011.
6. Management Sciences for Health. Managing Access to Medicines and Health Technologies. (Third Edition) 2012. Washington, D.C.: MSH. Available on: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js19577en/>
7. OPS/OMS. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.
8. Reséndez C, Garrido F, Gómez-Dantés O. Disponibilidad de medicamentos en el primer nivel de atención de la Secretaría de Salud. *Salud Pública México*. 2000; 42: 298-308.
9. Wirtz VJ, Russo G, Kageyama-Escobar ML. Access to medicines by ambulatory health service users in Mexico: an analysis of the national health surveys 1994 to 2006. *Salud Publica Mex* 2010; 52(1):30-38.
10. Sesma-Vázquez S, Gómez-Dantés O, Wirtz VJ, Manuel Castro-Tinoco. Abasto, surtimiento y gasto de bolsillo en medicamentos en hospitales públicos de México en 2009. *Salud Publica Mex* 2011; 53(sup 4):470-479.
11. Wirtz VJ, Reich MR, Leyva R, Dreser A. Medicines in Mexico, 1990-2004: a systematic review of research on access and use. *Salud Publica Mex* 2008;50:5470-479.
12. González-Pier E, Barraza-Lorens M. Trabajando para la salud de la población. México, D.F.: Funsalud, 2011.
13. Díaz D, Lacielle B, Pérez M y Varela F. Salud: derechos, política y presupuesto públicos. Fundar. Centro de Análisis e Investigación 2012. Disponible en: <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/dsalud.pdf>
14. OPS/OMS. Logística del suministro de medicamentos. 1997
15. OPS/OMS, COHAN, MSH. Guía práctica para la planificación de la gestión del suministro de insumos estratégicos. Washington, D.C.: OPS; 2006.
16. OPS/OMS. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.
17. DOF-1983. Acuerdo mediante el cual se instituye el cuadro básico de insumos y se crea la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos.
18. DOF-2002. Acuerdo que establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica.
19. DOF-2009. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

20. Consejo de Salubridad General. Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. Dirección General Adjunta de Priorización. Guía para la conducción de estudios de evaluación económica para la actualización del cuadro básico de insumos del sector salud en México. 2008.
21. Catálogo universal de servicios de salud, Causes 2012. Comisión Nacional de Protección Social en Salud/ Seguro Popular. http://capacitacion.cnpss.gob.mx/CAUSES_2012.pdf
22. DOF-2012. Acuerdo que establece los Lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo universal de salud y al Fondo de Protección, por las entidades federativas con recursos transferidos, cuota social y de la aportación solidaria federal del Sistema de Protección Social en Salud.
23. Wirtz V, Candia Fernandez E, Soria Saucedo R. Resultados del taller: Propuestas para garantizar el acceso sostenible a la farmacoterapia de calidad: estrategias para su instrumentación
24. Sedesol. Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). Tomo II El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición. 2008
25. Ssa-INSP. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2009.
26. DOF: 23/08/2012. Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, publicado el 26 de febrero de 2008.
27. DOF. Reglas de Operación de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. 8 de junio 2010. Negociación 2011, Plan de trabajo
28. DOF. 2010. Acuerdo que establece los lineamientos para la adquisición de medicamentos asociados al Catálogo universal de servicios de salud por las entidades federativas con recursos del Sistema de Protección Social en Salud.
29. Granados-Cosme JA, Tetelboin-Henrion C, Garduño-Andrade MA, Rivera-Márquez JA, Martínez-Ojeda RH. Análisis cualitativo del abasto de medicamentos en México. Evaluación en los servicios a población no asegurada. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 4:S458-S469.
30. López-Moreno S, Martínez-Ojeda RH, López-Arellano O, Jarillo-Soto E, Castro-Albarrán JM. Organización del abasto de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud. Potenciales consecuencias de la mezcla público-privada. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 4:S445-S457.
31. Ssa. Criterios mínimos a considerar para la aplicación de procesos de tercerización y monitoreo de recetas. Ssa-DGPlaDes 2011.
32. Gómez-Dantés O, Wirtz VJ, Terrazas P, Reich MR, Ortiz M. A New Entity for the Negotiation of Public Procurement Prices for Patented Medicines in Mexico Lessons from the field. *Bulletin of the World Health Organization* 2012; 90(10):788-792.
33. Adesina A, Wirtz VJ, Dratler S. Reforming Antiretroviral Medicines Price Negotiations and Public Procurement: the Mexican experience. *Health Policy and Planning* 2013; 28:1-10.
34. Ssa. Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud. Documento en extenso.
35. Flores RJM y Murayama RC. Investigación documental a partir de la información publicada por las entidades federativas sobre la situación que guardan los precios de adquisiciones de los medicamentos asociados al Catálogo universal de servicios de salud (Causes) e identificación de las variables que permitan explicar el comportamiento de dichos precios en las entidades federativas. *Seguro Popular* 2010. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/gestion_servs_salud_2010/invstgn_medicamentos_causes.pdf
36. Ssa. Evaluación de los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud. Informe Final. México, DF: Diciembre 2008.
37. Ssa. Unidades del primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. Dirección General de Evaluación del Desempeño. 1a Edición 2009
38. Joint Comission International. Estándares para la Atención Primaria. 2008.
39. INSP. Surtimiento y gasto en el acceso a medicamentos en instituciones públicas: asignaturas pendientes. Cuernavaca, Mor.: INSP/SSa, 2012.
40. CNPSS. Manual de gestores de servicios de salud. Sistema de Protección Social en Salud.
41. WHO. Medicines strategy 2008-2013. Draft 8 (13 June 2008).

Subcomponente 5.3 Financiamiento de los servicios del primer nivel de atención de las secretarías de Salud estatales e incentivos para el desempeño/calidad

Introducción

En el marco conceptual de la cobertura universal de salud, el financiamiento de los servicios de salud es un elemento que en conjunto con la accesibilidad y calidad de los servicios permite asegurar la salud de la población. Es decir, si no hay protección financiera podría no haber accesibilidad a servicios disponibles y de calidad. De igual manera, las restricciones de recursos podrían mermar la capacidad resolutoria de los servicios.

El financiamiento de los servicios de salud tiene una doble relación con su calidad. En un sentido directo, la capacidad resolutoria de los servicios se basa en su estructura (espacios, equipamiento, personal, etcétera), la cual depende de los recursos existentes. Por otro lado, la utilización de los servicios y la posibilidad de que su calidad se traduzca en resultados de salud puede estar mediada por el costo para los usuarios. Es decir, pueden existir barreras financieras para el uso de los servicios.

Las funciones del financiamiento de los servicios de salud en el marco propuesto por la Organización Mundial para la Salud (OMS) buscan asegurar la obtención de recursos mediante esquemas de prepago que eliminen las barreras financieras, así como generar incentivos adecuados para los proveedores para maximizar la capacidad resolutoria de los servicios.²

Estas funciones de financiamiento se establecen a un nivel macro que engloba los diversos niveles de atención pero en muchos casos operan de manera diferente para cada nivel. Es decir, los mecanismos de financiamiento pueden asegurar el acceso a los servicios básicos pero no necesariamente a intervenciones complejas.

En el caso mexicano, desde 1983 el derecho a la protección de la salud quedó formalizado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que ha dado lugar a una serie de reformas y procesos subsecuentes para hacerlo operativo.

El sistema de salud mexicano se desarrolló a partir del supuesto de que la industrialización del país generaría empleos con prestaciones, por lo que la cobertura de protección en salud se asoció a la condición de empleo. Es decir, se establecieron servicios de salud en un esquema público con pre-pago para los trabajadores en el

sector formal de la economía. El desarrollo económico real del país, distanciado de las proyecciones, generó un escenario en el que una proporción elevada de la población estaba en la economía informal y expuesta a impactos económicos relacionadas con gastos excesivos en salud que a su vez generaban empobrecimiento.

La situación general de la economía –crecimiento limitado y rezago en la formalización de la actividad económica– y la evidencia del peso del gasto en salud, en particular en el segmento expuesto a gastos excesivos o catastróficos, confirmaron el diagnóstico sobre el principal reto del sector salud: establecer un esquema de separación de funciones, lo que a la vez implica integración dentro de las funciones. Es decir, pasar de servicios de salud financiados con recursos públicos que operan de forma segmentada hacia una mayor eficiencia en la cobertura y mantener el mayor nivel de competencia posible orientada a la calidad del sistema.

La reforma iniciada en 1995 con la descentralización de los servicios de salud se dirigió a consolidar el papel rector del nivel federal. En 2003 se creó el Sistema de Protección Social en Salud para propiciar la protección financiera y generar accesibilidad y utilización de los servicios de salud. Con ello se establecieron los mecanismos que deben permitir que todos los mexicanos cuenten con algún esquema de protección en salud.²

La información disponible indica que la reforma ha avanzado. Ha habido una reducción importante en el porcentaje de hogares que reportan gastos catastróficos en salud, de 3.5% en 2000 a 2.7% en 2010 (23%).³ Sin embargo cerca de 50% del gasto total en salud todavía se ejerce cuando ocurre el evento (como gasto de bolsillo y privado), lo que indica que el reto sigue presente.

Por otra parte, las cifras de cobertura de protección en salud de Ensanut 2012 señalan que el porcentaje de la población que no identifica contar con protección se redujo de 60% en 2000 a 25% en 2012.⁴

El sistema de salud mexicano, entonces, ha funcionado con una lógica segmentada por la cual diferentes instituciones/sistemas organizan el financiamiento y la provisión de servicios de salud para diferentes grupos de población. La seguridad social, por ejemplo, concentra las diferentes funciones del sistema de salud en la

población que cuenta con empleos con prestaciones y en la que depende de ésta.

Por su parte, los Servicios Estatales de Salud se ofrecen a la población sin seguridad social y, a partir de la creación del SPSS, son los proveedores de este esquema de aseguramiento. Estos servicios y su financiamiento son el objeto de este documento. Más específicamente, se analiza el esquema de financiamiento de los servicios de salud de primer nivel que prestan las secretarías de Salud de las 32 entidades federativas de México.

Descripción de la situación actual

Metodología de análisis

Un punto de partida importante para el análisis del financiamiento de los servicios de primer nivel que ofrecen las secretarías de Salud estatales es que la asignación de recursos para la salud no considera aportaciones específicas por nivel de atención. Considera la aportación para la provisión de servicios de salud para la población en general, es decir, todos los niveles de atención e incluso los servicios no personales de salud.

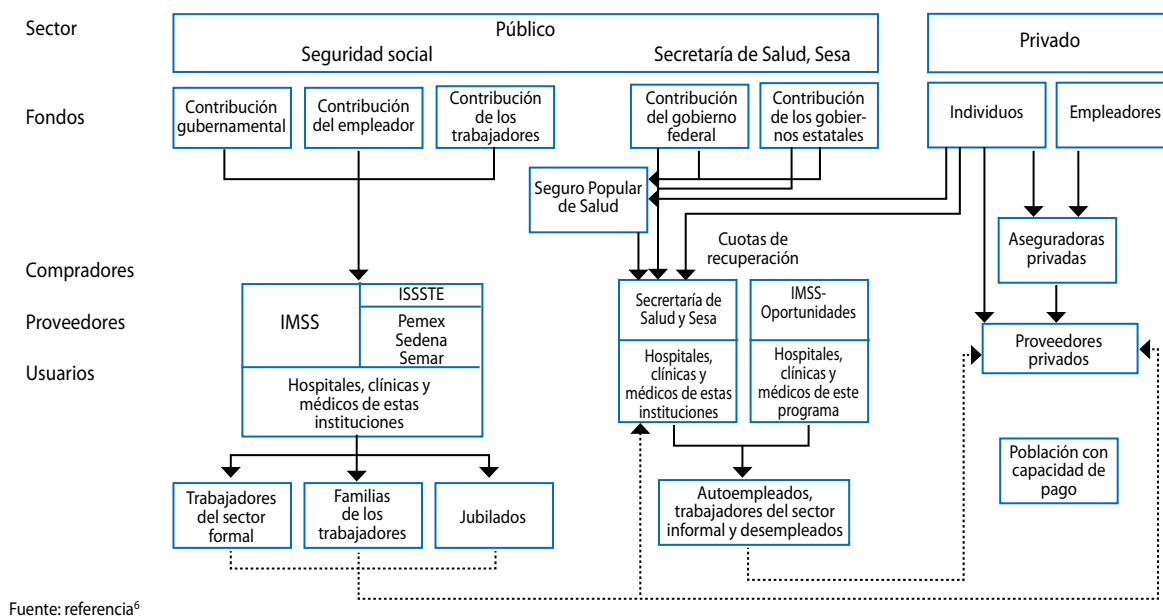
La revisión que se presenta en este documento se basa en las cifras oficiales reportadas por el Sistema de Información en Salud (Sinais), en particular lo relativo a

cuentas nacionales de salud. También en documentación de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), que para el caso de México se alimenta principalmente de los datos del Sinais, así como reportes publicados sobre el financiamiento a la salud en México.⁵

En lo general, las estimaciones de financiamiento se presentan tanto para el país como para los servicios del primer nivel de atención que no son proporcionados por la seguridad social. En este subconjunto se ubican tanto los servicios operados por las secretarías de Salud estatales como los proporcionados por el IMSS-Oportunidades. Para este análisis no fue posible separar a ambos subsectores.

El modelo sobre el financiamiento sigue la propuesta de la OMS para las funciones del sistema de salud, la cual identifica el origen de los recursos y los proveedores que los reciben.

Para considerar la situación de referencia en términos de financiamiento se considera el promedio reportado para los países de la OCDE. El planteamiento es que la inversión que en promedio realizan esos países permite ofrecer servicios relativamente más adecuados a la población. Ciertamente un análisis más detallado debe considerar no sólo la magnitud de la inversión sino también la eficiencia de la misma. Esto es, es posible que pueda lograrse un resultado equivalente con una menor inversión si ésta se lleva a cabo con mayor



Fuente: referencia⁶

Figura 5.3.1. Organización del sistema de salud en México

eficiencia. No obstante, la evidencia sobre la eficiencia relativa del gasto en salud es muy limitada.

Resultados del análisis

Como se muestra en la figura 5.3.1 (Gómez-Dantés *et al.*),⁶ el financiamiento de los servicios de las secretarías de Salud estatales proviene de los gobiernos federal y estatales, así como de cuotas de recuperación que en principio se aplican únicamente a la población no afiliada al SPSS. Para la población del Seguro Popular existe una cuota de afiliación, la cual no se aplica a los deciles de menores ingresos.

Previo a la reforma que dio origen al SPSS se había establecido que uno de los principales retos para el sistema de salud era su financiamiento. En un documento presentado para explicar la reforma de 2003 se proponía que los principales desequilibrios del sistema estaban relacionados con la inversión insuficiente, el predominio del gasto de bolsillo y la amplia heterogeneidad en el financiamiento federal y estatal.

En 2000 México destinó 5.1% del producto interno bruto (PIB) a la salud. En 2002 los recursos totales destinados a la salud en el país representaron 5.8% del PIB, cifra menor al promedio de América Latina y la más baja entre los países de la OCDE. De ese monto, 55% correspondió a pagos de bolsillo lo cual fue origen de empobrecimiento en entre 2 y 4 millones de hogares, de acuerdo a análisis de las Encuestas de Ingresos y Gastos

de los Hogares (ENIGH). De estos hogares con gastos catastróficos, 85% no contaba con aseguramiento.^{3,5}

El análisis realizado con información de 2010 para la evaluación del SPSS mostró que ese año el gasto total en salud del país aumentó a 6.3% del PIB, un incremento de cerca de 24% con relación a la cifra de 2000. Al mismo tiempo, el gasto de bolsillo como proporción del gasto en salud bajó a 47.1%. La OCDE estimó que en 2010 el gasto en salud de México fue ligeramente menor (6.2) y destacó que, entre los 34 países para los que se reporta información, México tiene el gasto total en salud más bajo (sólo por arriba de Estonia y Turquía) y que ese gasto es 3.2% más bajo que el promedio de esos países (9.3%).⁵

En cuanto a los desequilibrios financieros del sistema de salud, una fracción importante del crecimiento del gasto en salud se explica por el SPSS. La creación del Seguro Popular se tradujo en una mayor inversión destinada a la población fuera de la seguridad social, lo que ha cerrado la brecha entre poblaciones.

De esta forma, si bien en lo general el gasto público en salud se incrementó de manera sostenida desde 1990 hasta 2011 (en pesos constantes), la proporción del gasto que se destina a la población sin seguridad social aumentó de 18% en 1990 a 44% en 2011 (figura 5.3.2).

De forma comparativa, la proporción del gasto en salud que proviene de gasto de bolsillo de los hogares en México es la más alta de los 25 países de la OCDE y está muy por arriba del promedio de los mismos (19.5%).

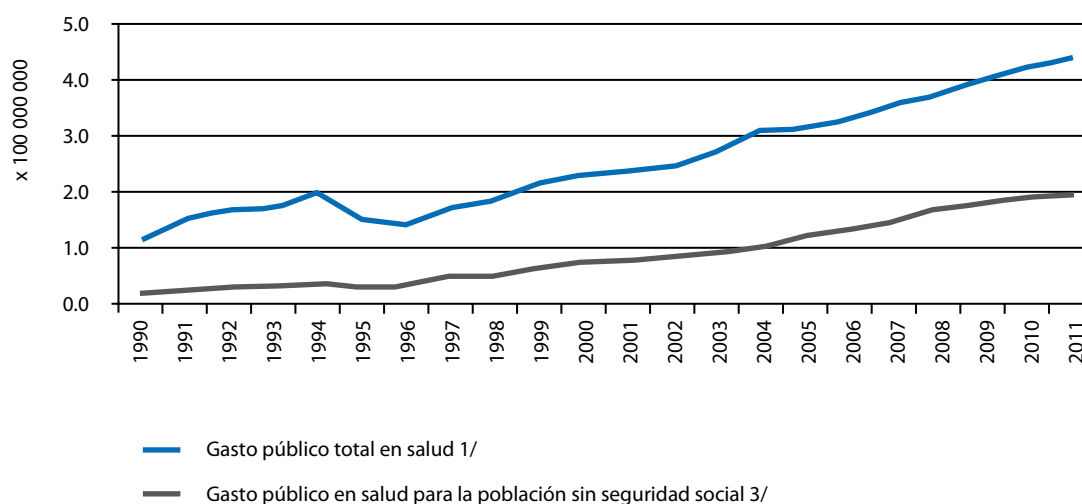


Figura 5.3.2. Gasto público en salud en México 1990-2011

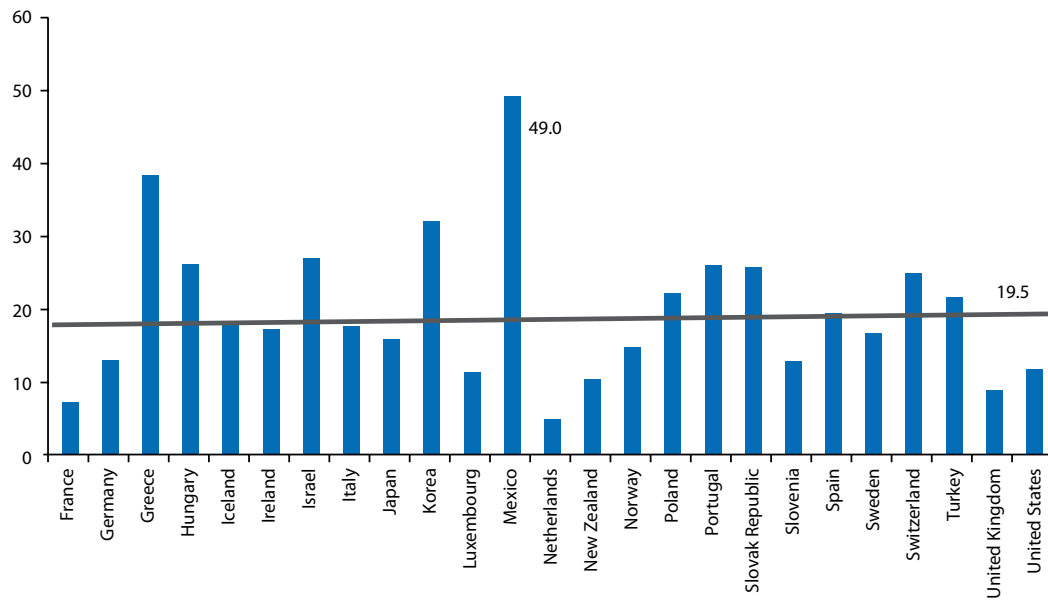


Figura 5.3.3. Proporción del gasto total en salud que es pago de bolsillo para los países de la OCDE

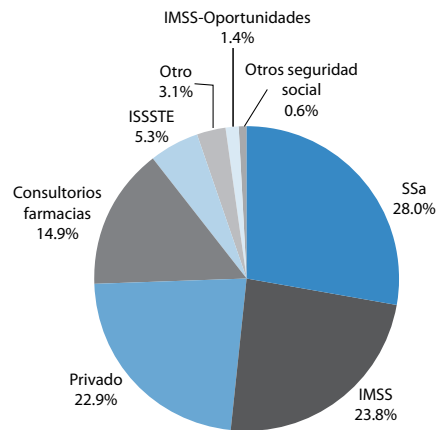


Figura 5.3.4. Distribución de las consultas ambulatorias en México por proveedor, Ensanut 2012

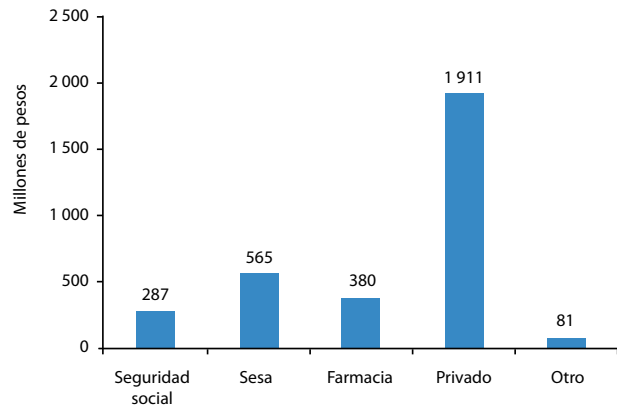


Figura 5.3.5. Gasto en consultas ambulatorias quincenales en México por proveedor, Ensanut 2012

De acuerdo a la estimación de la OCDE, en México 49% del gasto total en salud para 2011 fue de bolsillo. Como se muestra en la figura 5.3.3, el segundo país más alto en la lista es Grecia, con 38.4%.

De acuerdo a la información de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos de los Hogares, en 2010 los hogares mexicanos destinaron 2.7% del gasto corriente total trimestral a cuidados de la salud, porcentaje mejor al reportado en 2008 (3.1%). Por otra parte, de acuerdo a la información de la Ensanut 2012, las instalaciones de las secretarías de Salud estatales ofrecen 28% del to-

tal de consultas ambulatorias que se ofrecen en el país. Los individuos hicieron gastos de bolsillo relacionados con estas consultas estimados en 565 millones de pesos a la quincena⁷ (figuras 5.3.4 y 5.3.5).

De acuerdo con la información reportada por la Secretaría de Salud en el formato para la OCDE, el gasto total en salud para 2011 ascendió a 883 643 millones de pesos, de los cuales 49.4% correspondieron a gasto público. De los recursos públicos, 156 693.9 millones se destinaron a atención curativa ambulatoria, lo que representó 36% del total del sector. Los recursos para atención

curativa ambulatoria representaron 43.4% del total del gasto público en salud para la población sin seguridad social, en la que se incluye a la atendida por los Sesa. Es importante notar que el monto total de recursos públicos destinados a la atención curativa ambulatoria es menor al destinado por los hogares a gasto directo de bolsillo, que asciende a 171 803 millones de pesos.

En la matriz de gastos del Sistema de Información en Salud (Sinais) que se publica para 2011 siguiendo la metodología OCDE se aprecia que, además del monto destinado a la atención ambulatoria, se destinaron 56 494.9 millones de pesos del sector público a bienes (medicamentos y otros) proporcionados a los usuarios. De este monto, 4.7% (2 661.4 millones) fueron para servicios a población sin seguridad social. Este dato es un claro indicador del desequilibrio en el acceso a medicamentos entre la población con y sin seguridad social.

Por otra parte, un aspecto que destaca en la matriz del cuadro 1 es el porcentaje de recursos públicos que se destina para rectoría y administración, el cual para 2011 fue 21.2% del total. A manera de comparación, de acuerdo a la información pública de la OCDE Canadá reporta 1.4%, Grecia 1.7%, España 1.5% y Estados Unidos 3.1%. Es notorio que en este sistema de información no se reporta el dato de 2011 para México; la información más reciente, 10.2%, corresponde a 2009. Ese porcentaje es la mitad del reportado para 2011 pero sigue siendo muy superior al de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

Incentivos

El análisis de la situación actual de los incentivos existentes en el sistema denota una falta general de alineación, como lo evidencian los resultados en salud que se mencionan en otras secciones del diagnóstico. Usemos como ejemplo el caso de los nacimientos en el país. La Ensanut documentó un incremento en el uso de cesáreas, de 29.9% de todos los nacimientos reportados en 2000 a 46.2% en 2012.⁷ Además de las consecuencias de este procedimiento en la salud de la madre y el producto, que repercuten en el uso de recursos, el elevado porcentaje de nacimientos por cesáreas ilustra la ausencia de incentivos alineados entre financiadores, instituciones proveedoras, proveedores, y usuarios. En tanto que para los proveedores y usuarios el incentivo está potencialmente asociado a asegurar la planeación del nacimiento, para el financiador

y la institución está asociado a hacer más eficiente el uso de recursos.

Los limitados resultados en el control de padecimientos crónicos, en particular la diabetes e hipertensión que son tan relevantes para el país, también sugieren la necesidad de generar incentivos para obtener resultados en salud favorables. Esto es, crear esquemas que señalen con claridad que el desempeño de los proveedores se mide a partir de los resultados en salud y no a partir de procesos.

Uno de los esquemas de incentivos existentes es el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud. Este programa no es exclusivo para atención ambulatoria y consiste en un premio anual. Su objetivo es “contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población en las instituciones participantes”. El mecanismo de evaluación incluye diferentes etapas que incluyen una autoevaluación y una evaluación posterior por instancias locales y estatales. No obstante, el mecanismo sigue un proceso burocratizado que utiliza formatos específicos para obtener evidencias sobre la participación de las personas inscritas en el programa en aspectos relacionados con mejoras de atención. Es decir, en lugar de utilizar un mecanismo de evaluación que utilice información disponible sobre resultados o prácticas, es el interesado quien debe generar la información.

Es destacable, no obstante, la existencia de un mecanismo que al menos en espíritu se orienta a financiar “compromisos de calidad mediante acuerdos de gestión”. En la convocatoria 2013 se presentaron para este mecanismo de financiamiento 978 proyectos de compromisos de calidad. La mayor parte (967) se presentó en establecimientos de las secretarías de Salud estatales y cerca de 60% en establecimientos de atención primaria. Del total de proyectos resultaron financiados 117 con un monto total de cerca de 21 millones de pesos, de los cuales menos de la mitad fueron para unidades de primer nivel. Es importante señalar que por lo general los compromisos financiados se refieren a recursos para implementar procesos o protocolos de atención, esto es, para subsanar huecos presupuestales y no para incentivar resultados.

Un elemento a considerar en términos de incentivos es el incremento de la utilización de los servicios logrado mediante el incentivo de la demanda con esquemas de transferencias condicionadas a los hogares. Existe evidencia del éxito de los programas de transfe-

Cuadro 1. Matriz: funciones de atención por proveedores de atención (2011) (Sinais OCDE Health Data)

Matriz: Funciones de atención por proveedores de atención (2011)	Gasto Total en Salud	Administración pública			Administración pública (excl. Seguridad Social)			Sector privado			ISFLSH (exc. Seguros sociales)
		HF.1	HF.1.1	HF.1.1.1	HF.1.1.1.1	HF.1.1.1.2	HF.1.2	HF.2	HF.2.2	HF.2.3	
HC	Gasto Total en Salud	883,643.8	436,946.9	193,685.8	166,986.2	26,699.6	243,261.2	446,696.9	35,658.7	411,038.2	0.0
HC.1-HC.5	Servicios de salud a la persona	734,825.9	296,526.6	120,753.9	105,147.7	15,606.2	175,772.8	438,299.3	27,261.1	411,038.2	0.0
HC.1	Servicios de atención curativa	474,004.2	235,857.6	115,014.7	100,687.3	14,327.4	120,842.9	238,146.7	20,336.2	217,810.5	0.0
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria	135,246.6	78,035.1	29,688.7	21,287.9	8,400.8	48,346.4	57,211.5	11,204.0	46,007.5	
HC.1.2	Atención curativa en hospital de día	1,138.6	1,138.6	1,138.6	1,098.6	40.0	0.0	0.0			
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria	334,021.1	156,683.9	84,187.4	78,300.8	5,886.6	72,496.5	177,337.2	5,534.2	171,803.0	0.0
HC.1.3.1	Servicios médicos y de diagnósticos básicos	267,774.8	95,971.8	65,902.5	62,165.5	3,737.0	30,069.4	171,803.0		171,803.0	
HC.1.3.2	Atención odontológica ambulatoria	1,862.0	1,862.0	496.0	362.6	135.4	1,364.0	0.0			
HC.1.3.3	Servicios médicos especializados	61,696.7	56,162.5	15,099.3	13,874.0	1,225.3	41,063.2	5,534.2	5,534.2		
HC.1.3.9	Otros servicios de atención ambulatoria	2,687.6	2,687.6	2,687.6	1,898.7	788.9	0.0	0.0			
HC.1.4	Servicios de atención curativa domiciliaria	3,598.0	0.0	0.0				3,598.0	3,598.0		
HC.2	Servicios de rehabilitación	1,336.9	1,336.9	1,178.3	1,126.1	52.2	158.6	0.0	0.0	0.0	0.0
HC.2.1	Rehabilitación hospitalaria	840.1	840.1	840.1	837.4	2.8	0.0	0.0			
HC.2.2	Rehabilitación en hospital de día	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
HC.2.3	Rehabilitación ambulatoria	496.8	496.8	338.2	288.7	49.5	158.6	0.0			
HC.2.4	Rehabilitación domiciliaria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
HC.3	Servicios de atención de larga duración	77.5	77.5	77.5	26.5	51.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria	77.5	77.5	77.5	26.5	51.0	0.0	0.0			
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
HC.4	Servicios auxiliares de atención médica	4,350.1	2,563.6	1,669.1	1,202.5	466.6	894.5	1,786.5	1,786.5	0.0	0.0
HC.4.1	Laboratorio clínico	3,514.7	1,728.2	1,431.9	990.7	441.2	296.4	1,786.5	1,786.5		

continúa...

...continuación

HC.4.2	Imagenología	137.8	137.8	137.8	130.3	7.5	0.0	0.0	
HC.4.3	Transporte de pacientes y atención de emergencia	26.8	26.8	17.3	7.1	10.2	9.5	0.0	
HC.4.9	Los demás servicios auxiliares	670.8	670.8	82.2	74.4	7.8	588.6	0.0	
HC.5	Bienes médicos proporcionados a pacientes ambulatorios	255,057.2	56,691.1	2,814.3	2,105.4	708.9	53,876.8	198,366.1	5,138.4
HC.5.1	Bienes farmacéuticos y otros bienes médicos percederos	254,861.0	56,494.9	2,661.4	1,974.7	686.8	53,833.5	198,366.1	5,138.4
HC.5.1.1	Medicamentos	240,701.8	42,335.8	2,415.7	1,749.6	666.1	39,920.0	198,366.1	5,138.4
HC.5.1.3	Otros productos médicos percederos	14,159.2	14,159.2	245.7	225.0	20.7	13,913.5	0.0	
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros bienes médicos no percederos	196.2	196.2	152.9	130.7	22.2	43.3	0.0	
HC.6- HC.7	Servicios de salud a la comunidad	123,183.1	114,785.4	56,366.4	46,582.5	9,783.8	58,419.1	8,397.6	8,397.6
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	22,131.8	22,131.8	14,877.1	12,732.4	2,144.7	7,254.7	0.0	0.0
HC.6.1	Salud materno-infantil, planificación y asesoría familiar	6,934.5	6,934.5	4,952.2	4,382.0	570.1	1,982.3	0.0	
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	297.4	297.4	297.4	213.1	84.3	0.0	0.0	
HC.6.3	Prevención de las enfermedades transmisibles	8,040.0	8,040.0	4,947.0	4,247.5	699.5	3,093.0	0.0	
HC.6.4	Prevención de las enfermedades no transmisibles	2,474.9	2,474.9	2,413.0	1,910.4	502.6	62.0	0.0	
HC.6.5	Medicina del trabajo	784.0	784.0	0.0	0.0	0.0	784.0	0.0	
HC.6.9	Los demás servicios de salud pública	3,600.9	3,600.9	2,267.5	1,979.3	288.2	1,333.4	0.0	
HC.7	Rectoría y administración de seguros médicos	101,051.3	92,653.6	41,489.3	33,850.1	7,639.1	51,164.3	8,397.6	8,397.6
HC.7.1	Rectoría y administración de la salud por las administraciones públicas	92,653.6	92,653.6	41,489.3	33,850.1	7,639.1	51,164.3	0.0	
HC.7.2	Administración de los seguros médicos privados	8,397.6	0.0	0.0	0.0	0.0	8,397.6	8,397.6	
HC.R.1- HC.R.8	Generación de Recursos	25,634.9	25,634.9	16,565.6	15,256.1	1,309.5	9,069.3	0.0	0.0
HC.R.1	Infraestructura y equipamiento	14,454.0	14,454.0	6,151.5	5,445.1	706.4	8,302.5	0.0	
HC.R.2	Formación de capital humano	5,034.8	5,034.8	4,786.9	4,329.9	457.0	247.8	0.0	
HC.R.3	Investigación y desarrollo tecnológico	2,079.5	2,079.5	1,560.7	1,556.2	4.5	518.8	0.0	
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable	1,787.2	1,787.2	1,787.2	1,704.2	83.0	0.0	0.0	
HC.R.5	Salud ambiental	22.1	22.1	22.1	22.0	0.0	0.0	0.0	
HC.R.6	Administración y suministros de servicios sociales en especie	880.3	880.3	880.3	854.2	26.2	0.0	0.0	
HC.R.7	Administración y suministros de prestaciones relacionadas con la salud en efectivo	1,377.1	1,377.1	1,376.9	1,344.5	32.4	0.3	0.0	

Notas:

1/ Incluye el gasto del FASSA (Ramo 33), IMSS- Oportunidades (Ramo 19) y Secretaría de Salud (Ramo 12).

2/ Incluye el gasto del IMSS, ISSSTE y Pemex

3/ El gasto de bolsillo comprende el gasto de los hogares e instituciones, sin fines de lucro y cuotas de recuperación.

4/ Con el objeto de cuadrar la matriz de gasto, se distribuyó el ejercicio de las entidades que no entregaron información, de acuerdo al promedio nacional.

Fuentes:

1. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2012.

2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México, 2012.

3. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., Accidentes y Enfermedades, México, 2012.

rencias condicionadas (PTC) en cuanto a la utilización de servicios de salud y a indicadores de estado de salud. Con respecto a la utilización de servicios de salud, estudios realizados en México, Nicaragua y Honduras han mostrado efectos positivos significativos y de magnitud considerable en las consultas preventivas y en utilización total en algunos casos.⁸⁻¹³

Con respecto al estado de salud, en el caso de México (*Oportunidades*) se observó un efecto en la reducción de episodios de enfermedad en niños y en la reducción de la gravedad de los padecimientos. Asimismo, se observó una reducción en los días de enfermedad y en los días de incapacidad relacionados con problemas de salud en distintos grupos de edad.^{11,14} Los resultados de la evaluación urbana realizada entre 2002 y 2004 mostraron que *Oportunidades* está obteniendo resultados positivos en términos de salud y utilización de servicios de salud. El incremento en la utilización de servicios de salud es un resultado esperado en el corto plazo debido a que se asocia con una demanda no expresada anteriormente y que ahora es estimulada por el programa. Una de las incógnitas que resaltó el análisis es el papel de los servicios de salud, es decir, del lado de la oferta. Los hallazgos sobre un incremento en la utilización de servicios de salud son alentadores porque se espera que una mayor utilización conlleve un mejor cuidado de la salud. Sin embargo, la medida en la cual este supuesto es correcto depende de la capacidad real de los servicios médicos para mejorar el estado de salud de quienes los usan. Esta capacidad, a su vez, depende de la calidad de esos servicios. El análisis de la calidad debe contribuir a explicar la razón por la que no se han observado efectos de mayor magnitud con relación a la utilización de servicios de salud.^{17,21}

Con respecto a los efectos en salud, la literatura sugiere que es importante analizar el papel de la calidad de los servicios y considerar las diferencias en los efectos en utilización y resultados en salud, así como el potencial de la calidad para incrementar el efecto de la utilización en el estado de salud.¹⁵

Identificación de brechas y posibles indicadores

De acuerdo a las fuentes de información disponibles, los desequilibrios financieros que dieron lugar a la reforma que creó el SPSS se han reducido en algunos aspectos pero se mantienen en los grandes rubros. La inversión

en salud en México sigue restringida y, pese al avance, aún es de las más bajas entre los países de la OCDE.

La restricción de la inversión es sumamente notoria en los déficits en capacidad que se detectan. En todos los rubros sobre recursos para la salud que reporta la OCDE, México se sitúa muy por debajo del promedio de los países de la organización: en médicos, en enfermeras, en camas, y en tecnologías de diagnóstico. La inversión en estructura es entonces un pendiente para el país.

Aunado a ello, el gasto privado en salud sigue siendo muy elevado y con una proporción muy alta de pagos de bolsillo de los hogares. El reto de la protección en salud sigue vigente y probablemente es necesario concentrarse en el acceso efectivo a los servicios, esto es, no sólo en la afiliación sino en contar con servicios públicos con características tales que sean utilizados por la población.

En términos simples, hacer coincidir el gasto de bolsillo en atención ambulatoria en México con el promedio de la OCDE (19.5%) implicaría multiplicar por 2.26 los recursos que se destinan actualmente a la atención curativa ambulatoria, así como multiplicar por 52 el valor de los bienes entregados a los usuarios de servicios ambulatorios. Es claro que estas cifras pueden estar sobreestimadas si se toman en cuenta las economías de escala que pueden lograrse en la provisión y en las negociaciones en la compra de medicamentos y otros bienes. Sin embargo, dan una idea de la magnitud del reto (y de la sub-inversión).

En este mismo contexto, destaca la ausencia de incentivos que asocien el desempeño a resultados objetivos en la salud de la población o a metas establecidas por las instituciones. En esta lógica, el personal de salud no cuenta con un esquema que señale con claridad el desempeño y resultados que la institución espera.

Referencias

1. WHO. World Health Report 2010. Health systems financing. Path to universal coverage. Ginebra: World Health Organization; 2010.
2. Knaul F, Frenk J. Health Insurance In Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform. *Health Aff.* 2005;24(6):1467-76.
3. CIEP. Gasto catastrófico por motivos de salud en México (ENIGH 2000-2010). México: Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2011.
4. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Publica Mex* 2013;55(S2):83-90.

5. OECD Health Data 2013 [Internet]. OCDE. 2013 [cited 10 de noviembre de 2013]. Available from: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.
6. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril V, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex* 2011;53(S2):S220-S32.
7. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública 2012.
8. Attanasio O, P, , Gómez L, C, , Heredia P, V, M. e-H. The short-term impact of a conditional cash subsidy on child health and nutrition in Colombia. London: Centre for the Evaluation of Development Policies, Institute for Fiscal Studies, 2005.
9. Barham T. The impact of the Mexican conditional cash transfer on immunization rates. Berkeley Department of Agriculture and Resource Economics, 2005.
10. Gertler P. Final report: the impact of Progresa on health. Washington D.C.: International Food Policy Research Institute, 2000.
11. Gutiérrez JP, Bautista S, Gertler P, Hernández M, Bertozzi SM. Impacto de *Oportunidades* en el estado de salud, morbilidad y utilización de servicios de salud de la población beneficiaria en zonas urbanas. In: Hernández Ávila M, Hernández Prado B, Urquieta Salomón JE, (editores). Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2006. I. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
12. Maluccio JA, Flores R. Impact evaluation of a conditional cash transfer program: the Nicaraguan Red de Protección Social. FCND Discussion Paper 184. Washington, DC: International Food Policy Research Institute (IFPRI), 2004.
13. Morris SS, Flores R, Olinto P, Medina JM. Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: cluster randomised trial. *The Lancet*. 2004;364(9450):2030-7.
14. Gertler P. Do Conditional Cash Transfers Improve Child Health? Evidence from PROGRESA's Control Randomized Experiment. *American Economic Review*. 2004;94(2):336-41. PubMed PMID: 0742600 Provider: OCLC.
15. Gaarder MM, Glassman A, Todd JE. Conditional cash transfers and health: unpacking the causal chain. *Journal of Development Effectiveness*. 2010;2(1):6 - 50.

Anexo 5A

Unidades de atención ambulatoria.

Tipos e infraestructura mínima necesaria por tipo de unidad

Tipo de unidades

Centros de salud rurales (CSR) y urbanos (CSU)

Los centros de salud son unidades de atención médica ubicadas en localidades rurales y urbanas para ofrecer a la comunidad atención clínica básica y servicios básicos de salud tales como promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos y diagnóstico comunitario temprano de enfermedades. La población de atención es de 2 500 a 3 000 habitantes por núcleo básico y cada núcleo está compuesto por el médico, la enfermera y, en ocasiones, un promotor de salud. Un centro de salud con 12 consultorios puede atender a una población de 30 000 habitantes. El número de consultorios puede variar desde uno hasta 12.

Unidades móviles (UM)

Son las unidades médicas que conforman el Programa de Caravanas de la Salud. Cuentan con equipo de salud altamente calificado y operan en una ruta específica con una programación de visitas que se establece de manera regular. Existen cuatro tipos dependiendo de la capacidad resolutoria, equipamiento y personal, como se indica en el cuadro 5A.1.

Casas de salud (CS)

Unidades auxiliares consideradas como el primer nodo en la red de servicios de salud. Se ubican en comunidades rurales dispersas atendidas por promotores de salud o auxiliares de enfermería que tienen a su cargo tareas de primeros auxilios y de enlace con el centro de salud más cercano. Pueden atender entre 500 y 2 500 usuarios.

Unidades de Especialidades Médicas (Unemes)

Se ubican en localidades urbanas para atender a pacientes programados provenientes de los Centros de salud u hospitales o enviados por médicos particulares, aseguradoras u otras instituciones. El objetivo de las Unemes es acercar la atención en seis especialidades a la población: diagnóstico, oncología, hemodiálisis, cirugía ambulatoria, prevención de enfermedades y rehabilitación.

Infraestructura mínima por tipo de unidad

Los cuadros 5A.2, 5A.3 y 5A.4 desglosan las áreas, equipo y material médico mínimo que se establece para la atención dependiendo el tipo de unidad. Respecto al mobiliario no existe información de referencia que lo des-

Cuadro 5A.1. Tipos de unidad móvil

Tipo	Capacidad Resolutoria/Equipamiento	Personal
0	Proveen medicamentos e insumos	Médico, enfermera y promotor/chofer
1	Atención primaria, química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía	Médico general, enfermera y promotor de la salud-chofer
2	Consultorio de medicina general y consultorio dental, laboratorio de química seca, toma de muestras para cáncer cérvico-uterino y equipo de electrocardiografía	Médico general, odontólogo, enfermera y promotor de la salud-chofer
3	Consultorio de medicina general y consultorio dental, con enlace satelital para telemedicina, equipo de video-conferencia, ultrasonografía y electrocardiografía, así como laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico-uterino	Médico general, odontólogo, enfermera y promotor de la salud-chofer

agregue por tipo de unidad pero, de acuerdo a la normativa, todas las unidades que otorgan servicios de atención ambulatoria deben contar con el siguiente mobiliario:

- Asiento para el personal
- Asiento para pacientes y acompañantes
- Cubeta o cesto de basura
- Mueble con cajonera
- Mueble para escribir
- Guarda de materiales
- Mesa con tarja
- Sistema de guarda de expedientes

Cuadro 5A.2. Infraestructura para la atención										
Tipo	UM	CS	CSR	CSRC		UMR	CSU			
				2	3		2	4	5	12
Consultorio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Enfermería				X	X	X	X	X	X	X
Sala de espera			X	X	X	X	X	X	X	X
Área almacén										
Red fría medicamentos o vacunas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sala de labor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Baño p/personal						X				
Baño p/pacientes						X				
Baño compartido	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Farmacia				X	X	X	X	X	X	X
Cuarto de curación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sala de expulsión				X	X	X	X	X	X	X
Área internamiento			X	X	X	X	X	X	X	X
Dormitorio						X				
Sala de urgencias						X				
Laboratorio AC									X	X
Cuarto inmunización	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cuarto limpieza			X	X	X	X	X	X	X	X
Asiento para el médico		X								
Asiento para el paciente y acompañante		X								
Asiento para el médico en la exploración del paciente										
Banqueta de altura o similar										
Mueble para escribir		X								
Guarda de medicamentos, materiales o instrumental		X								
Sistema de guarda de expedientes clínicos				X	X	X	X	X	X	X
Cubeta o cesto para bolsa de basura		X								

Cuadro 5A.3. Equipo médico

Tipo	UM	CS	CSRD	CSRC		UMR	CSU			
				2	3		2	4	5	12
Ambulancia										
Archiveros				X	X	X	X	X	X	X
Aspirador AMEU				X	X	X	X	X	X	X
Báscula infantil	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Infantómetro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Báscula adulto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estadímetro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Baumanómetro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cilindro oxígeno						X				
Cinta métrica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contenedores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cirugía menor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Equipo US				X	X	X	X	X	X	X
Equipo radiológico							X	X	X	X
Estetoscopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estetoscopio Pinar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Lavabo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mesa de Mayo				X	X	X	X	X	X	X
Microscopio							X	X	X	X
Oftalmoscopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Otoscopio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
refrigerador	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tabla agudeza visual										
Termómetro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tocardiograma				X	X	X	X	X	X	X
Suero oral	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Libro registro de medicinas o vacunas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Cuadro 5A.4. Material médico

Tipo	UM	CS	CSRD	CSRC		UMR	CSU			
				2	3		2	4	5	12
Abatelenguas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alcohol	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Algodón	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Benzal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Condomes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cubre bocas				X	X	X	X	X	X	X
DIU	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Espejo vaginal				X	X	X	X	X	X	X
Estuche de disección				X	X	X	X	X	X	X
Gasas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Guantes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Isodine	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jabón p/manos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jeringas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Juego instrumental	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ropa de cama				X	X	X	X	X	X	X
Sonda				X	X	X	X	X	X	X
Sonda Foley				X	X	X	X	X	X	X
Suturas				X	X	X	X	X	X	X
Tela adhesiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Toallas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tiras p/glucosa				X	X	X	X	X	X	X
Tiras p/orina				X	X	X	X	X	X	X
Termo										
Toallas desechables										
Vacutainer				X	X	X	X	X	X	X
Vendas elásticas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Venuset				X	X	X	X	X	X	X

Notas:

Los cuadros fueron elaborados con la información disponible en el marco normativo y regulatorio mencionado en la sección de situación deseable de este documento y la evaluación externa de *Oportunidades* 2008.

UM: unidades móviles, CS: casas de salud, CSRD: centro de salud rural disperso, CSRC: centro de salud rural concentrado, UMR: unidad médica rural, CSU: centro de salud urbano. El número indica los núcleos básicos disponibles.

Anexo 5B

Indicadores para valorar infraestructura, equipamiento y recursos en unidades de atención ambulatoria

Área	Indicador	Formula	Fuentes de datos
		Física	
	Total de unidades de atención ambulatoria por entidad	Total de UAA = número de centros de salud rural+número de centros de salud urbanos + número de casas de salud+...+número de UNEME Nivel de desagregación: Nacional, estatal.	Base Cluees Base de (Sinais)
Unidades de atención	La proporción de UAA por tipo de unidad	Número de UAAkTotal de UAA x 100 k: centros de salud rural, centros de salud urbano, casa de salud, etc. Nivel de desagregación: Nacional, estatal	Base Cluees Base de (Sinais)
Disponibilidad	Densidad de consultorios de consulta externa	Número total de consultorios de consulta externa Total de la población x 100,000 hab. Población: Población sin derechohabencia Nivel de desagregación: nacional, estatal ** La población total con el año en el que se recogen los datos disponibilidad de consultorios debe coincidir con la fecha de estimación de la población total.	Base de (Sinais) Bases de población de CONAPO o INEGI
	Tiempo promedio de traslado a las unidades	Suma de los tiempos reportados por los usuariosTotal de usuarios entrevistados Nivel de desagregación: Estatal, unidad **La información se recolecta a través de reporte de los usuarios	Entrevista a usuarios
Servicios básicos	Proporción de UAA sin electricidad, abastecimiento de agua entubada, conexión a drenaje, servicios de radio, teléfono o internet	Número de UAA sin el servicioTotal UAA x100 k: Son los servicios de electricidad (interrupción del servicio), abastecimiento de agua entubada, conexión al drenaje servicios de radio, teléfono o internet	Encel 2007 Encelurb 2009
Áreas de atención	Proporción de UAA con: consultorio, sala de espera, red fría, farmacia, etc.	Número de UAA sin el áreaKTotal UAA x100 k: Son las áreas destinadas para la atención, entre ellas los consultorios, sala de espera, farmacia, etc. (véase anexo 5A) Nivel de desagregación: Estatal, unidad	Encel 2007 Encelurb 2009

Cuadro 5B.2. Indicadores de equipamiento

Área	Indicador	Fórmula	Descripción	Fuentes de datos
Mobiliario	Porcentaje de insumos con los que cuentan en relación con lo que, para este tipo de unidad, deberían tener (normativa 2010).	Mobiliario con el que cuenta la UAATotal de mobiliario que debería tener según la normativa x 100 Nivel de desagregación: nacional, estatal	Indica la proporción de unidades con cuentan con determinado mobiliario (archiveros, escritorios, etc.) También es posible estimar en qué proporción de unidades cumplen con la normativa	Encel 2007 Encelurb 2009
	Porcentaje de insumos con los que cuentan en relación con lo que, para este tipo de unidad, deberían tener (normativa 2010).	Equipo médico con el que cuenta la UAATotal de equipo que debería tener según la normativa x 100 Nivel de desagregación: nacional, estatal	Indica la proporción de unidades con cuentan con determinado equipo médico. También es posible estimar en qué proporción de unidades cumplen con la normativa	Encel 2007 Encelurb 2009
Equipo Médico	Porcentaje de disponibilidad de diferentes equipos médicos mínimos para la atención prenatal, de la diabetes e hipertensión.	Equipo médico k con el que cuenta la UAATotal de equipo que debería tener según la normativa x 100 k: atención prenatal, diabetes e hipertensión Nivel de desagregación: nacional, estatal	Indica la proporción de unidades con cuentan con determinado equipo médico dependiendo el tipo de atención. También es posible estimar en qué proporción de unidades cumplen con la normativa	Encel 2007 Encelurb 2009
	Proporción de unidades con programas de mantenimiento	Número de UAA con programas de mantenimientoTotal de UAA x 100 Nivel de desagregación: nacional, estatal	Señala la proporción de unidades que cuentan con programas para el mantenimiento del equipo médico	Encel 2007 Encelurb 2009
Material Médico	Porcentaje de insumos con los que cuentan en relación con lo que, para este tipo de unidad, deberían tener (normativa 2010).	Material médico con el que cuenta la UAATotal de material que debería tener según la normativa x 100 Nivel de desagregación: nacional, estatal	Indica la proporción de unidades con cuentan con determinado material médico. También es posible estimar en qué proporción de unidades cumplen con la normativa	Encel 2007 Encelurb 2009

Cuadro 5B.3. Indicadores de recursos humanos

Área	Indicador	Formula	Descripción	Fuentes de datos
Recursos Humanos				
Disponibilidad	Densidad de profesionales por 1000 habitantes	Número de médicos o enfermeras Total de Población x 1,000 habitantes Población: Población sin derechohabencia Nivel de desagregación: nacional, estatal ** La población total con el año en el que se recogen los datos. disponibilidad de consultorios debe coincidir con la fecha de estimación de la población total.	Indica la disponibilidad estatal (nacional) por 1,000 personas sin seguridad social	SinaiS
	Proporción de médicos en atención primaria	Número de médicos de atención primaria Total de médicos x 100 Nivel de desagregación: nacional, estatal	Indica la proporción de médicos que laboran en la atención primaria	SinaiS
Formación y capacitación	Razón de enfermeras en relación con médico	Número de enfermeras Número de médicos Nivel de desagregación: nacional, estatal	Muestra la proporción de médicos por personal de enfermería	SinaiS
	Proporción de personal capacitado en: atención de niños enfermos, atención de enfermos con síndrome metabólico, etc.	Número de médicos capacitados Total de médicos x 100 Nivel de desagregación: nacional, estatal	Indica la proporción de personal que tiene capacitación en diferentes padecimientos.	Encuestas Registros en las UAA

Tablas de resultados del análisis según fuentes consultadas

Cuadro 5C.1. Infraestructura física		EUPN (2008)	Encl	Encl-URB	ODA (2009)	Hallazgo
Área/Documento		Infraestructura				
Disponibilidad		12,828 UAA de los Sesa			13,317 UAA de la S5a y los Sesa	Incremento de casi el 4% en las UAA entre 2008-2009
		Mayor número: Estado de México, Guerrero, Chiapas Menor número: Baja California Sur y Aguascalientes 65% CSR, 13% CSU, 13% UM y el 9% otros			Mayor número: Estado de México, Guerrero, Chiapas y Oaxaca. Menor número: Baja California Sur y Aguascalientes 8,334 (62.6%) CSR; 1,801 (13.5%) CSU; 3,182, otras*	Las entidades con el mayor y menor número de UAA se mantiene entre 2008-2009 La distribución por tipo de UAA es similar entre 2008-2009 Concentración de las UAA en pocas entidades
Física	No. De unidades/ Cobertura	65.3% de los centros son rurales			En más de la mitad de las entidades las UAA rurales son más del 50%, excepto el D.F.	Más de la mitad de las UAA corresponden a centros de salud rurales
		A nivel nacional 19.2 UAA por 100,000 HSSS			El país tiene 22.5 UAA por 100,000 HSSS	En un año (2008-2009) se incrementó en dos unidades la cobertura por 100,000HSSS
		Colima cuenta con casi 52 UAA por 10,000 HSSS, mientras que el D.F. con 7 unidades 35 consultorios por 100,000 HSSS Mayor número consultorios: Nayarit con 95 por 100,000 HSSS Menor número de consultorios: Chiapas con 16 por 100,000 HSS			Colima y Nayarit cuentan con 50 UAA por 100,000 HSSS, el D.F. no alcanza 10 unidades 35 consultorios por 100,000 HSSS con un rango de disponibilidad a nivel estatal entre 16 a 95	Son las mismas entidades las que tienen la mayor y menor cobertura (2008-2009) respectivamente

continúa...

Área/Documento	EUPN (2008)	Encef	Encef-URB	ODA (2009)	Hallazgo
Acceso geográfico	<p>Las unidades cuentan con energía eléctrica pero presentan cortes con cierta regularidad en el suministro.</p> <p>30% de las unidades no dispone de agua entubada y cerca de la mitad carece de conexión a drenaje y utiliza fosa séptica.</p>	<p>97% de las unidades cuenta con energía eléctrica, aunque presentan cortes con cierta regularidad en el suministro.</p> <p>98% de las unidades tiene acceso al servicio de agua y 92% tiene un sanitario conectado al sistema de drenaje.</p>	<p>Sin información de referencia</p> <p>En zonas urbanas y rurales se presentan cortes al suministro de energía eléctrica. (U-Oportunidades)</p> <p>Existe diferencia en la proporción de acceso al agua entubada y drenaje entre zonas rurales (70%) y urbanas (90-100%) (U-Oportunidades)</p>		
Servicios básicos	<p>Menos del 4% de los Sesa cuenta con laboratorio clínico; el D.F. (27%) y en Aguascalientes y Tabasco no cuentan con laboratorio.</p>	<p>En general cuentan con consultorio y sala de espera, y en menos de la mitad hay sala de expulsión. En general, no disponen de área de laboratorio y la red fría para medicamentos es muy escasa</p> <p>Existe variabilidad en las insuficiencias de instalaciones, un conjunto de unidades cuenta con instalaciones muy limitadas en tanto que otro grupo posee una infraestructura completa.</p>	<p>Un número importante de las UAA no cuentan con radio o teléfono ni acceso a internet.</p> <p>En Campeche y Tabasco sólo el 4 y 3% respectivamente cuenta con teléfono, en Coahuila ninguna</p> <p>En Guanajuato, Jalisco y Nuevo León 93.6,84.7 y 100% de las UAA carecen de conexión de internet</p>		<p>Carencias significativas en el acceso a servicios de radio, teléfono e internet; incluso en entidades con la infraestructura necesaria.</p>
Áreas de atención	<p>Menos del 4% de los Sesa cuenta con laboratorio clínico; el D.F. (27%) y en Aguascalientes y Tabasco no cuentan con laboratorio.</p>	<p>En general cuentan con consultorio y sala de espera, y en menos de la mitad hay sala de expulsión. En general, no disponen de área de laboratorio y la red fría para medicamentos es muy escasa</p> <p>Existe variabilidad en las insuficiencias de instalaciones, un conjunto de unidades cuenta con instalaciones muy limitadas en tanto que otro grupo posee una infraestructura completa.</p>	<p>Casi la totalidad de las unidades cuentan con los espacios mínimos indispensables para ser considerados lugares de atención: consultorio, enfermería y sala de espera.</p> <p>La existencia de otros espacios de mayor complejidad como laboratorio, sala de expulsión, sala de urgencias y quirófano es más limitada.</p> <p>las unidades cuentan con alrededor de 50% de los espacios normativos, es posible observar que junto a ese conjunto amplio de alrededor de 50%, conviven unidades con 20% o menos, y otras con 80% o más: alta heterogeneidad</p>	<p>Las UAA de los Sesa cuentan con 23,007 consultorios.</p> <p>371 (2.8%) tienen laboratorio clínico; 21.8% en el D.F. y en Aguascalientes no existen unidades con este servicio.</p>	<p>La mayoría de las UAA disponen de consultorios para la atención pero existe deficiencia en espacios como laboratorios o red fría para el almacenamiento y conservación de medicamentos</p>

Cuadro 5C.2. Equipamiento

Área/Documento	EUPN (2008)	EnceI	EnceI-URB	ODA (2009)	Hallazgo
Mobiliario	Existen carencias de equipo básico para la atención de pacientes; en un porcentaje notable de unidades no existe el instrumental necesario para la exploración física regular de los usuarios como básculas, baumanómetros, otoscopios y termómetros.	En promedio las unidades cuentan con 60% del equipo necesario para operar.	La mayoría de las unidades tiene red fría para medicamentos y para vacunas, aunque es mayor para las vacunas.	Carencias en el equipo básico de atención en zonas rurales y urbanas. Para zonas urbanas se reporta equipamiento para la conservación de medicinas y vacunas en casi todas las unidades (U-Oportunidades)	Sin información de referencia
Equipamiento	El equipamiento más complejo que posibilita mejores resultados como electrocardiograma, microscopio o Doppler se encuentra sólo en una minoría de estas unidades. Asimismo, únicamente la décima parte de las clínicas cuenta con ambulancia para trasladados.	Heterogeneidad: la con-existencia de unidades de atención que cuentan con la mayor parte del equipamiento que requieren, con otras en las cuales hay carencias generales de equipo.	62 equipos de ultrasonido se concentran en CU y en lo CAAPS	Carencias en equipo médico complejo. Los equipos se concentran en los centros urbanos y unidades especializadas.	
Equipo Médico	1.1% de los centros cuentan con equipos de ultrasonido	Ninguna unidad contaba con todos los elementos incluidos en la lista para la atención de pacientes con diabetes.	Ninguna UAA cuenta con todo el equipo para atención de diabetes.	Deficiencias generalizadas en el abastecimiento de equipo para la atención de pacientes con diabetes, las deficiencias se acentúan en las unidades que no están acreditadas. Falta de elementos clave como tiras reactivas.	
	En CSR 50% de las unidades acreditadas tenía 8/9 elementos cotejados, situación que ocurría en sólo 41% de los no acreditados. En CSU 31% de las unidades no acreditadas tenían 8/9 elementos, lo que ocurría en 47.1% de las acreditadas.	La ausencia más frecuente en la lista de cotejo fueron las tiras reactivas para la determinación de albuminuria, mientras que prácticamente todos los centros de salud contaron con cinta métrica y termómetro clínico.	90% de los CR acreditados cuentan con el 90% de los elementos de atención de diabetes y las no acreditadas el 41%	El abastecimiento para la atención de pacientes con hipertensión es completo	
	Para tratar pacientes con HAS, caso, la ausencia más frecuente fue la del esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico.	La mitad de las unidades no cuenta con infraestructura e insumos necesarios para la atención del parto; sólo 40% posee sala de expulsión y menos de la décima parte tiene equipo para realizar ultrasonidos	90% de las UAA contaron con los cuatro elementos cotejados para atención de la hipertensión	Carencias en infraestructura e insumos para la atención del parto en zonas rurales. (U-Oportunidades)	
Material Médico	Hay clínicas en las que no se cuenta ni siquiera con abateleaguas o gasas. Elevado porcentaje de clínicas que no dispone de materiales para consultas de atención prenatal	En general todas las unidades cuentan con abateleaguas o gasas, así como con alcohol, jeringas y vendas elásticas; sin embargo existen unidades en las que hay carencias aun de estos insumos básicos.	Falta de abastecimiento de material médico básico principalmente en zonas rurales. (U-Oportunidades)	Desabasto de insumos indispensables para la atención de mujeres embarazadas y pacientes con diabetes en zonas rurales. (U-Oportunidades)	
	La reducida existencia de tiras reactivas para orina hace imposible realizar esta prueba mínima en mujeres embarazadas; bajo porcentaje de tiras reactivas para glucosa				

Cuadro 5C.3. Recursos humanos

Área/Documento	EUPN (2008)	Encel	Encel-URB	ODA (2009)	ASM	CTMP	ECSAP	FER_RHS	Hallazgo
Recursos Humanos	26.617 médicos en contacto con el paciente. Disponibilidad de 0.46 médicos y enfermeras por 1,000 HSS.			22.9% del total de médicos en contacto con el paciente son de los centros de salud de los Sesas (32,874 Total nacional)	90% del país cuenta con un número muy bajo (1-20) o bajo (21-100) de médicos.				En todo el país existe una disponibilidad limitada de médicos
	63.3% se ubican en CSR, se incluye pasantes en servicios social			Colima, BCS y Tabasco tienen más de un médico por cada 1000 HSS. Chiapas y Estado de México tienen menos de 0.5 médicos por 1000 HSS (2009)					
Médicos				49.3% de los médicos en contacto con el paciente se concentran en CR, 33% en CU y 7.9% en otras UUA.					Considerando a los médicos pasantes la mayor concentración de médicos es en centros rurales
				En los Sesas hay 7,755 pasantes de medicina que representan el 23% del total.					
				Mayor: Sonora cuenta con 36.5% pasantes. Menor: Tlaxcala con un 4.9%					
				81.6% de os pasantes opera en UAA rurales. Una alta proporción de CR opera únicamente con pasantes de medicina u odontología (41.5%). Entidades como Colima opera con 81.1% de pasantes.					En general más de 20% de los centros son atendidos por médicos pasantes. En zonas rurales esta proporción se acentúa y llega a más de 80% con heterogeneidad en el país.
Disponibilidad	La relación entre enfermeras y médicos es de 1.1 en zonas urbanas y de 0.9 en rurales								En zonas urbanas existe una enfermera por cada médico pero esta proporción es inferior en zonas rurales
	26,693 enfermeras en contacto con el paciente.			31,195 enfermeras en contacto con el paciente en las UAA de los Sesas: 2.3 por cada UAAA y 0.5 por 1000 HSS	90% del país cuenta con un número muy bajo (1-20) o bajo (21-80) de enfermeras				
Enfermeras				Mayor: Colima tiene 1.4 enfermeras por cada 1000 HSS y le siguen Baja California, Tabasco y Nayarit. Menor: Estado de México, Chiapas y Puebla tienen cifras por debajo de 0.4 enfermeras por 1000 HSS. (2009)					Existe una disponibilidad limitada de enfermeras
	60.3% de las enfermeras se ubica en zonas rurales			47.4% de las enfermeras están en CR, 36.9% en CU, 5.6% en UIM y 7.7% otro tipo de unidad.					El personal de enfermería se concentra en centros rurales

continúa...

Área/Documento	EUPN (2008)	EnceI	EnceI-URB	ODA (2009)	ASM	CTMP	EECSAP	FER_RHS	Hallazgo	
Formación y capacitación	<p>La mitad de los médicos pasante de servicio social (menor a licenciatura), una minoría con alguna especialidad o maestría</p> <p>Solo 13.6% de enfermeras con grado de licenciatura en enfermería general, el resto sólo niveles inferiores de técnico o auxiliar en enfermería.</p> <p>80.6% de los médicos y 57.8% de las enfermeras refirieron haber recibido un curso de capacitación en algún tema relacionado con la atención de enfermedades vinculadas con el síndrome metabólico en los cinco años anteriores a la entrevista</p>	<p>Una minoría de los médicos en todas las instituciones eran médicos pasantes de servicio social y la gran mayoría eran médicos generales.</p> <p>Cerca de 120% de los médicos reportaron haber recibido un curso de capacitación en algún tema relacionado con la atención de enfermedades vinculadas con el síndrome metabólico en los cinco años anteriores a la entrevista</p>	<p>En las unidades atendidas sólo por pasantes éstos dedican 56.4 por ciento de su tiempo a consultas y 43.6 por ciento a procesos administrativos,</p>	<p>Limitaciones en la administración del tiempo de trabajo, alta carga administrativa y ajuste de horarios para la consulta.</p>	<p>Contraste entre zonas rurales y urbanas con relación a los médicos que reportan haber tenido capacitación en enfermedades relacionadas al síndrome metabólico (80% y 20% respectivamente)</p>					
	<p>20.4% de los médicos y 66.7% de las enfermeras reporto tener cinco años o más de antigüedad en la clínica donde labora</p>	<p>Alrededor del 50% de los médicos reportaron una antigüedad de cinco años o más</p>	<p>Los pasantes tienen problemas para establecer horarios para otorgar la consulta programada (17.2 por ciento), no se respetan los horarios establecidos para la atención médica (85.5 por ciento) y carencia de los medios necesarios para trasportar a los pacientes a segundo nivel de atención (59.2 por ciento)</p>	<p>El monto de la ayuda económica que reciben durante el servicio social no es suficiente para su manutención</p>	<p>Los ingresos de las enfermeras generales y técnicas son los más bajos. En 2008 el 35.8% percibía tres o menos SMM</p>	<p>El personal con formación menor a licenciatura (pasantes y enfermeras técnicas) reporta las menores remuneraciones y condiciones limitadas en cuanto al equipo de trabajo, proceso de contratación y prestaciones.</p> <p>Los médicos con una especialidad perciben mayores ingresos.</p> <p>Salvo los contratos colectivos de trabajo en general existen carencias respecto a la regulación de recursos humanos para la salud</p>				
Condiciones laborales										

Anexo 5D

Densidad de unidades de atención ambulatoria según entidad federativa

Entidad federativa	Ratios de UAA		Entidad federativa	Ratios de UAA	
	HSSS	UAA x 100000 hab.		HSSS	UAA x 100000 hab.
Nacional		23	Morelos		54
59 567 138			1 035 922	23	
Aguascalientes		21	Nayarit		75
475 065			513 915	50	
Baja California		16	Nuevo León		64
1 274 878			1 380 014	36	
Baja California Sur		41	Oaxaca		46
204 504			2 748 498	33	
Campeche		33	Puebla		29
443 672			4 095 047	16	
Coahuila		6	Querétaro		53
736 000			861 160	30	
Colima		12	Quintana Roo		55
270 737			620 251	32	
Chiapas		139	San Luis Potosí		35
3 785 087			1 403 621	22	
Chihuahua		103	Sinaloa		46
1 250 293			1 167 942	25	
Distrito Federal		9	Sonora		50
3 901 862			948 948	29	
Durango		34	Tabasco		79
729 203			1 389 504	43	
Guanajuato		19	Tamaulipas		49
2 997 289			1 355 828	28	
Guerrero		43	Tlaxcala		43
2 383 784			799 138	24	
Hidalgo		39	Veracruz		34
1 657 586			4 785 893	17	
Jalisco		23	Yucatán		31
3 424 766			979 921	19	
México		14	Zacatecas		46
8 316 569			861 645	27	
Michoacán		19			
2 768 596					

HSSS: habitantes sin seguridad social

UAA: unidades de atención ambulatoria

FTE: elaboración propia a partir de los datos de Sinais 2011

Recursos humanos de las unidades de atención ambulatoria de los servicios de salud de la Secretaría de Salud. Número, tipo y distribución según entidades federativas

Entidad federativa HSSS	Total Médicos	Personal médico			
		Med. UAA (% S/ total)	Rurales (%S/total UAA)	Pasantes (% S/total UAA)	Pasantes en centros rurales (%S/Pasantes)
Nacional	87 522	37,267	17,510	7,110	5,694
59 567 138		(42.6)	(47.0)	(19.1)	(80.1)
Aguascalientes 475 065	1 190	354 (29.7)	158 (44.6)	60 (16.9)	59 (98.3)
Baja California 1 274 878	1 306	614 (47)	142 (23.1)	146 (23.8)	81 (55.5)
Baja California Sur 204 504	559	213 (38.1)	69 (32.9)	64 (30)	34 (53.1)
Campeche 443 672	856	336 (39.3)	201 (59.8)	64 (19)	63 (98.4)
Coahuila 736 000	1 242	548 (44.1)	170 (31.0)	104 (19)	72 (69.2)
Colima 270 737	749	362 (48.3)	153 (42.3)	112 (30.9)	100 (89.3)
Chiapas 3 785 087	2 790	1317 (47.2)	563 (42.7)	160 (12.1)	120 (75)
Chihuahua 1 250 293	2 168	788 (36.3)	178 (22.5)	135 (17.1)	57 (42.2)
Distrito Federal 3 901 862	13 144	3008 (22.9)	0 (0)	274 (9.1)	0 -
Durango 729 203	1 305	461 (35.3)	142 (27.3)	62 (13.4)	58 (93.5)
Guanajuato 2 997 289	4 023	1795 (44.6)	629 (30.8)	374 (20.8)	334 (89.3)
Guerrero 2 383 784	3 027	1556 (51.4)	1,226 (78.8)	325 (20.9)	311 (95.7)
Hidalgo 1 657 586	2 371	1329 (56.1)	997 (75.0)	282 (21.2)	274 (97.2)
Jalisco 3 424 766	4 998	2007 (40.2)	919 (45.7)	586 (29.2)	412 (70.3)
México 8 316 569	8 582	3734 (43.5)	1,592 (42.6)	789 (21.1)	692 (87.7)
Michoacán 2 768 596	3 916	2146 (54.8)	1,092 (50.9)	339 (15.8)	280 (82.6)
Morelos 1 035 922	1 461	632 (43.3)	361 (57.1)	181 (28.6)	172 (95)
Nayarit 513 915	1 169	557 (47.6)	317 (56.9)	154 (27.6)	146 (94.8)
Nuevo León 1 380 014	1 748	1110 (63.5)	375 (33.8)	359 (32.3)	257 (71.6)
Oaxaca 2 748 498	3 340	1892 (56.6)	1,331 (70.3)	361 (19.1)	360 (99.7)
Puebla 4 095 047	3 358	1839 (54.8)	1,265 (66.9)	437 (23.8)	386 (88.3)
Querétaro 861 160	1 508	743 (49.3)	467 (62.8)	219 (29.5)	185 (84.5)
Quintana Roo 620 251	956	375 (39.2)	222 (59.2)	44 (11.7)	42 (95.5)
San Luis Potosí 1 403 621	2 811	1751 (62.3)	869 (49.6)	30 (1.7)	24 (80)
Sinaloa 1 167 942	2 119	806 (38)	434 (53.8)	153 (19)	144 (94.1)
Sonora 948 948	1 736	519 (29.9)	248 (47.8)	187 (36)	182 (97.3)
Tabasco 1 389 504	3 031	1339 (44.2)	895 (67.0)	206 (15.4)	195 (94.7)
Tamaulipas 1 355 828	2 721	939 (34.5)	201 (21.4)	261 (27.8)	86 (33)
Tlaxcala 799 138	1 537	734 (47.8)	591 (80.5)	156 (21.3)	156 (100)
Veracruz 4 785 893	5 335	2499 (46.8)	1,372 (54.9)	276 (11)	262 (94.9)
Yucatán 979 921	1 216	480 (39.5)	249 (51.9)	110 (22.9)	107 (97.3)
Zacatecas 861 645	1 250	484 (38.7)	157 (32.4)	100 (20.7)	43 (43)

HSSS: habitantes sin seguridad social; UAA: unidades de atención ambulatoria
Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos Sinais 2011

continúa...

...continuación

Entidad federativa	Total	Personal de enfermería			
		Enf. UAA	Rurales	Pasantes	Pasantes en centros rurales
HSSS	Enfermeras	(% S/ total)	(%S/total UAA)	(% S/total UAA)	(%S/Pasantes)
Nacional	115 241	33,721	15,243	5,687	3,070
59 567 138		(29.3)	(45.2)	(16.9)	(54.0)
Aguascalientes	1 863	487	201	124	51
475 065		(26.1)	(41.3)	(25.5)	(41.1)
Baja California	2 241	598	110	103	30
1 274 878		(26.7)	(18.4)	(17.2)	(29.1)
Baja California Sur	800	225	53	26	4
204 504		(28.1)	(23.6)	(11.6)	(15.4)
Campeche	1 275	306	155	19	9
443 672		(24)	(50.7)	(6.2)	(47.4)
Coahuila	1 730	620	169	262	141
736 000		(35.8)	(27.3)	(42.3)	(53.8)
Colima	982	352	136	50	23
270 737		(35.8)	(38.6)	(14.2)	(46)
Chiapas	4 596	1,598	619	195	101
3 785 087		(34.8)	(38.7)	(12.2)	(51.8)
Chihuahua	3 328	848	176	243	53
1 250 293		(25.5)	(20.8)	(28.7)	(21.8)
Distrito Federal	16 165	2,149	0	158	0
3 901 862		(13.3)	(0)	(7.4)	(0)
Durango	1 701	398	125	7	0
729 203		(23.4)	(31.4)	(1.8)	(0)
Guanajuato	6 177	2,226	900	213	36
2 997 289		(36)	(40.4)	(9.6)	(16.9)
Guerrero	3 876	1,683	1,334	324	292
2 383 784		(43.4)	(79.3)	(19.3)	(90.1)
Hidalgo	3 286	1,710	1,209	385	342
1 657 586		(52)	(70.7)	(22.5)	(88.8)
Jalisco	7 325	1,890	887	316	56
3 424 766		(25.8)	(46.9)	(16.7)	(17.7)
México	12 395	3,116	1,080	355	140
8 316 569		(25.1)	(34.7)	(11.4)	(39.4)
Michoacán	3 624	1,354	726	446	330
2 768 596		(37.4)	(53.6)	(32.9)	(74)
Morelos	2 136	767	458	252	179
1 035 922		(35.9)	(59.7)	(32.9)	(71)
Nayarit	1 292	580	347	91	71
513 915		(44.9)	(59.8)	(15.7)	(78)
Nuevo León	2 233	942	235	235	48
1 380 014		(42.2)	(24.9)	(24.9)	(20.4)
Oaxaca	4 023	1,803	1,211	175	162
2 748 498		(44.8)	(67.2)	(9.7)	(92.6)
Puebla	4 523	1,729	1,155	526	411
4 095 047		(38.2)	(66.8)	(30.4)	(78.1)
Querétaro	1 671	544	328	38	23
861 160		(32.6)	(60.3)	(7)	(60.5)
Quintana Roo	1 370	418	231	12	6
620 251		(30.5)	(55.3)	(2.9)	(50)
San Luis Potosí	1 861	203	58	36	10
1 403 621		(10.9)	(28.6)	(17.7)	(27.8)
Sinaloa	2 401	603	291	28	7
1 167 942		(25.1)	(48.3)	(4.6)	(25)
Sonora	2 604	715	232	101	32
948 948		(27.5)	(32.4)	(14.1)	(31.7)
Tabasco	3 744	1,014	646	42	29
1 389 504		(27.1)	(63.7)	(4.1)	(69)
Tamaulipas	4 118	1,038	188	276	55
1 355 828		(25.2)	(18.1)	(26.6)	(19.9)
Tlaxcala	1 870	534	434	158	145
799 138		(28.6)	(81.3)	(29.6)	(91.8)
Veracruz	6 422	2,195	1,169	287	154
4 785 893		(34.2)	(53.3)	(13.1)	(53.7)
Yucatán	1 870	648	297	178	130
979 921		(34.7)	(45.8)	(27.5)	(73)
Zacatecas	1 739	428	83	26	0
861 645		(24.6)	(19.4)	(6.1)	(0)

HSSS: habitantes sin seguridad social; UAA: unidades de atención ambulatoria
Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos Sinais 2011

continúa...

...continuación

Entidad federativa HSSS	Ratios de personal de UAA				
	Médicos x 104 hab.	Enfermeras x 104 hab	RRHH (enf+med) x 104 hab	Razón Enf/Méd	
Nacional	59 567 138	6.3	5.7	11.9	1.1
Aguascalientes	475 065	7.5	10.3	17.7	1.4
Baja California	1 274 878	4.8	4.7	9.5	1
Baja California Sur	204 504	10.4	11	21.4	1.1
Campeche	443 672	7.6	6.9	14.5	0.9
Coahuila	736 000	7.4	8.4	15.9	1.1
Colima	270 737	13.4	13	26.4	1
Chiapas	3 785 087	3.5	4.2	7.7	1.2
Chihuahua	1 250 293	6.3	6.8	13.1	1.1
Distrito Federal	3 901 862	7.7	5.5	13.2	0.7
Durango	729 203	6.3	5.5	11.8	0.9
Guanajuato	2 997 289	6	7.4	13.4	1.2
Guerrero	2 383 784	6.5	7.1	13.6	1.1
Hidalgo	1 657 586	8	10.3	18.3	1.3
Jalisco	3 424 766	5.9	5.5	11.4	0.9
México	8 316 569	4.5	3.7	8.2	0.8
Michoacán	2 768 596	7.8	4.9	12.6	0.6
Morelos	1 035 922	6.1	7.4	13.5	1.2
Nayarit	513 915	10.8	11.3	22.1	1
Nuevo León	1 380 014	8	6.8	14.9	0.8
Oaxaca	2 748 498	6.9	6.6	13.4	1
Puebla	4 095 047	4.5	4.2	8.7	0.9
Querétaro	861 160	8.6	6.3	14.9	0.7
Quintana Roo	620 251	6	6.7	12.8	1.1
San Luis Potosí	1 403 621	12.5	1.4	13.9	0.1
Sinaloa	1 167 942	6.9	5.2	12.1	0.7
Sonora	948 948	5.5	7.5	13	1.4
Tabasco	1 389 504	9.6	7.3	16.9	0.8
Tamaulipas	1 355 828	6.9	7.7	14.6	1.1
Tlaxcala	799 138	9.2	6.7	15.9	0.7
Veracruz	4 785 893	5.2	4.6	9.8	0.9
Yucatán	979 921	4.9	6.6	11.5	1.4
Zacatecas	861 645	5.6	5	10.6	0.9

continúa...

HSSS: habitantes sin seguridad social; UAA: unidades de atención ambulatoria
Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos Sinais 2011

...continuación

Entidad federativa	Otro personal y personal no tratante				
	Total personal UAA 1	Otro personal profesional (%S/total personal UAA)	Personal técnico (%S/total personal UAA)	Médicos en otras actividades (%S/total personal UAA)	Enfermeras en otras actividades (%S/total personal UAA)
HSSS					
Nacional	110 202	5 583	15 034	2 188	1 542
59 567 138		(5.1)	(13.6)	(2.0)	(1.4)
Aguascalientes	1425	150	142	39	10
475 065		(10.5)	(10)	(2.7)	(0.7)
Baja California	1773	34	164	34	26
1 274 878		(1.9)	(9.2)	(1.9)	(1.5)
Baja California Sur	806	60	102	18	6
204 504		(7.4)	(12.7)	(2.2)	(0.7)
Campeche	1020	82	144	20	13
443 672		(8)	(14.1)	(2)	(1.3)
Coahuila	1784	197	91	8	9
736 000		(11)	(5.1)	(0.4)	(0.5)
Colima	1032	62	78	26	19
270 737		(6)	(7.6)	(2.5)	(1.8)
Chiapas	4813	379	804	55	25
3 785 087		(7.9)	(16.7)	(1.1)	(0.5)
Chihuahua	2612	201	304	35	25
1 250 293		(7.7)	(11.6)	(1.3)	(1)
Distrito Federal	9521	616	1105	236	203
3 901 862		(6.5)	(11.6)	(2.5)	(2.1)
Durango	1292	101	88	24	28
729 203		(7.8)	(6.8)	(1.9)	(2.2)
Guanajuato	5396	264	448	95	89
2 997 289		(4.9)	(8.3)	(1.8)	(1.6)
Guerrero	4557	103	602	26	24
2 383 784		(2.3)	(13.2)	(0.6)	(0.5)
Hidalgo	4718	220	608	133	136
1 657 586		(4.7)	(12.9)	(2.8)	(2.9)
Jalisco	5545	209	498	124	50
3 424 766		(3.8)	(9)	(2.2)	(0.9)
México	14626	355	4632	331	192
8 316 569		(2.4)	(31.7)	(2.3)	(1.3)
Michoacán	5057	227	395	170	259
2 768 596		(4.5)	(7.8)	(3.4)	(5.1)
Morelos	1843	69	157	8	4
1 035 922		(3.7)	(8.5)	(0.4)	(0.2)
Nayarit	1565	69	98	15	11
513 915		(4.4)	(6.3)	(1)	(0.7)
Nuevo León	3266	170	519	44	30
1 380 014		(5.2)	(15.9)	(1.3)	(0.9)
Oaxaca	5216	140	596	53	69
2 748 498		(2.7)	(11.4)	(1)	(1.3)
Puebla	4725	121	574	53	25
4 095 047		(2.6)	(12.1)	(1.1)	(0.5)
Querétaro	1774	69	122	34	8
861 160		(3.9)	(6.9)	(1.9)	(0.5)
Quintana Roo	1227	129	94	39	24
620 251		(10.5)	(7.7)	(3.2)	(2)
San Luis Potosí	3380	426	723	223	21
1 403 621		(12.6)	(21.4)	(6.6)	(0.6)
Sinaloa	2128	127	328	18	25
1 167 942		(6)	(15.4)	(0.8)	(1.2)
Sonora	2193	213	223	57	48
948 948		(9.7)	(10.2)	(2.6)	(2.2)
Tabasco	3184	116	247	61	20
1 389 504		(3.6)	(7.8)	(1.9)	(0.6)
Tamaulipas	3206	209	436	68	29
1 355 828		(6.5)	(13.6)	(2.1)	(0.9)
Tlaxcala	1643	134	17	9	16
799 138		(8.2)	(1)	(0.5)	(1)
Veracruz	6078	177	485	94	52
4 785 893		(2.9)	(8)	(1.5)	(0.9)
Yucatán	1538	76	107	24	40
979 921		(4.9)	(7)	(1.6)	(2.6)
Zacatecas	1259	78	103	14	6
861 645		(6.2)	(8.2)	(1.1)	(0.5)

1. Incluye médicos, enfermeras, otro personal profesional, personal técnico, médicos y enfermeras en otras actividades y otro personal (por ejemplo personal de limpieza)

HSSS: habitantes sin seguridad social; UAA: unidades de atención ambulatoria

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos Sinais 2011

Componente 6. Modelos de atención

Estrategia de mejora de la calidad basada en la implementación de modelos de atención: diseño integral de las actividades para la atención a problemas de salud o grupos de población específicos, incluyendo todas las dimensiones de la calidad, incorporando la evidencia y buenas prácticas existentes, e integrando todos los niveles y responsabilidades del sistema de salud

Introducción

En 1989, Kumate Rodríguez y Soberón Acevedo se preguntaban ¿cuánto se ha avanzado, qué resta por lograr y cuál es el mejor camino para alcanzar los objetivos en materia sanitaria? Esa reflexión, en la que cabía muy bien una puntual revisión del modelo de atención a la Salud, vuelve a tener sentido y apremio en 2013.

Hoy México tiene más de 112 millones de habitantes, en ocasiones asentados en densas concentraciones, como es el caso de Ecatepec de Morelos en el Estado de México, y de Iztapalapa, en el Distrito Federal.¹ Existen profundos contrastes socioeconómicos, problemas en la disposición de vivienda y de acceso a los servicios públicos. La escolaridad promedio es de apenas de nueve grados de educación básica, y cada diez años se logra avanzar un grado escolar.² El país tiene también una tasa de desempleo de 4.94%³ y una problemática en salud en la que la multifactorialidad de las transiciones epidemiológica, económica y demográfica y otras circunstancias, han motivado diversas estrategias de intervención, mismas que al paso del tiempo, han requerido actualización.

De ahí la importancia de abordar esta compleja problemática, para diseñar e implementar modelos de atención integrales e innovadores que coadyuven a mejorar la salud de la población. Los modelos de atención son la forma más completa y compleja de la planificación o diseño de la calidad. Se trata de diseñar e implementar modelos de atención integrales e innovadores que incluyan toda la evidencia existente en torno al problema de salud que queremos mejorar. Uno de los

más conocidos es el modelo de atención a enfermedades crónicas, que precisa de una coordinación expresa y precisa de todos los niveles de atención, así como de una participación activa y responsable de los pacientes. Otros ejemplos destacados se han desarrollado en el ámbito de la salud materno-infantil a partir, del llamado *continuum* de cuidados propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que comienza en la salud reproductiva y termina con la atención a la adolescencia, pasando por la atención prenatal, perinatal e infantil.

Los modelos de atención pueden enfocarse a una parte concreta del continuum de cuidados o a un problema de salud pero deben incluir siempre toda la evidencia existente para todos los niveles de atención implicados. En su forma más rudimentaria incluyen un diseño explícito de los mecanismos de referencia y contrarreferencia su implementación está estrechamente ligada al modelo global de atención del sistema de salud en su conjunto.

En México, los puntos de referencia para la atención de primer nivel en su conjunto son el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta de 1985 y el Modelo Integrador de Atención a la Salud (Midas), así como algunas estrategias de atención que se han sumado posteriormente. Entre los programas o iniciativas que se acercan más al concepto de modelo de atención para problemas de salud específicos cabe mencionar el Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, que intenta aunar la evidencia existente en este ámbito en un programa único a lo largo de la línea de vida. También pueden mencionarse las actividades previstas en las Unidades de Especialidades

Médicas de Enfermedades Crónicas (Unemes-EC), enfocadas sobre todo en diabetes, hipertensión, síndrome metabólico y obesidad), así como la iniciativa de “Consulta Segura” para los afiliados al Seguro Popular y el Programa Oportunidades. Esta iniciativa está, pensada entre otras cosas como mecanismo de tamizaje para detección de factores de riesgo y padecimientos crónicos para reforzar los esquemas de prevención.

En este documento se revisan las características y situación actual de estas iniciativas, como punto de partida para propuestas de estrategias de mejora con base en modelos integrales de atención

Antecedentes del modelo de atención sanitaria actual

A lo largo de las últimas décadas se han propuesto e implementado diversos programas para mejorar el primer nivel de atención, cuya calidad constantemente se identifica como deficiente para satisfacer las necesidades de población. Esos programas introdujeron mejoras y novedades de dispar relevancia, sin llegar a cubrir totalmente los objetivos planteados. Como resultado y a pesar de los avances logrados, el modelo de atención de primer nivel y el sistema de salud en su conjunto aún requieren de una redefinición estructural y funcional para avanzar hacia los objetivos de cobertura universal y atención a las necesidades de salud de la población, sobre todo la más desfavorecida. El anexo 6.A resume las características, aportes y limitaciones de las iniciativas más relevantes. Estas iniciativas, culminan con el Modelo Integrador de Atención a la Salud, que no se ha implementado. Destacamos el Programa de Salud Rural, el Programa de Atención a Población en Áreas Marginadas y el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, el cual sigue siendo vigente con algunas modificaciones.

A continuación mencionamos algunos antecedentes importantes.

En 1974 se creó el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, antecedente inmediato del Programa IMSS-Coplamar (1979). Después se creó, IMSS-Solidaridad (1989) y más recientemente IMSS-Oportunidades (1997) que es el programa vigente. Entre las aportaciones relevantes realizadas en diferentes momentos por los programas del IMSS, podemos citar:

- Las figuras de técnico rural de salud y de partera tradicional capacitada.
- Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS).
- Organización por niveles de atención:
 - ▶ Primer nivel (unidades médicas rurales, urbanas y brigadas de salud y segundo nivel (hospitales).
 - ▶ Programa de Participación Comunitaria/Organización Comunitaria de Salud: asamblea comunal, comité de salud, promotores voluntarios rurales, terapeutas tradicionales, parteras rurales, contraloría social.^{4,5}

El Programa de Atención a Población en Áreas Marginadas

En 1979, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) creó el “Programa de Atención a Población en Áreas Marginadas” (PAPAM) y lo aplicó en las ciudades de Monterrey y Guadalajara y en el Distrito Federal. El programa ofrecía programas de atención materno-infantil, planificación familiar, atención infantil, control de enfermedades transmisibles, nutrición, atención médica, saneamiento ambiental, promoción de la salud y organización de la comunidad.⁶

En el Distrito Federal el PAPAM fue sustituido por el “Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes” (PASPMGU), con dos diferencias sustanciales: las unidades trabajaban con el esquema de medicina familiar y se mejoró la infraestructura en salud.⁷ Con todo, estas iniciativas seguían siendo parciales y dejaban sin cobertura a gran parte de la población.

El Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA) se creó en 1985 y fue el primer modelo registrado como tal. Su objetivo básico se centraba en la extensión de la cobertura nacional mediante la reorganización de las unidades de atención ambulatoria⁸.

En 1992, la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud hizo otro intento administrativo de mejorar la atención ambulatoria y actualizó el MASPA. La atención médica estaba a cargo de un equipo de salud conformado por un médico y dos auxiliares de enfermería. También se incorporó de manera formal al técnico en atención primaria en salud para desarrollar actividades similares a las de los auxiliares de enfermería en ausencia de éstas. Se definieron las unidades de

atención con la tipología siguiente: Casa de Salud, Unidad Auxiliar de Salud, Unidad Móvil, Centro de Salud Rural para población dispersa, Centro de Salud Rural para población concentrada, Centro de Salud Urbano y Centro de Salud con hospitalización.

En 1995 el Programa Emergente para la Atención a Grupos Vulnerables (PEAGV)⁹ se modificó el concepto de los equipos de salud y se cambió el nombre a Núcleos Básicos de Servicios de Salud (NBSS), con el mismo personal y población de responsabilidad. La tipología de las unidades de atención cambió a centros de salud de 1 NBSS y centros de salud de 2 a 12 NBSS, mientras que la oferta de servicios consiste en un Paquete Básico de Servicios de Salud. Este es el modelo de atención vigente, si bien en los Sesa se sigue considerando la tipología de centros de salud rurales dispersos y concentrados y centros de salud urbanos. En teoría desaparecieron los centros de salud con hospitalización pero en la realidad siguen operando.

El Modelo Integrador de Atención a la Salud (Midas) fue creado en el 2002, pero no se ha puesto en práctica. Hace énfasis en el esquema de financiamiento de la atención a la salud y prioriza aspectos como calidad (efectividad y trato digno), seguridad y continuidad de la atención y prevención y atención resolutoria, integrada y continua, orientada a la satisfacción de los usuarios, con enfoque intercultural. Sus valores básicos son universalidad, portabilidad, priorización explícita, gratuidad, solidaridad financiera, subsidiaridad, presupuestación democrática, transparencia y rendición de cuentas.¹⁰

De manera paralela al Midas, se han implementado otras estrategias de relevancia, tales como el Sistema de Protección Social en Salud (2004). Este Seguro Popular, no es un modelo de atención, sino de financiamiento, como tal, tiene impacto positivo en la mejora de la infraestructura física, la adquisición de equipo, el abasto de suministros y la contratación de recursos humanos. También da lugar o contribuye al diseño e implantación de nuevos enfoques para la atención a enfermedades crónicas tales como las Unemes-EC, Consulta Segura (ver abajo).

También coetánea del Sistema de Protección Social y del Midas, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), prioriza el concepto de “calidad” y procesos de acreditación y certificación, entre otros. Su impacto en la atención de primer nivel se describe en el capítulo de regulaciones y estándares.

Descripción de la situación actual

Metodología de análisis

Se analizan las características del Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA) creado en 1985, y modificado en 1995, ya que el esquema de recursos humanos, la tipología de las unidades prestadoras de servicios de salud, los paquetes de servicios de salud que se ofrecen a la población y los mecanismos del sistema de referencia y contrarreferencia siguen vigentes con algunas variantes mínimas.

El modelo establece los lineamientos generales para la atención de las necesidades de salud de la población en los Servicios Estatales de Salud (Sesa), si bien su adaptación a las condiciones locales (epidemiológicas y de los servicios de salud) es responsabilidad de cada entidad federativa. El análisis se centra en la implementación, en la problemática de las unidades de atención ambulatoria y en el enlace entre ellas, que es el Sistema de Referencia y contrarreferencia (Redess).

En segundo lugar se analizan las características y resultados de las evaluaciones realizadas a programas o iniciativas que son ejemplos de estrategias dirigidas a problemas de salud o a componentes específicos de la atención. En este análisis incluimos el Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, los servicios orientados a padecimientos crónicos de las Unemes-EC y la Consulta Segura.

Resultados del análisis

El modelo de atención del primer nivel

El avance en la estructura y recursos del primer nivel de atención aún es insuficiente, tal como se muestra en el capítulo relativo a la infraestructura física y recursos humanos de las unidades de atención ambulatoria. Existen cuatro estrategias, Sistema de Protección Social en Salud (financiamiento),¹¹ de mejora explícita de la calidad, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud,¹² de evaluación de mínimos indispensables (proceso de acreditación)¹³ y de óptimos necesarios (proceso de certificación¹⁴). Estas estrategias se analizan en los capítulos relativos a capacidad organizacional y regulación y estándares. Nuestro interés se centra en las características propias del modelo de

atención, tanto a nivel general como en las iniciativas para problemas de salud particulares. Analizamos la tipología y características de las unidades de atención, la composición del equipo de salud encargado de la atención, la cartera de servicios, y los mecanismos de referencia y contra-referencia como garantía de la continuidad de cuidados. Para ello utilizamos información de varias fuentes^{15,16,17}

Tipología y características de las unidades de atención ambulatoria

En 2010 el sector público contaba con 20 389 UAA y 23 007 consultorios, de los cuales 68.5 %, pertenecía a los Sesa.¹⁷ Si bien en los diferentes modelos existen variaciones en la tipología de las unidades, se toma como referencia la que aparece en el MASPA ya que es la que sigue vigente en la operación de los servicios. El caso de las Unemes-EC merece consideración especial, por ser una innovación del Midas como iniciativa específica para atención a enfermedades crónicas (ver abajo).

La tipología, extremadamente variada, es la siguiente: Casa de Salud, caravanas de la salud (tipo 0, I, II y III), centro de salud rural para población dispersa, centro de salud rural para población concentrada, centro de salud urbano, centro de salud con servicios ampliados, Unidades de Especialidades Médicas y Clínica de Especialidades. La denominación actual también es variada, por ejemplo, centros de salud A, B y C, centros de salud rurales y urbanos, centros de salud de 1 a 12 núcleos y centros de salud con hospitalización o ampliados. En esencia, sin embargo, su composición y organización son las mismas. En conjunto constituyen la mayor proporción de unidades del Sistema Nacional de Salud. En algunos documentos como el Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010 aparecen otro tipo de unidades que no pertenecen a los modelos de la Ssa, o son tan poco numerosas que no son representativas de la atención. Debe hacerse notar que no todas las unidades están equipadas para dar la atención de primer nivel esperada. Por ejemplo, los centros de salud no disponen de tecnología para la atención de diabetes e hipertensión y deben recurrir a otros niveles. Es común ver que el personal llevando su propio equipo de trabajo, ya que no existe en el centro. La oferta del servicio en estas condiciones es muy desfavorable. Sin embargo vale la pena mencionar tres tipos de unidades de atención concebidos para llevar la atención a la población

con más problemas de accesibilidad: las casas de salud, las caravanas para la salud y las Unemes. Estas formas innovadoras de atención en el primer nivel merecen ser mejor evaluadas y podría ser conveniente mantenerlas, mejorarlas y promoverlas en ciertos ámbitos.

Las casas de salud¹⁸ son espacios físicos proporcionados generalmente por los habitantes de comunidades rurales de alta dispersión; es el primer nodo en la red de servicios de salud para estas localidades. Cada casa está a cargo de un promotor de salud de la propia comunidad en la que se realizan diversas actividades de atención y promoción de la salud. Se ofrecen servicios básicos de atención médica, sales de hidratación oral, antitérmicos, analgésicos y métodos de planificación familiar. Las casas de salud constituyen un importante mecanismo de extensión de cobertura y suelen colaborar estrechamente con los servicios de salud, primordialmente con los centros de salud rurales para población dispersa. Algunas promotoras son a la vez parteras tradicionales. Son auxiliares capacitadas que realizan el control de las embarazadas de la comunidad, su imagen es bien aceptada por la población incluso pueden convertirse en líderes de la comunidad. Sin embargo muchas de ellas reciben poco apoyo en forma de supervisión.

Algunas casas están construidas exprofeso, pero otras tantas carecen de los servicios básicos, son improvisadas o bien son parte de las viviendas de las auxiliares representan un símbolo comunitario y pueden ser un excelente recurso de apoyo a los servicios ambulatorios. Es importante recordar que las casas de salud, no son infraestructura de la Ssa, por lo que no existe ningún vínculo legal, financiero o de otra índole más allá de la operación funcional.

Las caravanas para la salud se incorporaron al sistema en 2006 y se clasifican de acuerdo a la complejidad de sus servicios. Hay de tipo 0, sólo disponen del equipo de salud); tipo I (unidad móvil básica); tipo II (consultorio médico y dental, química seca, electrocardiografía y acceso a telemedicina) y tipo III (consultorio médico y dental, química seca, electrocardiografía, ultrasonido y telemedicina). Son operadas por un equipo integrado por médico, enfermera, un chofer polivalente (promotor voluntario) y dependiendo del tipo de unidad, se suma un odontólogo. El objetivo de las caravanas consiste en acercar los servicios a lugares de difícil acceso geográfico y que no dispongan de establecimientos fijos a menos de una hora de transporte por medios habituales. También vinculan a las familias con el Seguro

Popular. Su oferta consiste en la cartera de servicios del Causes. Programan sus actividades con rutas de trabajo y son controladas por un responsable a nivel estatal (Diario Oficial de la Federación, 2006).¹⁹

Equipo de salud encargado del primer nivel de atención

A lo largo del tiempo los recursos humanos que integran la oferta de servicios han tenido variaciones importantes, no siempre consolidadas. Se han probado diversas modalidades interesantes, tales como incluir en las acciones de salud integrantes de la comunidad y promotoras de salud y parteras tradicionales ajenas al personal de la SSa, así como personal con perfiles específicos. Estos perfiles incluyen al técnico rural en salud; al promotor de atención primaria a la salud (Prodiaps, de la unidad de APS, modelo particular del estado de México), al técnico en atención primaria e incluso a la combinación de promotor-chofer (chofer polivalente, original de IMSS-Coplamar). El equipo de salud está integrado de manera formal por el médico o pasante en medicina y dos auxiliares de salud o enfermeras, si se dispone de ellas, así como el trabajador social (PAPAM y PASPMGU).

El equipo ha recibido diversos nombres tales como; Equipo de Salud, Módulo de Salud, y Núcleo Básico de Servicios de Salud (NBSS), sin que cambien los integrantes de la unidad.

Hay problemas severos relacionados no tanto con el tipo de personal sino con la escasa contratación, lo que constituye un reclamo constante de los Sesa. En el Observatorio del Desempeño Ambulatorio se cita como problema la contratación de pasantes, sobre todo para las unidades rurales. Además los equipos de salud tradicionalmente han carecido de capacitación formal; reciben cursos pero son aislados y conforme a los programas verticales.¹⁷

Cartera de servicios

La oferta de servicios en el primer nivel de atención ha sido condicionada por la problemática circunstancial y por los vaivenes de la política sanitaria. Actualmente confluyen en esta actividad varias orientaciones, programas y tipos de población (Seguro Popular, Programa Oportunidades, población sin filiación, etcétera. En teoría ofrecen acceso a diversos paquetes de servicios y diversas

prioridades, pero esa cuestión no parece estar cerrada todavía. Y, al parecer no puede hablarse de un modelo de atención de primer nivel en sentido estricto.

En la década de los años sesentas y setentas del siglo pasado se priorizó la planificación familiar, en otros momentos el problema de la nutrición y en otros más, paquetes específicos para la estrategia de atención primaria a la salud. En algunas ocasiones y entidades federativas se ha privilegiado la orientación a la promoción de la salud y el saneamiento del medio, mientras que en otras se han adoptado enfoques más amplios como el de medicina familiar (Salud Pública del DF, en 1983) o el Paquete Básico de Servicios de Salud.²⁰ Con la introducción del Seguro Popular se adoptó un Catálogo universal de servicios de salud (Causes), en evolución, así como el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Confluyen igualmente en el primer nivel los programas verticales de promoción y prevención, que operan con sus propias reglas y responsables. En algún momento las acciones en salud estaban dirigidas primordialmente para atender las enfermedades transmisibles; hoy se han sumado las no transmisibles y una cartera de servicios desigual e inacabada. Todo ello delinea un perfil de atención de mayor costo y de mayor complejidad sin que exista un patrón común para toda la población.

Mecanismos de referencia y contra-referencia

El Midas define “red” como el conjunto de unidades de atención a la salud cuya coordinación, complementariedad resolutive e inter-conectividad garantizan el otorgamiento de la totalidad de las intervenciones de una cartera de servicios esenciales de salud a los beneficiarios de la estrategia en una área geográfica y poblacional determinada²¹. No puede decirse, sin embargo, que hoy en día esta idea sea una realidad. La coordinación entre unidades y niveles de atención sigue siendo un problema pendiente.

La SSa ha realizado varios intentos por organizar con eficiencia la Red de Servicios de Salud (Redess). En 1988, la Subsecretaría de Servicios de Salud sentó las bases del procedimiento para priorizar la atención al paciente, adecuar la atención por nivel según su patología y utilizar los recursos con base en las consideraciones de costo-efectividad y costo-beneficio. También, de acuerdo con la Ley General de Salud, estableció los niveles de atención y los caracterizó conforme a su planta física, equipamiento, recurso humano y patología

que atienden. El procedimiento es obligatorio en todas las unidades de la SSA y define a la referencia como el envío de pacientes de una unidad de salud a otra receptora de igual o mayor complejidad con el objeto de proporcionarles los servicios de atención médica que requieran. La contrarreferencia es el envío de pacientes de la unidad receptora a la unidad que hizo la referencia una vez proporcionados los servicios de atención médica requeridos. El procedimiento incluye también la referencia de especímenes y anexa un extenso catálogo de unidades, patologías y especímenes.²²

En 2000 la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud estableció los lineamientos para realizar el procedimiento como complemento del Modelo de Atención (aún vigente) y para integrar un comité a nivel estatal con el propósito de homologar los mecanismos de operación de la referencia, facilitar el traslado de pacientes y promover la coordinación entre unidades de diferentes niveles de atención. Los lineamientos establecen la responsabilidad de la jurisdicción sanitaria de vigilar el cumplimiento correcto y adecuado del sistema de referencia y contra-referencia. También establecen que el paciente debe recibir un trato preferencial y no esperar durante largos periodos.

También deben existir grupos colegiados pendiente del sistema de referencia y contrarreferencia, así como directorios de unidades y formatos de referencias. El sistema incluye indicadores de evaluación relacionados con el número de problemas resueltos, contrarreferencias recibidas en el primer nivel y en el segundo nivel, pacientes satisfechos y casos referidos manejados clínicamente de manera adecuada.²³

No obstante, debido a una coordinación inadecuada entre los niveles de atención,²³ los problemas mencionados a continuación se detectan de manera casi rutinaria:

- Falta de papelería (hojas de referencia) y de personal administrativo que atienda la referencia.
- Referencias mal fundamentadas clínicamente, en el diagnóstico y motivo de la referencia.
- Ausencia de directrices para los pacientes e incluso para el personal de salud, a lo que se asocia información y orientación deficiente o equivocada al paciente respecto a su referencia.
- Falta de seguimiento de la referencia por parte del personal de salud.

- Descalificación técnica del segundo al primer nivel de atención, y del tercero al segundo incluyendo rechazo de los estudios realizados en el primer nivel por falta de calidad técnica.
- En los hospitales la saturación de pacientes que lleguen por sus propios medios por lo que no se puede dar prioridad a los pacientes referidos.
- Desconocimiento por parte del personal de salud de los servicios de atención y apoyo que puede brindar el hospital a las necesidades de atención del paciente referido.
- Problemas de solvencia económica para que los pacientes referidos se trasladen por sus propios medios aunados a la incapacidad de las unidades de primer nivel para trasladar a los pacientes y falta de lugares para la pernocta de familiares que acompañan al referido y que llegan a un lugar ajeno a su residencia habitual.
- Comunicación deficiente de la unidad de primer nivel con la de segundo, para establecer condiciones y medios de aceptación del paciente referido, en gran medida por la falta de medios de comunicación
- Referencia de pacientes con urgencias percibidas.

En el caso de la contra-referencia, se observan problemas adicionales tales como:

- Adscripción del paciente al segundo o tercer nivel en lugar de regresarlo al primer nivel para su seguimiento y control.
- Falta de requisitado de la hoja de contrarreferencia por parte del médico del segundo nivel.
- Percepción del paciente de que en el hospital, a diferencia del primer nivel, sí curan.

Programas e iniciativas para atención a problemas de salud específicos

En este apartado incluimos tres iniciativas con un largo alcance potencial que se basan necesariamente en un funcionamiento adecuado del primer nivel de atención. La primera es el ambicioso Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Es la principal línea de acción de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud que fue establecida en 2007 con la participación de todas las instituciones del Sector Salud²⁴. La segun-

da es el Sistema Nominal en Salud (Sinos)/Consulta Segura que fue concebido para promover, prevenir y detectar oportunamente enfermedades a partir de las obtención del perfil inicial de riesgo en salud de los afiliados al Seguro Popular y beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.²⁵ La tercera es la creación de unidades de atención específicas para enfermedades crónicas (Unemes-EC) dentro de la SSA y los Sesa con el objetivo principal de contribuir a prevenir y tratar estos padecimientos de forma integral e interdisciplinaria, así como a disminuir la saturación y los costos de operación de los hospitales²⁶. En los tres casos los datos existentes muestran un cierto avance en sus objetivos, aunque no de la magnitud esperable. También muestran problemas de diseño que implican una cierta descoordinación, traslapes y probables repeticiones. Más aún, al parecer cada iniciativa tiene su propio sistema de información y de administración a pesar de las coincidencias parciales entre ellas tanto en relación a la población objetivo como a las unidades de atención que las deben aplicar y a las intervenciones a realizar.

No hay ejemplos claros de la implementación de modelos de atención para otros problemas de salud relevantes como la salud materno-infantil.

Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud

En esta iniciativa se agrupa a las previamente existentes en la SSA y en otras instituciones sobre atención integrada de la salud, tales como la Estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida impulsada por la SSA desde 2004, el programa PrevenIMSS y el Modelo Familiar Preventivo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

El documento programático²⁷ y en el manual de implementación,²⁸ del paquete garantizado establecen que sus objetivos son: (i) garantizar acciones efectivas de promoción y prevención para cada uno de los grupos de la población; (ii) favorecer la corresponsabilidad social en el cuidado de la salud, y (iii) asegurar un sistema de información nominal al que se le pueda dar seguimiento y evaluar.

El paquete garantizado se ofrece “a todos los usuarios de las unidades de salud del primer nivel de atención de todas las instituciones públicas del Sistema

Nacional de Salud, independientemente del motivo de la consulta, edad, sexo, religión, dererchobabiencia, situación económica y lugar de residencia”.²⁹ Las líneas de acción para su implementación incluyen la reforma del primer contacto a través del fortalecimiento de la oferta para la entrega del paquete garantizado y el desarrollo de capital humano en salud pública. Las Cartillas Nacionales de Salud son el vehículo documental o instrumento de registro individualizado de las acciones básicas de promoción y prevención. Están unificadas para todo el sector y existen versiones para cinco grupos poblacionales: niñas y niños de 0 a 9 años, adolescentes de 10 a 19, mujeres de 20 a 59, hombres de 20 a 59 y adultos mayores de 60 años y más. Las consignan todas las intervenciones de promoción y prevención que corresponden a cada grupo, incluidas naturalmente las relacionadas con enfermedades crónicas.

La iniciativa no puede ser más lógica y pertinente y tiene gran trascendencia potencial tanto para la mejora de la salud de la población como para el ejercicio de una de las funciones esenciales de la atención de primer nivel. Está pendiente su evaluación completa y la rutina está separada del sistema de información diseñado para monitorizar la calidad de la atención de primero nivel. Los datos obtenidos en la Ensanut 2012 sobre la existencia de las cartillas nacionales de salud en los hogares pueden servir como instrumento indirecto de evaluación. Estos datos muestran que la implantación de la cartilla varía considerablemente tanto entre entidades federativas como entre instituciones y grupos de edad. Entre grupos de edad las cifras más bajas aparecen en el grupo de 10 a 19 años (media nacional de 25 a 35%, según entidades) y las más altas entre los de más de 60 años (media de 45 a 69% según entidades) y los niños de 0 a 9 años (media nacional de 53 a 64%, según entidades). Estas cifras no necesariamente equivalen a utilización adecuada pero son esperanzadoras aún cuando no parecen ser demasiado altas. Es necesario tener en cuenta además que la pregunta de la Ensanut incluye como respuesta positiva alternativa el registro de las vacunaciones y que la Cartilla Nacional de Salud también es obligatoria en la iniciativa de Consulta Segura (ver abajo). Las cifras mencionadas, entonces, apuntan a la necesidad de reforzar aún más las estrategias preventivas y de promoción de la salud en el primer nivel de atención.

El Sistema Nominal en Salud (Sinos)/Consulta Segura

El Sistema Nominal en Salud/Consulta Segura Sinos se diseñó para ser aplicado de forma obligatoria a todos los beneficiarios del Seguro Popular como parte del proceso de afiliación y reafiliación para “promover, prevenir y detectar oportunamente enfermedades a partir de la obtención del perfil inicial de riesgo en salud”. También es de aplicación obligatoria a los beneficiarios del programa Oportunidades para dar “seguimiento personalizado de las acciones en salud y corresponsabilidades de los beneficiarios del programa”²⁹.

El Sinos consta de tres módulos uno es el de “Consulta Segura” que consiste en la aplicación de tamizaje basado en parte en las Cartillas Nacionales de Salud y otras Guías Médicas Sectoriales y Normas Oficiales de Salud. En conjunto se establece un Perfil de Salud, o tamiz, con 21 variables que se puede aplicar en menos de diez minutos. Tiene un costo relativamente aceptable³⁰ permite identificar factores de riesgo de salud, de acuerdo con grupos etareos, sexo y padecimientos aplicables a cada uno de ellos. La Cartilla Nacional de Salud podría utilizarse en otro módulo del Sinos, el de, Seguimiento de la Atención en Salud”, para realizar y registrar las actividades preventivas que correspondan, para certificar las co-responsabilidades de los beneficiarios del Plan Oportunidades. Sin embargo, este módulo no se incluyó en la versión final que se entregó a las entidades federativas ya que se consideró que su implementación complicaría en exceso la primera fase del proyecto iniciada en 2009. Por ello se mermó el impacto potencial del Sinos puesto que prescinde del seguimiento posterior al tamizaje inicial. Si el Sinos se aplica en su totalidad y de forma coordinada y no independiente tiene el potencial de ser un gran aliado para la aplicación del “Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud” y de las estrategias de salud pública en el primer nivel de atención.

Sin embargo, hasta ahora la aplicación del Sinos ha sido desigual entre las diversas entidades federativas, en parte porque no cuenta con soporte normativo ni documentos que formalicen el desarrollo de los procesos a seguir. En algunos casos se ha priorizado el primer módulo (Toma de huellas para identificar a los afiliados); en otros los dos módulos implantados hasta

ahora (Toma de huellas y Consulta Segura) se realizan de manera sincronizada, en otros en citas sucesivas y también hay casos en los que no se establece prioridad alguna. Más aún, no siempre se incluye al primer nivel de atención.³⁰ Estamos pues ante una iniciativa con un gran potencial pero que ha sido planificada e implementada de manera irregular.

Las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Unemes-EC)

Las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Unemes-EC) son unidades de atención ambulatoria que ofrecen servicios de especialidad y alta especialidad en ambientes no hospitalarios. Cada Uneme está constituida en función de las necesidades epidemiológicas y de demanda específicas a las que debe responder y ofrece bajo el mismo techo uno o varios servicios como diagnóstico, cirugía ambulatoria, hemodiálisis, oncología, prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual y VIH-sida, salud mental y rehabilitación.

Las Unemes-EC surgieron como respuesta a la creciente prevalencia y mortalidad por diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA), la enorme carga financiera que genera el tratamiento de estos padecimientos y los pobres resultados de las estrategias de atención. Funcionan al interior de la SSA y los Sesa su objetivo principal es contribuir a prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de mayor prevalencia en México. Utilizan un modelo innovador que busca garantizar la atención integral y multidisciplinaria de las personas afectadas por estas enfermedades, con lo que se espera contribuir en el control de la saturación y costos en el nivel hospitalario. Las primeras Uneme-EC se pusieron en marcha en 2007 y a finales de 2011 ya había en el país 83 unidades.²⁶

Las Uneme-EC representan un modelo de prevención clínica diseñado para atender a pacientes con sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus. Son parte de las acciones selectivas de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Su finalidad es promover conductas saludables y cambios de estilos de vida entre los pacientes y sus familias. Por lo tanto combinan el enfoque terapéutico, preventivo para la detección oportuna y las medidas de vigilancia poblacional.

Las Uneme-EC cuentan con médico especialista en medicina integrada,* medicina interna o endocrinología, y profesionales de enfermería, psicología, nutrición y trabajo social. Por lo general tienen mejores niveles de abasto completo de medicamentos que las unidades operadas por los mismos Sesa.²⁶ Atienden a un promedio de 1.5 pacientes de primer contacto por día.

Una evaluación realizada sobre una muestra de 30 Unemes-EC de 21 estados,²⁶ refleja avances moderados aunque significativos en la mayoría de los biomarcadores en pacientes con diabetes, hipertensión o síndrome metabólico. Sin embargo la evaluación también detecta algunos problemas relacionados con el abasto de medicamentos (35% de los pacientes han tenido que comprar alguna vez medicamentos por desabasto) y el sistema de referencia y contrarreferencia (la mayoría de los pacientes y sobre todo los diabéticos son referidos desde el centro de salud pero sólo en 12 de las 30 unidades son siempre referidos del primer nivel y en 18 unidades esta referencia ocurre “frecuentemente”). Pocas veces se realiza la contrarreferencia pero, curiosamente una tercera parte de los pacientes que no mejoran su control metabólico tras el plazo máximo de atención son reenviados al primer nivel. La causa de referencia al segundo nivel es la presencia de complicaciones como insuficiencia renal, cardiopatías, pie diabético y descontrol metabólico, así como revisión oftalmológica.

No hay una evaluación clara de la ventaja costo-efectiva de extender esta estrategia en comparación con reforzar las mismas actividades en los centros de salud del primer nivel de atención e integrarlas más con las actividades de prevención y promoción de la salud.

Conclusiones. Identificación de brechas

En relación al modelo general de atención

En décadas recientes el modelo del primer nivel de atención se ha enriquecido con experiencias diversas y parciales pero permanece sin cambios sustanciales des-

* Dirección General de Calidad y Educación en Salud define la especialidad en medicina integrada como. Es la residencia que forma al especialista para la medicina de primer contacto con un alto nivel de calidad técnica, interpersonal e intercultural que fortalece una atención médica resolutoria, centrada en la persona y planifica la continuidad de la atención a la salud con base en la prevención y promoción, el diagnóstico oportuno, el o los tratamientos específicos y la rehabilitación, mediante la vinculación y colaboración con los especialistas corresponsables en las redes de servicios, a fin de sustituir demanda por cuidado a la salud. En 2007 se otorgaron 190 plazas.

de 1985. La propuesta integradora más reciente (Midas) no se ha implementado.

El primer nivel incluye una variedad considerable de tipos de unidades de atención cuya justificación y diferenciación no está claramente evaluada y justificada.

La potenciación de recursos tales como las casas de salud y las caravanas para la salud puede seguir contribuyendo a mejorar la accesibilidad, a la vez que se refuerzan y quizás se unifican las estructuras de los centros de salud.

Además de las posibles deficiencias en infraestructura, equipamiento y recursos humanos, el primer nivel de atención de los Sesa parece carecer de integración y definición de funciones de los componentes potenciales del equipo de atención. Asimismo, la cartera de servicios no está unificada para toda la población a atender.

No parece haber una implementación clara y rutinaria de los sistemas de referencia y contrarreferencia para un verdadero funcionamiento en red que garantice la continuidad e idoneidad de cuidados, mientras que el proceso no está evaluado de manera adecuada.

En relación a modelos de atención a problemas específicos

Las principales iniciativas implementadas recientemente se relacionan con las actividades de prevención y promoción de la salud (Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud y Sinos/Consulta Segura) y la atención a enfermedades crónicas (Unemes-EC).

Existe un cierto traslape y descoordinación en las actividades a realizar a pesar de que en todos los casos la implementación correcta de esas actividades se basa o confluye en el primer nivel de atención.

El paquete garantizado parece estar implementado de manera desigual entre grupos de edad y entidades federativas e instituciones y su evaluación no está integrada en el sistema de monitorización de la calidad de atención del primer nivel.

El Sinos también está implementado de manera desigual y se puso en marcha sin contar con el importante módulo de seguimiento. La variabilidad en su implementación implica que no siempre se realiza en el primer nivel de atención.

El Sinos no se aplica entre toda la población que recibe atención de los Sesa (sólo la del Seguro Popular y el Programa Oportunidades), pero podría utilizar de

manera parcial las cartillas de salud (herramienta del paquete garantizado).

Las Unemes-EC parecen tener un cierto grado de efectividad clínica pero comparten problemas, por lo general en menor medida, con otras unidades de atención del primer nivel. Esos problemas se relacionan con el recurso humano, el abasto de medicamentos y el sistema de referencia y contrarreferencia.

No se han evaluado las ventajas de reforzar la capacidad resolutoria para el control de enfermedades crónicas en las unidades de atención existentes del primer nivel en comparación con la creación de unidades específicas como las Unemes-EC.

El espectro epidemiológico de la población atendida en los Sesas amerita el diseño e implementación de modelos de atención integrales para otros problemas relevantes como la atención materno-infantil.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática 2010. Censo de Población y Vivienda 2010. México: INEGI, 2010.
2. Tuirán R. La educación superior frente a la crisis. México: Subsecretaría de Educación Superior SEP, 2009.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. 2011-2012. México: INEGI, 2012.
4. Velázquez G. Organización y funcionamiento de los servicios de salud del Programa IMSS-Solidaridad. Salud Pública Mex, 1992.
5. IMSS Oportunidades. Acuerdo por el que la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad publica las Reglas de Operación del Programa IMSS-Solidaridad. IMSS, 2002 www.funcionpublica.gob.mx/.../reglas/.../ro_imssolidaridad_2002.htm
6. Subsecretaría de Planeación (1979). Programa de Atención Primaria en Áreas Marginadas, SSA.
7. Subsecretaría de Planeación (1981). Programa de Atención Primaria a Población Marginada en Grandes Urbes, SSA.
8. Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública, (1985) El Modelo de Atención a la Salud (MASPA), SSA.
9. Unidad de Coordinación del Programa Emergente para Grupos Vulnerables (1995) Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta. Secretaría de Salud, México
10. Subsecretaría de Innovación y Calidad (2006) Modelo Integrador de Atención a la Salud. SSA, México.
11. Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2004) Sistema de Protección Social en Salud, SSA.
12. Secretaría de Salud (2001) Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, México.
13. Subdirección de Acreditación (2004) Manual del sistema de acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud, SSA.
14. Consejo de Salubridad General (2002) Manual del proceso para la certificación de hospitales, SSA
15. Informes de supervisión a unidades de primer nivel, Dirección de Regulación de los Servicios de Salud.
16. Informes de Acreditación, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, SSA.
17. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (2010) Observatorio del Desempeño Ambulatorio.
18. Modelo de unidades médicas. Modelo Integrador de Atención a la Salud (Midas). Secretaría de Salud 2006. Casas de Salud
19. Diario Oficial de la Federación (2006) Reglas de Operación de las Caravanas para la Salud. Gobierno Federal, México
20. Programa Emergente para la Atención de Grupos Vulnerables (1995) Modelo de Atención a la salud, SSA.
21. Subsecretaría de Innovación y Calidad (2006) Modelo Integrador de Atención a la Salud. Secretaría de Salud, México.
22. Subsecretaría de Servicios de Salud (1988) Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y envío de muestras y especímenes. Secretaría de Salud, México
23. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud (2000). Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes. Secretaría de Salud, México.
24. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. México, Junio 2007
25. http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=313&Itemid=362
26. Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Unemes-EC). Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Noviembre de 2012.
27. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. México, Junio 2007
28. Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Secretaría de Salud, México, 2011.
29. http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=313&Itemid=362
30. Análisis del diseño e implementación del proyecto Consulta Segura y desarrollo de un instrumento para medir el fortalecimiento de la cultura preventiva. Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C.

Anexo 6.A

Comparativo de los programas y modelos de atención implementados en México

Programa o Modelo	Años de vigencia	Características	Aportes	Limitaciones
Programa de Salud Rural (IMSS).	Década de los setentas	- Dirigido a la introducción de Planificación familiar y extensión de cobertura. - Dirigido a la extensión de cobertura y entrega de medicamentos.	- Se inserta oficialmente la figura de Auxiliar de Salud. - Se vislumbra la atención por niveles de atención. - Atiende a población rural.	- Cobertura mínima e insuficiente (1.4 millones de habitantes).
Programa IMSS-Coplamar (IMSS-Solidaridad) y después IMSS-Oportunidades.	De 1979-2013	- Prioriza atención en: Materno Infantil, planificación familiar, Enfermedades transmisibles, atención médica, saneamiento ambiental, promoción de la salud. - Se trabaja con Equipo de salud (médico, enfermera y trabajador social).	- Se introduce la figura de Técnico rural en salud. - Apoyo en la atención con parteras tradicionales. - Se trabaja el saneamiento del medio. - Modelo de Atención Integral a la Salud - Participación Comunitaria - Se establece un mecanismo de referencia-contrareferencia.	- Limitado sólo a zonas indígenas y campesinas. - Cobertura insuficiente. - Altos costos de operación para entrega de medicamentos (uso de helicópteros). - Problemas de radiocomunicación.
Programa de Atención a Población en Áreas Marginadas (PAPAM, SSA).	De 1979 a 1981	- Prioriza atención en: Materno Infantil, planificación familiar, Enfermedades transmisibles, atención médica, saneamiento ambiental, promoción de la salud. - Se trabaja con Equipo de salud (médico, enfermera y trabajador social).	- Se crea una importante filosofía de trabajo con identidad y pertenencia. - El personal consigue sus unidades de salud. - Atienden a población marginada.	- Sólo se implanta en una entidad federativa. - Es absorbido por el Modelo nación, perdiéndose la innovación. - Sólo duró tres años.
Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes (PASPAMGU, SSA).	De 1982 a 1984	- Se ofrece el Programa de Medicina Familiar. - Equipo de salud (médico y enfermera) servicio de trabajo social y servicio dental.	- Se construyen unidades exprofeso. - Atienden a población marginada.	- Sólo se implanta en tres entidades federativas. - El programa es absorbido por el Modelo nacional, perdiéndose su innovación. - Sólo duró tres años.
Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, SSA.	De 1985 a 1992	- Ofrece atención médica, con énfasis en programas verticales. - Promueve acciones de saneamiento ambiental y participación comunitaria.	- Primer Modelo de Atención, registrado como tal - Retoma y establece la tipología de las unidades.	- Infraestructura deteriorada. - Carencia de recursos humanos. - Insuficiencia de suministros.
Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, SSA.	De 1992 a 1995	- El Módulo de salud, se compone de médico o técnico en APS y dos auxiliares de enfermería. - Ofrece atención médica, con énfasis en programas verticales. - Promueve acciones de saneamiento ambiental y participación comunitaria.	- Se incorpora al Técnico en Atención Primaria a la Salud. - Se mantiene la tipología de las unidades de salud.	- Infraestructura deteriorada. - Carencia de recursos humanos. - Insuficiencia de suministros.
Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta, SSA.	De 1995 a 2013	- El Módulo de salud, se transforma en Núcleo Básico de Servicios de Salud (NBSS), no varían los integrantes. - Ofrece el Paquete Básico de Servicios de Salud.	- Se modifica la tipología de unidades, CS de 1 NBSS y CS de 2-12 NBSS. - Prácticamente no hay aportación. Nota: El Modelo sigue siendo vigente, y la tipología en los Sesé, se retomó la de 1992.	- Desaparece en el Modelo, el centro de salud con hospitalización (sigue operando en la realidad, pero sin financiamiento).
Modelo Integrador de Atención a la Salud (Midas, SSA).	De 2002- ...	- Se prioriza en la atención general y especializada. - Se promueve el trabajo en Redes.	- Se cita como esquema de financiamiento, prioriza en la calidad, seguridad, universalidad, portabilidad, solidaridad financiera, subsidiaridad, presupuestación.	- El Modelo nunca se ha implantado como tal, no obstante para algunos segmentos del ámbito de la salud, lo ven como el Modelo actual. - Modelo muy teórico.

Calidad del primer nivel de atención
de los Servicios Estatales de Salud

Diagnóstico estratégico de la situación actual

Se terminó de imprimir en mayo de 2014.
La edición consta de 1 000 ejemplares
y estuvo al cuidado de la
Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública

