

**SECRETARÍA DE SALUD**  
**SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO**

**OBSERVATORIO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 2012**

**Secretaría de Salud**

Dra. Mercedes Juan López  
**Secretaria de Salud**

Dr. Luis Rubén Durán Fontes  
**Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud**

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales  
**Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**

Lic. Marcela Velasco González  
**Subsecretario de Administración y Finanzas**

Dr. Gabriel O`Shea Cuevas  
**Comisionado Nacional de Protección Social en Salud**

Mtro. Mikel Andoni Arriola Peñalosa  
**Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

Dr. José Meljem Moctezuma  
**Comisionado Nacional de Arbitraje Médico**

Dr. Guillermo M. Ruiz-Palacios y Santos  
**Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

## **Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012**

Secretaría de Salud / Dirección General de Evaluación del Desempeño

El Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012 es un producto de la Dirección General de Evaluación del Desempeño. La coordinación general estuvo a cargo del Dr. Francisco Garrido Latorre. La redacción final y organización del informe la efectuó Esteban Puentes Rosas. Dayana Pineda Pérez, Marlene Rodríguez Salgado, Alberto Zelocatecatl Aguilar y Dámaris Sosa de Antuñano llevaron a cabo la organización de bases de datos, los análisis estadísticos y contribuyeron directamente en la redacción de diversos capítulos.

El Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012 puede recuperarse totalmente en la siguiente dirección de internet: [www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx)

### **Referencia recomendada:**

Secretaría de Salud. Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2013.

## Acrónimos y abreviaturas

CENAVECE	Centro Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud
CP	Control Prenatal
CSAA	Condiciones Sensibles a la Atención Ambulatoria
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DM	Diabetes Mellitus
EC	Enfermedades Crónicas
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
HbA1c	Hemoglobina glucosilada
HTA	Hipertensión Arterial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
OSAP	Observatorio de los Servicios de Atención Primaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
SESA	Servicios Estatales de Salud
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención a la Salud
SPPS	Sistema de Protección Social en Salud
UAP	Unidad de Atención Primaria
UNEME-EC	Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas

# CONTENIDO

## Presentación

- I. **Introducción**
  
- II. **Una mirada a los servicios de atención primaria**
  1. **Unidades de Atención Primaria (UAP)**
  2. **Disponibilidad de servicios básicos**
  3. **Consultorios**
  4. **Equipamiento**
  5. **Médicos**
  6. **Pasantes de medicina en contacto con el paciente**
  7. **Personal de enfermería**
  8. **Servicios**
  9. **Acreditación**
  
- III. **Oportunidades de mejora**
  1. **Recursos humanos**
  2. **Infraestructura y equipamiento**
  3. **Calidad técnica**
  
- IV. **Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas**
  
- V. **Centros de Salud Atendidos por Pasantes**
  
- VI. **Bibliografía**

## Presentación

Para garantizar el derecho a la protección a la salud que nuestra Constitución Política establece en su artículo 4°, es necesario que haya servicios de salud que tengan la capacidad de atender a toda la población que así lo requiere y que brinden la atención requerida con una calidad idónea.

El Sistema Nacional de Salud ha avanzado notablemente en los esfuerzos por garantizar un acceso irrestricto a los servicios de salud a toda la población y también ha impulsado diversas iniciativas con la finalidad de mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de atención médica a fin de hacer estos más efectivos y seguros sin perder de vista la importancia de mantener un enfoque en las necesidades y perspectivas de sus usuarios. Sólo de esta manera se logrará que las personas que requieren atención a sus problemas de salud obtengan el máximo beneficio de los servicios que se les brindan y que el accionar de los servicios se refleje tangiblemente en la salud poblacional.

Lo anterior es cierto para todos los niveles de atención a la salud pero adquiere particular importancia en los servicios de atención primaria. Este nivel de atención ha fungido básicamente como una puerta de entrada al sistema de atención pero no ha logrado desarrollar su potencial para convertirse en una instancia altamente resolutive que, además de brindar servicios curativos efectivos, incida positivamente en la prevención de riesgos y en la adquisición de estilos de vida saludables.

Para la Secretaría de Salud la mejora de la calidad de los servicios de salud es una preocupación permanente. Normativamente, corresponde a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud la coordinación de las acciones destinadas a elevar de manera permanente la calidad de los servicios de atención médica y en cumplimiento de dicha atribución esta Subsecretaría, a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, ha publicado periódicamente diversos informes que documentan el estado de los servicios de salud, identifican áreas de oportunidad y proponen estrategias de medición para cuantificar y delimitar el reto de la calidad en los servicios de salud.

El *Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012* da seguimiento a estas publicaciones poniendo a consideración del público interesado un diagnóstico actualizado de la situación que guarda el primer nivel de atención y sistematizando los datos existentes con respecto a las áreas de oportunidad que se han identificado en diversos estudios. Como se manifestó explícitamente en otros informes oficiales, el principal objetivo de este *Observatorio* es mantener abierta la discusión sobre la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención como una estrategia altamente eficiente para contar

con un sistema de salud que responda mejor a las necesidades y expectativas de sus usuarios y que incida positivamente en el bienestar de la población.

Este documento, además, funge como una herramienta de rendición de cuentas que permitirá a cualquier ciudadano tener conocimiento del desempeño de los servicios de salud aquí analizados. En la Secretaría de Salud esperamos que este documento brinde elementos para que la ciudadanía se manifieste con respecto al tema de la calidad de la atención a la salud, lo cual, sin duda, contribuirá a que el Sistema integre la visión ciudadana, elemento fundamental de un sistema de atención de alta calidad.

**Dr. Francisco Garrido Latorre**  
**Director General de Evaluación del Desempeño**

## **I. Introducción.**

Una de las principales preocupaciones en cualquier estado democrático es la definir los mecanismos más efectivos para mejorar y proteger la salud de su población. Asimismo, la gente asigna un alto valor a su salud, posicionando ésta incluso por encima de otras necesidades, como la vivienda o el empleo. En consecuencia, en un escenario ideal, cualquier problema de salud debería detonar acciones individuales tendientes a la búsqueda de ayuda y respuestas institucionales de alta calidad para solucionar o controlar el problema.

No obstante, este escenario ideal dista mucho de ser el que ocurre en la realidad. Por un lado, como agente racional, la persona enferma valora los incentivos positivos y negativos existentes para solicitar atención, como son la percepción de gravedad de su malestar, el costo que le implica el traslado, el tiempo de espera para ser atendido y, muy importante, la percepción que tiene de la calidad de los servicios. Por otro, del lado del proveedor también hay desviaciones del escenario ideal. La atención médica suele ser reactiva —sólo responde a petición del paciente—, sin acciones de búsqueda intencionada de personas que no perciben necesidad o que no consideran que valga la pena buscar atención. Además, la respuesta del sistema carece en ocasiones de la calidad deseada, por lo que el resultado neto de la relación entre el usuario y el servicio no es el esperado.

El efecto de este desajuste entre las necesidades y lo que el sistema de salud es capaz de ofrecer es un círculo perverso que determina que los potenciales usuarios de los servicios acudan tardíamente a estos, cuando sus padecimientos se han complicado y su atención se ha vuelto más costosa, para el paciente y para el sistema. La mejor manera de lidiar con este conflicto es fortalecer la atención primaria, acercando los servicios a la gente que los necesita e implementando estrategias que ayuden a mejorar su capacidad anticipatoria y resolutive.

Un sistema de salud con un primer nivel de atención sólido, o incluso diseñado alrededor de este nivel, tiene más posibilidades de responder adecuadamente a los nuevos y más complejos retos que se enfrentan en materia sanitaria. Aunque, en lo general, los niveles de salud poblacional son hoy más altos que nunca —con reducciones notables en nuestro país en materia de mortalidad infantil y en la incidencia de enfermedades como las diarreas y las infecciones respiratorias—, la mayor expectativa de vida y la disminución de las infecciones comunes también han generado un cambio significativo en el perfil de los usuarios de los servicios de atención primaria. Ahora estos tienden a ser de mayor edad y



a estar afectados por enfermedades crónicas o patologías múltiples, a pesar de lo cual no han ocurrido los ajustes pertinentes en el modelo de servicios a fin de dar respuesta a estas necesidades emergentes.

Para afrontar los nuevos desafíos se requieren respuestas sistémicas, que involucren ajustes en la formación y distribución de recursos humanos, en los esquemas de financiamiento, en la infraestructura y en los sistemas de información, entre otros elementos. Acciones aisladas que no incorporen esta visión global tendrán un impacto limitado y en el mediano plazo se verán frenadas por los elementos estructurales que no enfatizan la necesidad de una aproximación integral para la atención del nuevo perfil de pacientes.

Con fines explicativos, la OMS ha identificado cuatro grupos de reformas necesarias para lograr que la atención primaria se desarrolle de tal modo que pueda lidiar con las nuevas necesidades y expectativas de la población: i) *Reforma para la cobertura universal*, a fin de evitar la exclusión de sectores de la población y avanzar de un sistema asistencial a uno basado en la protección social de la salud; ii) *Reforma del sistema de atención*, para que los servicios de primer nivel se organicen con base en las necesidades y expectativas de la gente, impulsando así su relevancia social y mejorando su efectividad; iii) *Reforma de la política pública*, que ayude a generar un marco que favorezca el desarrollo de comunidades saludables y la implementación de políticas saludables en todos los sectores, y iv) *Reforma del liderazgo*, que establezca un esquema que logre un adecuado equilibrio entre la rectoría del Estado sobre la atención a la salud y la autonomía de las unidades de atención y las autoridades locales.

No nos referiremos aquí en detalle a estas cuatro vertientes de transformación del sistema de salud, únicamente mencionaremos que en México se han logrado avances significativos en lo concerniente a la primera reforma, la de la cobertura universal. En términos estrictamente normativos, en 2012 prácticamente se ha logrado garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la población, aunque las transformaciones legales y financieras puestas en marcha todavía requieren acompañarse de acciones que se dirijan a reducir las desigualdades en el acceso efectivo y en la calidad de la oferta de servicios.

Por otro lado, de los cuatro tipos de reforma, el presente documento busca aportar elementos que permitan una discusión fundamentada de la segunda de ellas, la reforma del sistema de atención. En resumen, lo que ésta busca es que los servicios de salud se enfoquen en la persona. De este modo, los servicios de salud responderían puntualmente a los principios fundamentales sobre los que idealmente debe basarse la atención

primaria: atención integral, multidisciplinaria, continua y con opciones de participación para los usuarios. Existen evidencias de que este enfoque en la persona tiene ventajas comparativas en términos de efectividad y eficiencia. Por su propia naturaleza, un sistema de servicios centrado en el usuario descansa fundamentalmente en el primer nivel de atención, que deja de ser una simple aduana para regular el acceso a niveles de atención más especializados y se convierte, por el contrario, en el eje del sistema, desde el cual se establecen las relaciones con dichos niveles pero también con otros actores relevantes, como las organizaciones sociales.

Bajo este esquema, los servicios de atención primaria, para cumplir adecuadamente con sus funciones, deben: i) trabajar con base en una visión integral del fenómeno salud-enfermedad; ii) ser resolutivos y capaces de brindar continuidad a la atención que los pacientes hayan recibido en otros niveles; iii) desarrollar la promoción de la salud, trascendiendo los límites de la atención reactiva; iv) contar con personal que tenga las competencias requeridas para afrontar el tipo de demanda característica del primer nivel de atención, y v) disponer de los recursos necesarios —equipamiento, medicamentos— para desarrollar sus funciones.

En México la atención primaria opera a través de la amplia red de servicios, dependientes de diversas instituciones, que cumplen con el objetivo de atender las necesidades de atención médica no hospitalaria. Este documento se enfoca en las unidades de este nivel —usualmente conocidos como centros de salud— que gestionan los Servicios Estatales de Salud (SESA) y parte de una premisa fundamental: para responder a las necesidades de la población en materia de salud, y para contribuir a reducir la escalada en los costos asociados a la atención médica, es esencial que los servicios de atención primaria de los SESA —así como los de las otras instituciones de salud— tengan una mayor capacidad resolutiva, mejoren sus acciones anticipatorias y den espacio para la participación ciudadana.

La capacidad resolutiva del nivel primario de atención no sólo depende de los servicios prestados en dicho nivel sino también de elementos organizacionales, como los horarios de atención y el trato del personal de apoyo administrativo. Estas variables son claves para la satisfacción de los usuarios, por lo que las inversiones que se efectúen para mejorarlas tendrán una buena relación entre su costo y sus beneficios potenciales.

La Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) ha efectuado desde 2008 diversos esfuerzos por documentar la magnitud de los servicios de primer nivel de atención dependientes de los SESA, tipificar sus características y llamar la atención sobre algunas de las áreas de oportunidad más visibles. La edición 2012 de este *Observatorio* da continuidad a las publicaciones previas, actualizando la descripción de las unidades responsables de brindar los servicios ambulatorios a la población sin seguridad social.

Adicionalmente, se presenta una síntesis donde se resumen algunos de los principales retos que se deben enfrentar para que la atención primaria alcance los objetivos plasmados líneas arriba. Como podrá verse en los capítulos correspondientes, el sistema de atención primaria a la salud sigue padeciendo desajustes importantes con relación al equipamiento y las capacidades de algunos de los prestadores de servicios, lo que finalmente provoca que la efectividad de los servicios no sea la idónea.

Como una novedad puntual de esta edición, se incluye una versión ejecutiva de los resultados de dos proyectos desarrollados en 2012 en el ámbito de la atención ambulatoria. El primero de ellos versa los resultados de un modelo innovador para atender pacientes aquejados por padecimientos no transmisibles, el cual se está ejecutando en los centros denominados Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME-EC), mientras que el segundo presenta la situación particular de los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes.

El estudio en UNEME-EC documentó que estos centros de atención sí están alcanzando mejores niveles de control en pacientes diabéticos e hipertensos que los centros de salud, lo que representa un éxito del modelo considerando que estas nuevas unidades se están enfocando precisamente en los pacientes que no han podido ser controlados en los centros tradicionales. En términos generales, en el estudio se observaron fortalezas que podrían ser exportables, con las modificaciones administrativas pertinentes, al modelo de atención primaria estándar. Entre estas fortalezas se puede mencionar el enfoque multidisciplinario de la atención, que los tiempos de espera son cortos y que el sistema de referencia y contrarreferencia funciona de manera clara y adecuada. Sin embargo, también se encontraron algunas oportunidades de mejora para el funcionamiento y la expansión de las UNEME-EC como son el abasto de medicamentos, la ubicación física de las unidades y el sistema de incentivos para el personal que labora en ellas. Si bien la tipología de estas unidades no empata con lo que habitualmente se ha considerado atención primaria en México, este modelo representa un buen ejemplo de lo que se puede lograr cuando se incorpora una visión más integral en la atención de problemas concretos de salud.

Finalmente, dentro de los hallazgos más sobresalientes del estudio de centros de salud atendidos por pasantes está la constatación de que, efectivamente, hay diferencias significativas en la calidad de los servicios que se brinda en centros atendidos exclusivamente por pasantes y en los que estos cuentan con acompañamiento de médicos titulados. Además de las diferencias encontradas en resultados concretos de la atención, también se documentó que los centros donde sólo hay pasantes suelen tener más limitaciones de equipamiento y abasto de medicamentos. Un aspecto interesante de este proyecto fue la incorporación de la visión de los pasantes sobre su práctica en el servicio

profesional. De sus contribuciones puede colegirse que ellos consideran que la capacitación que se les brinda antes de hacerse cargo del centro de salud es insuficiente, que ocupan demasiadas horas en tareas administrativas y que, en muchas ocasiones, no cuentan con las condiciones mínimas de seguridad para el desempeño de sus labores. En el mismo sentido, las unidades donde laboran sólo pasantes, los medios de comunicación (teléfono, radio, Internet) son más precarios, lo que impide la interacción con otras unidades de salud o las jurisdicciones sanitarias o el apoyo de médicos más experimentados en casos particularmente complicados.

Como en ediciones anteriores, el fin último de este *Observatorio de los Servicios de Atención Primaria (OSAP)* es el de promover la discusión de elementos esenciales para la mejora de los servicios de salud. Sólo mediante una discusión abierta y el reconocimiento explícito de las oportunidades de mejora se pueden generar ciclos de análisis-reflexión-acción que ayuden a evitar la autocomplacencia y las prácticas inerciales y que contribuyan a mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud.

## II. Una mirada a los servicios de atención primaria

A partir del análisis de las fuentes de información disponibles en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS<sup>1</sup>), se actualizaron los datos sobre la disponibilidad de recursos en el primer nivel de atención y sobre la magnitud y características básicas de los servicios que se brindan en estas unidades.

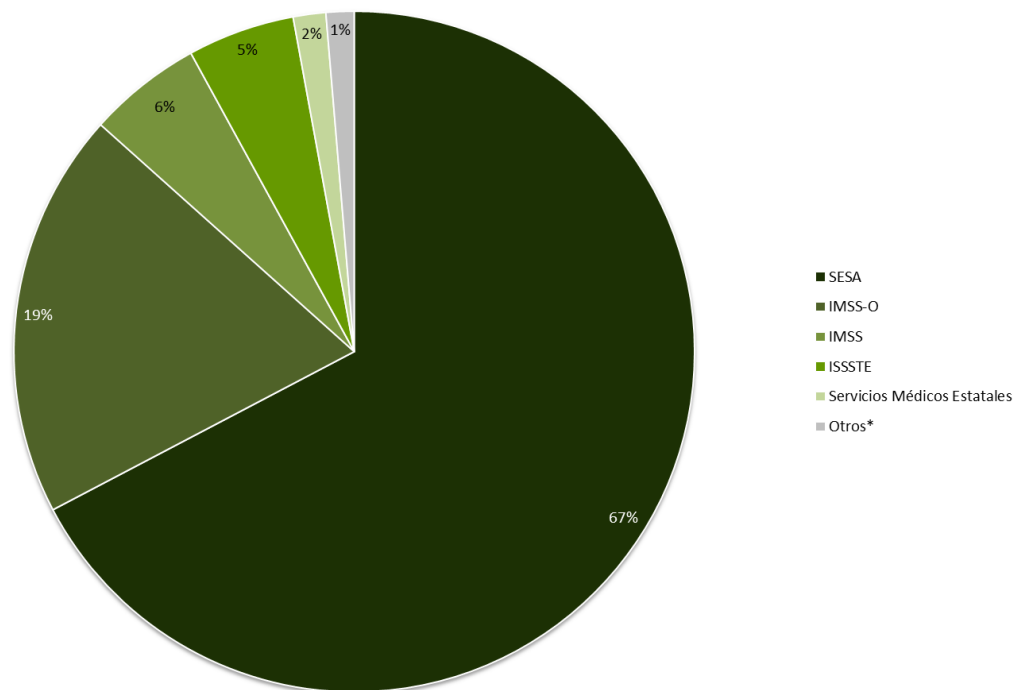
### Unidades de Atención Primara

Hasta julio de 2012, había registro de 27,344 unidades de atención a la salud operando en México. Ocho de cada 10 de éstas (78.3%) correspondían a unidades de atención primaria (UAP), catalogadas de diferente manera en cada una de las instituciones de salud (centros de salud, clínicas, unidades de medicina familiar). Dada la carencia de información que hay sobre unidades privadas, casi todas las UAP registradas pertenecen al sector público (98.2%). No obstante este dato, es un hecho documentado que las unidades privadas representan una parte importante del conjunto de centros dedicados a la atención ambulatoria en el país. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, 38.9% de la población que utilizó servicios ambulatorios de salud en los 15 días previos al levantamiento de esta encuesta lo hizo en unidades privadas.

Los Servicios Estatales de Salud concentran la operación de la mayoría de las UAP: aproximadamente siete de cada diez de estas unidades se encuentran operando bajo la tutela de estas instancias. Las unidades del IMSS-Oportunidades también representan un porcentaje importante (19.3%); seguidas por las del IMSS e ISSSTE (5.5% y 5.1%, respectivamente). El porcentaje restante está operado por gobiernos estatales y otras instituciones del sector salud (**Figura 1**).

---

<sup>1</sup> Para este capítulo se utilizó fundamentalmente el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) y el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS).



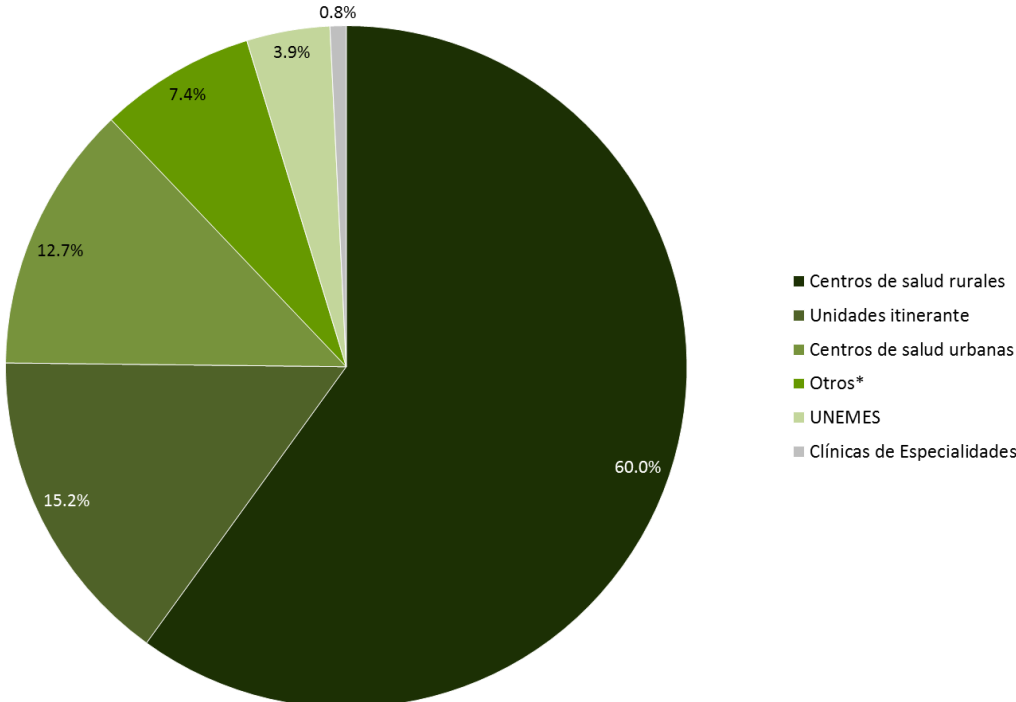
\* Cruz Roja Mexicana, DIF, Servicios Médicos Municipales, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, PEMEX, Hospitales Universitarios, SEMAR, SEDENA,

**Figura 1.** Distribución de Unidades de Atención Ambulatoria por institución. México, 2012.

En los SESA, las UAP cuentan con una clasificación propia según su ubicación y el tipo de servicios que en ellas se ofrece a los usuarios. De las 14,152 UAP de los SESA, 60% son centros de salud ubicados en zonas rurales y 12.7% centros de salud urbanos. Estos dos tipos de unidades representan en forma conjunta 72.7% de las UAP. Otro porcentaje importante está representado por los servicios “itinerantes”, dentro de las que se encuentran las Caravanas de la Salud y las brigadas móviles. Este tipo de unidades tienen la encomienda de acercar los servicios de salud a personas que habitan en comunidades cuya ubicación geográfica es de difícil acceso.

Otro tipo de unidades que merece especial atención son las Unidades de Especialidades Médicas (UNEME), que en sentido estricto no son UAP sino que fueron creadas con el objetivo de posicionarse como un puente entre la atención primaria y la atención hospitalaria, brindando servicios especializados en problemas cuya frecuencia e importancia representan un desafío para el sistema de salud mexicano, como las adicciones, enfermedades crónicas y padecimientos oncológicos, entre otros. Las UNEME representan 4% del total de unidades de atención ambulatoria de los SESA.

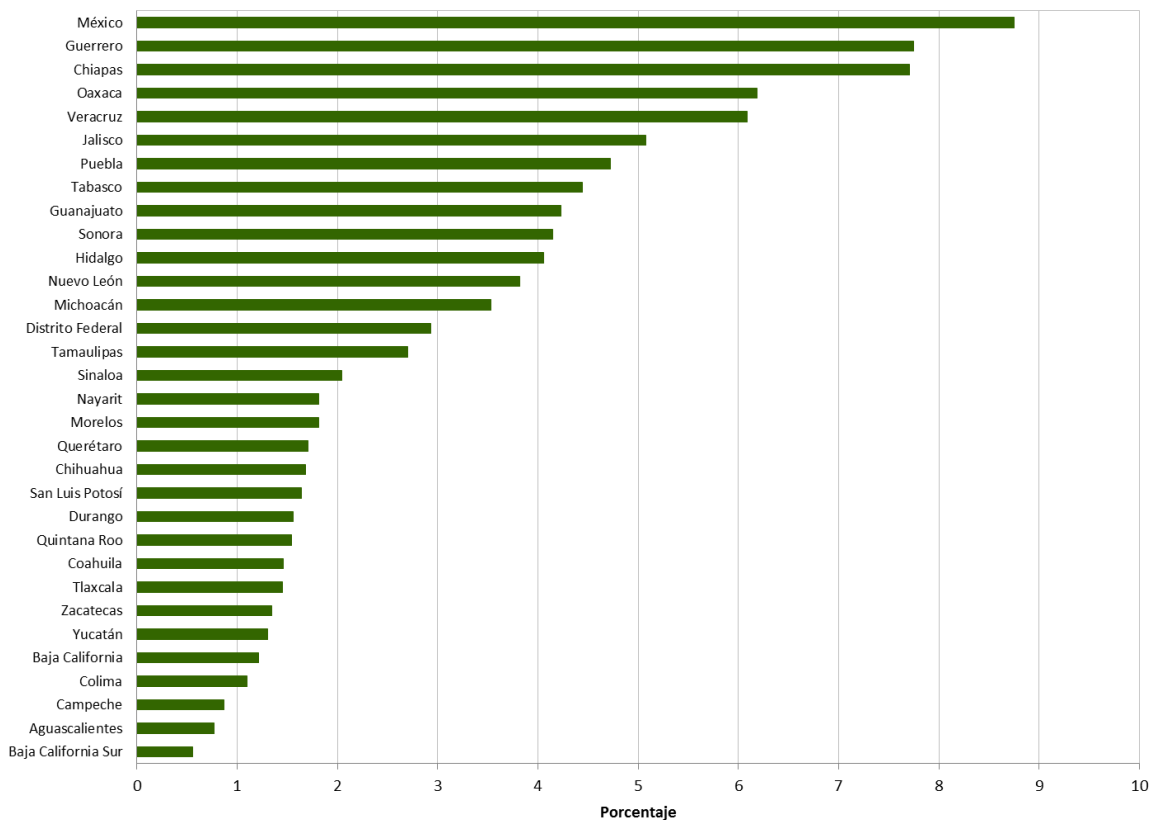
Finalmente, existen otras UAP que en sí mismas representan un porcentaje minoritario, como las casas de salud, las unidades de salud ubicadas en los ministerios públicos, los centros de salud con hospitalización, los centros avanzados de atención primaria a la salud, los centros de salud con servicios ampliados, las clínicas de especialidad y los consultorios delegacionales. En forma conjunta, estas unidades representan 7.4% del total de UAP (**Figura 2**).



\* Casas de salud (5.5%), centros de salud con hospitalización(0.3%), centros avanzados de atención primaria a la Salud (0.6%), centros de salud con servicios ampliados (0.3%), clínica de especialidad (0.02%), consultorio delegacional (0.08%) y unidad del ministerio público (0.5%).

**Figura 2.** Distribución de unidades de atención ambulatoria de los Servicios Estatales de Salud, por tipo. México 2012.

Si se eliminan del conteo las unidades móviles para identificar la infraestructura permanente para otorgar servicios de salud a la población, el número de UAP es de 12,000. Distribuyendo el número de estas unidades por entidad federativa, se puede observar que seis entidades concentran poco más de 40% de UAP: Estado de México, Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Jalisco (**Figura 3**).

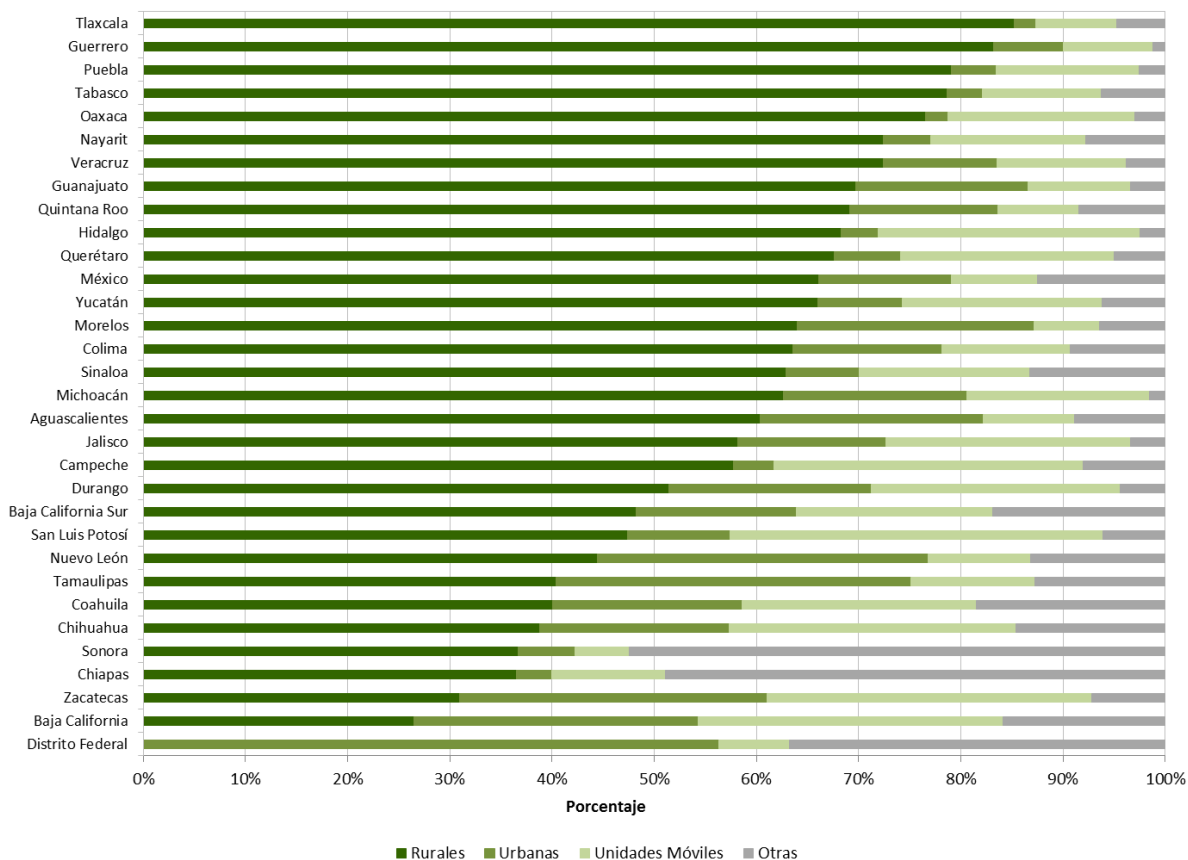


**Figura 3.** Porcentaje de unidades de atención ambulatorias permanentes de los SESA, por entidad federativa. México 2012.

En 26 entidades federativas del país, las UAP rurales representan 40% o más. En Tlaxcala y Guerrero, ocho de cada diez UAP son de este tipo. El Distrito Federal es la única demarcación que carece de unidades catalogadas como rurales.

Por su parte, las unidades móviles tienen una importante presencia en San Luis Potosí, Campeche y Zacatecas, donde representan poco más de 30%. Sonora y Chiapas destacan por el alto porcentaje de “otras” UAP, con 52.5% y 49.3%, respectivamente. La mayoría de estas “otras” UAP son casas de la salud (457 en Chiapas y 250 en Sonora), aunque en el caso particular del Distrito Federal se refieren a unidades vinculadas a oficinas de ministerios públicos. La **figura 4** muestra la distribución porcentual de las UAP por tipo de unidad y entidad federativa.

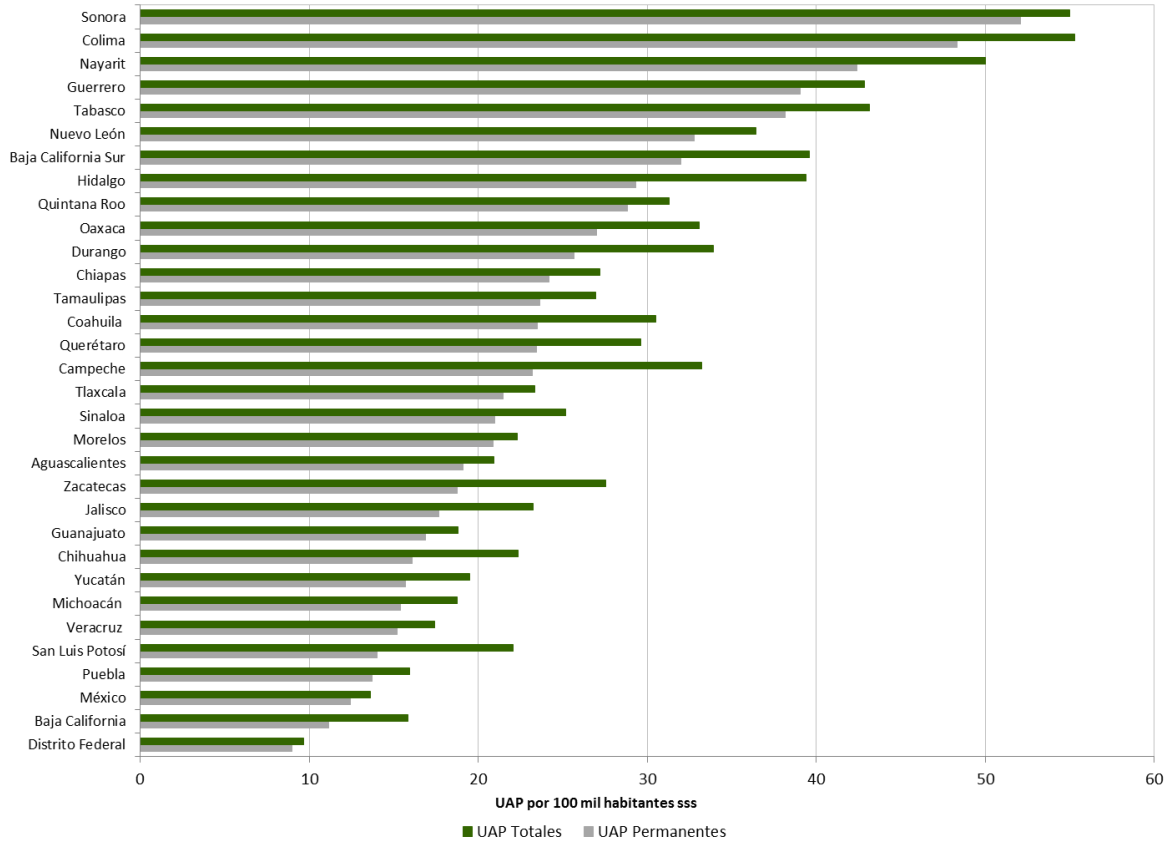




**Figura 4.** Distribución de UAP según tipo, por entidad federativa. México 2012.

En términos poblacionales, en México hay 23.6 UAP de los SESA por 100,000 habitantes no derechohabientes de la seguridad social<sup>2</sup>. A nivel de entidad federativa, el panorama cambia drásticamente en comparación con los datos porcentuales. Aunque el Estado de México ocupaba el primer lugar en el número absoluto de UAP, la disponibilidad real de este recurso es de 13.6 UAP por 100,000, la segunda más baja en el país, sólo por arriba del Distrito Federal. Colima, Sonora y Nayarit, por su parte, tienen una disponibilidad de unidades que cuadruplica la del Distrito Federal, con más de 50 UAP por 100,000. Como puede observarse en la **figura 5**, a pesar de la disminución en las cifras puntuales de disponibilidad, el ordenamiento de las entidades no cambia cuando sólo se incluyen UAP permanentes. El cambio de cifras en algunos casos es notable, como en Campeche e Hidalgo donde el descenso en la cifra alcanza diez unidades.

<sup>2</sup> Incluye población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud. A menos que se especifique lo contrario, todas las cifras de base poblacional usan ese denominador.



**Figura 5.** Disponibilidad de UAP por cada 100,000 habitantes sin seguridad social. México 2012.

### Disponibilidad de servicios básicos<sup>3</sup>

En cuanto a disponibilidad de agua potable dentro de las instalaciones de las UAP, la mayoría de éstas cuenta con registro de este recurso, aunque el 13% que se reporta sin él debería constituir un importante foco de atención. Esta cifra sube a 15% en las UAP rurales y desciende a 4% en las UAP urbanas. Los SESA de Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, San Luis Potosí y Tlaxcala declaran que todas sus unidades están dotadas con este servicio, en tanto que en los SESA de Veracruz, Chiapas y Guerrero el porcentaje correspondiente es sólo de 60%.

Según los datos de la fuente consultada, 3.3% de las UAP no contaban con electricidad, existiendo poca variación entre centros de salud urbanos y rurales (2% y 3.5%,

<sup>3</sup> A partir de esta sección, la información que se presenta corresponde únicamente a las 10,314 unidades de los SESA catalogadas como centros de salud rurales o urbanos, o como centros de salud con servicios ampliados o con hospitalización, ya que la dinámica de las otras UAP tiene particularidades que pueden ocasionar confusión en la interpretación de los datos.

respectivamente). Un panorama distinto se observa en la concierne a la disponibilidad de drenaje en las UAP, donde tres de cada diez no cuentan con este servicio, proporción que en las unidades rurales asciende a 36%.

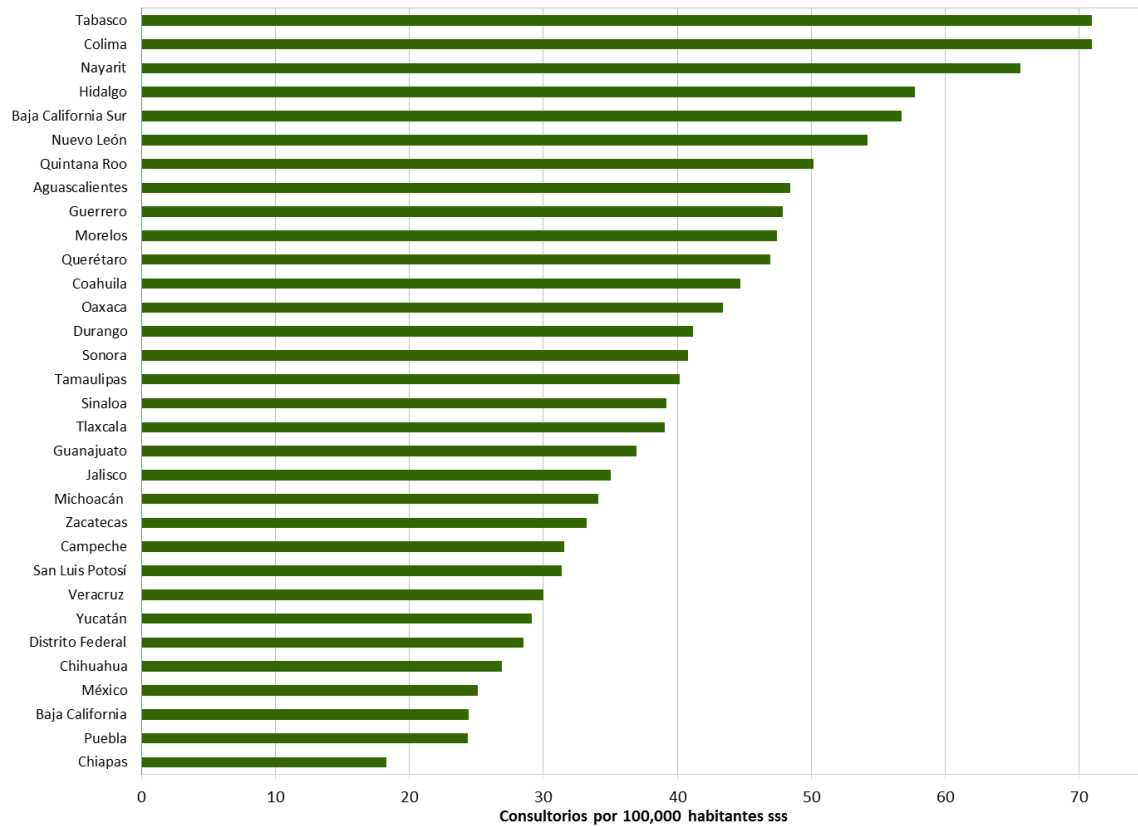
### **Consultorios**

Al cierre de 2011, los centros de salud gestionados por los SESA conjuntaban un total de 20,800<sup>4</sup> consultorios. En términos absolutos, el Estado de México concentró el mayor número de consultorios (2,085), seguido por Veracruz (1,436). En el extremo opuesto, Baja California y Campeche sólo cuentan con 116 y 140 consultorios, respectivamente. La disponibilidad de consultorios por 100,000 habitantes sin seguridad social en centros de salud de los SESA durante 2011 fue de 34.9. Tabasco y Colima destacan por la disponibilidad de estos recursos, alcanzando cifras de 70 consultorios para cada 100,000 habitantes sin seguridad social. De forma contrastante, en Chiapas y Puebla las cifras correspondientes son de sólo 18.3 y 24.3, respectivamente **(Figura 6)**.

Del total de consultorios, 62.5% se concentran en UAP rurales, 35.3% en UAP urbanas y el resto en centros de salud con hospitalización o con servicios ampliados. En promedio, las UAP rurales cuentan con 1.5 consultorios, las urbanas y las unidades con servicio de hospitalización con cuatro y las UAP con servicios ampliados con seis.

---

<sup>4</sup> En 81 UAP que no contaban con registro de consultorios se imputó la existencia de un consultorio.



**Figura 6.** Disponibilidad de consultorios en UAP por cada 100,000 habitantes sin seguridad social. México 2011.

## Equipamiento

De acuerdo con la base de datos del SINERHIAS, al cierre de 2011 sólo 321 UAP contaban con servicio de laboratorio clínico. En este rubro sobresale el Distrito Federal, que contaba con 49 unidades equipadas con laboratorio, seguido del Estado de México y San Luis Potosí con 26 y 24, respectivamente. En Aguascalientes no existe registro de UAP con este equipo. En general, la mayoría de los servicios de laboratorio se encuentran en UAP urbanas, aunque sólo 13% de éstas cuentan con este servicio.

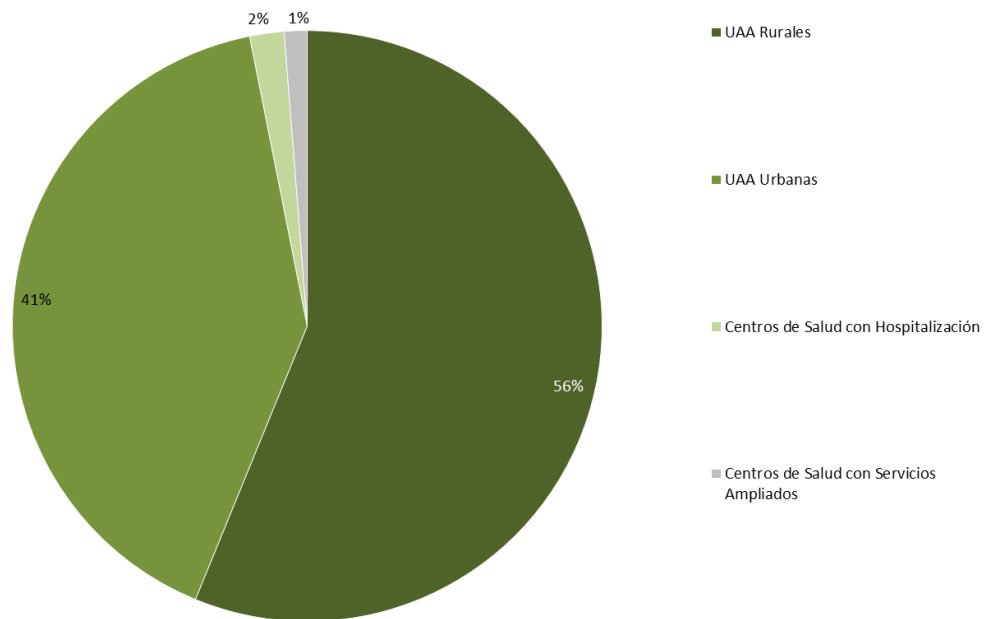
En cuanto al servicio de imagenología, hay registro de su existencia en 143 UAP. En términos absolutos, los SESA del Distrito federal y Chiapas fueron los que contaron con mayor número de éstos (27 y 15, respectivamente). Siete entidades (Baja California, Campeche, Guerrero, Jalisco, Morelos, Quintana Roo y Tabasco) no cuentan con este equipamiento en alguna de sus UAP. Por tipo de unidad, 63% de las unidades de imagenología se encuentran en UAP catalogadas como centros de salud urbanas.

## Médicos

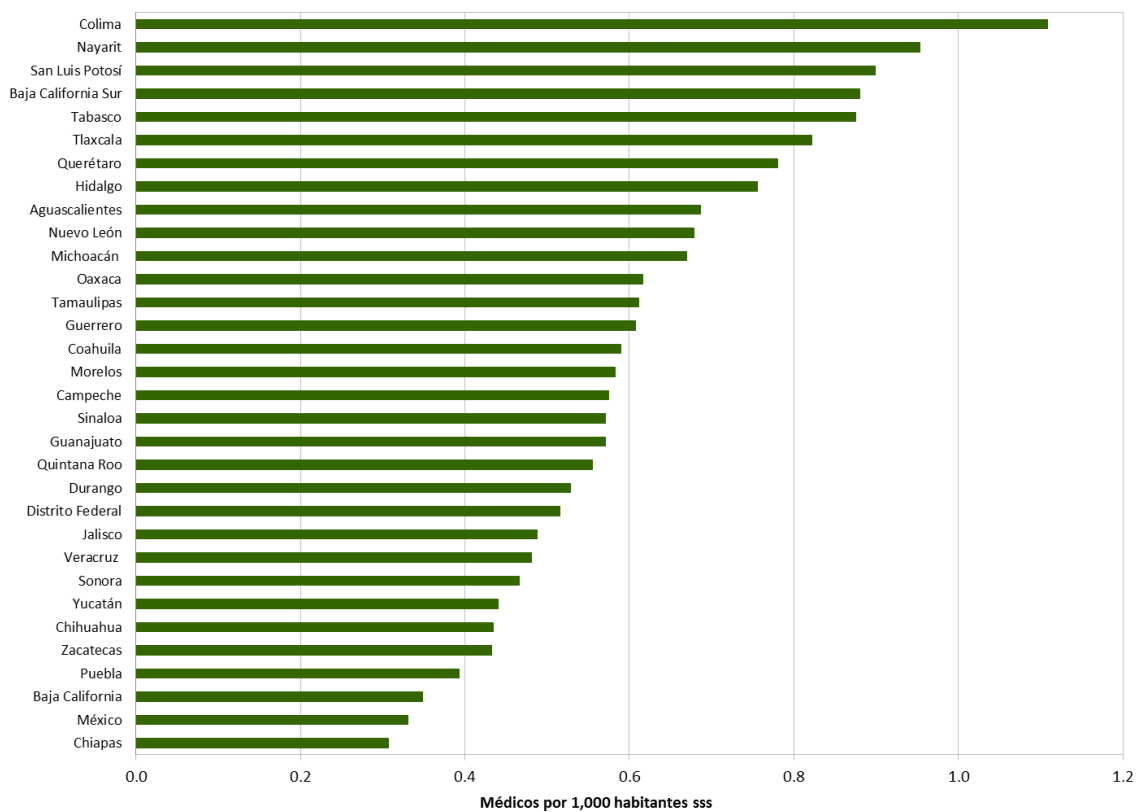
En 2011 había 31,258 médicos en las UAP gestionadas por los SESA. Esta cifra equivale a 3.3 médicos por unidad y a 0.54 médicos por cada 1,000 habitantes sin seguridad social. Aunque posteriormente se hará un desglose más detallado sobre el papel que juegan los pasantes de medicina en los servicios otorgados en las UAP, baste mencionar que estos representan 21% del total, con lo que la disponibilidad de médicos titulados es de sólo 0.4 por 1,000 habitantes sin seguridad social.

La disponibilidad de médicos por tipo de UAP muestra grandes diferencias. Mientras que en los centros de salud rurales están en contacto con pacientes dos médicos por unidad, en las urbanas la cifra se incrementa hasta siete. En los centros de salud con servicios ampliados esta razón sube a 10.2 médicos por unidad y en los centros de salud con hospitalización alcanza su punto máximo con 11.7 médicos por unidad. Porcentualmente, 56% de los médicos en contacto con el paciente se encuentran laborando en UAP rurales, 41% en UAP urbanas y un porcentaje mínimo en centros de salud con hospitalización y con servicios ampliados (**Figura 7**). Finalmente, se analizó la razón de médicos por consultorio según tipo de unidad y se documentó que mientras en los centros de salud rurales existían, en promedio, 1.3 médicos por consultorio, en los centros de salud urbano esta razón se elevó a 1.7. Este resultado puede ser indicativo de la existencia de horarios de servicio más amplios o de la existencia de pasantes acompañados de médicos titulados en las unidades urbanas.

En cuanto a la disponibilidad de médicos por 1,000 habitantes sin seguridad social, sólo las UAP de los SESA de Colima cuentan con más de uno. En Chiapas y el Estado de México, por el contrario, este indicador apenas alcanza valores de 0.3, tendencia observada desde la edición pasada de este documento (**Figura 8**). Debe mencionarse, no obstante, que Colima es una de las entidades con mayor proporción de centros de salud atendidos por pasantes, lo que tiene que considerarse en la interpretación de estos resultados. Este es el tema de la siguiente sección.



**Figura 7.** Distribución porcentual de médicos en contacto con el paciente, por tipo de unidad. México 2011.

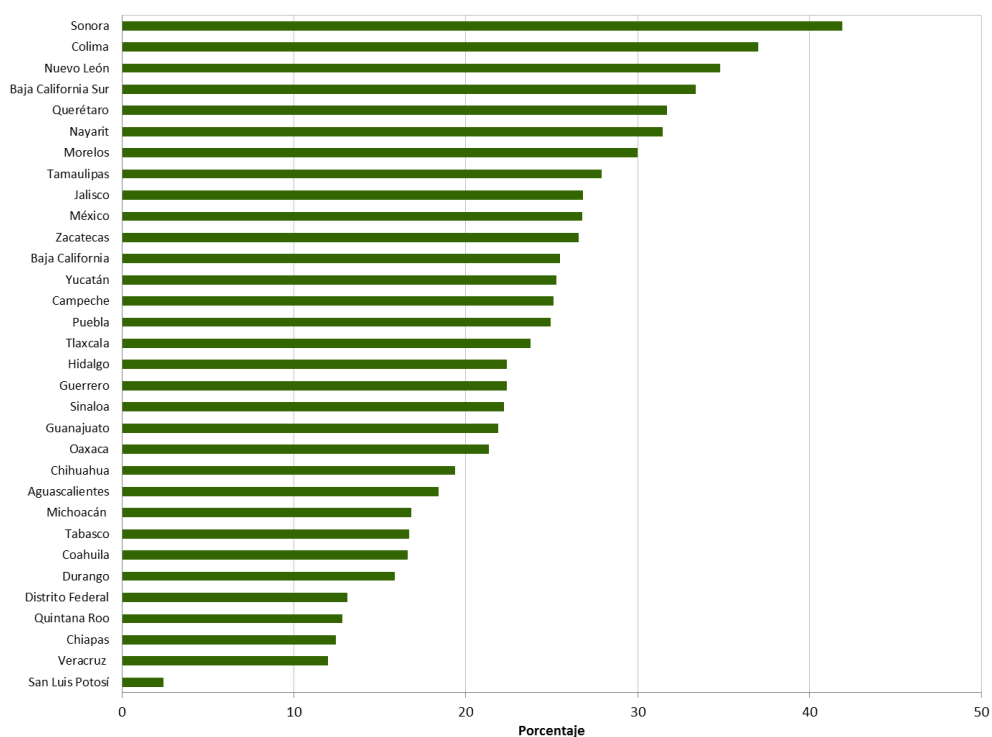


**Figura 8.** Médicos en contacto con el paciente en las UAP por cada 1,000 habitantes sin seguridad social. México 2011.

## Pasantes de medicina en contacto con el paciente

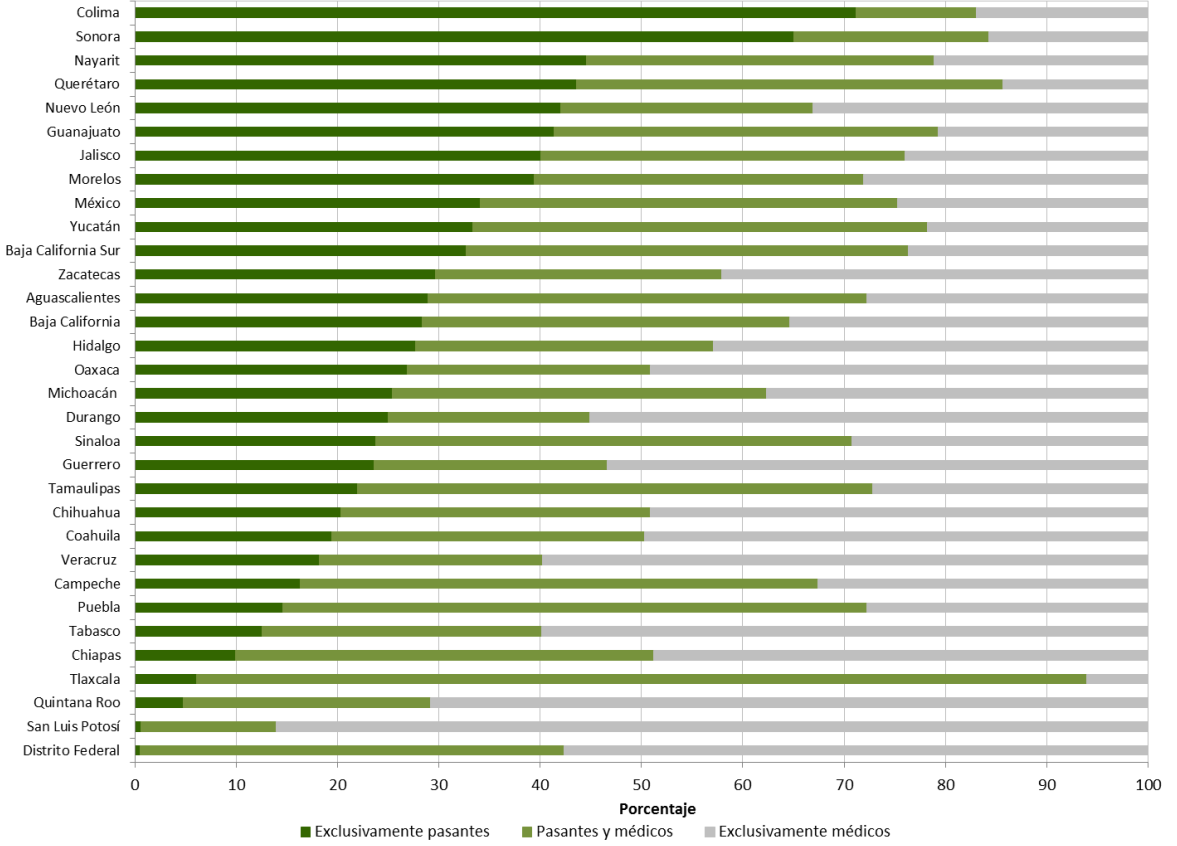
Una de las secciones que más atención recibió en la edición 2010 de este *Observatorio* fue la que mostraba el importantísimo papel que juegan los pasantes de medicina para brindar los servicios de atención primaria, particularmente en áreas rurales. En muchas ocasiones, estos proveedores trabajan en condiciones particularmente desfavorables y no reciben ni la capacitación ni la supervisión necesaria para cumplir con la doble misión que tienen: concluir su formación médica y fungir como primer contacto para la atención médica en muchas áreas marginadas. En este mismo documento, más adelante se incluye un capítulo con algunos datos recientes derivados de un estudio diseñado especialmente para caracterizar el funcionamiento de los centros atendidos por pasantes de medicina, por lo que aquí solamente se presenta una descripción cuantitativa del peso relativo que tienen estos proveedores en el contexto general de los servicios de atención primaria gestionados por los SESA.

A nivel nacional, 21.2% del total de médicos en contacto con el paciente en centros de salud de los SESA son pasantes. Sonora, Colima y Nuevo León son las entidades federativas con cifras más altas en este rubro. En Sonora, por ejemplo, 42% de los médicos en contacto con el paciente son pasantes. San Luis Potosí, en el extremo opuesto, sólo registra que 2.4% de sus médicos tienen esta característica (**Figura 9**).



**Figura 9.** Porcentaje de médicos en contacto con el paciente que son pasantes, por entidad. México 2011.

Otro indicador que refleja la importancia de este recurso humano es el del porcentaje de UAP que son atendidas exclusivamente por pasantes. En Colima este indicador alcanza una magnitud de 71.2% y en Sonora de 65%, mientras que en el Distrito Federal y San Luis Potosí sólo 0.5% de las UAP son atendidas de forma exclusiva por pasantes. Por otra parte, San Luis Potosí y Quintana Roo presentan el mayor porcentaje de UAP atendidas exclusivamente por médicos y Tlaxcala tiene una destacable proporción de unidades atendidas por una combinación de médicos titulados y pasantes (**Figura 10**).



**Figura 10.** Porcentaje de UAP atendidas exclusivamente por médicos, por médicos y pasantes y exclusivamente por pasantes. México 2011.

Por tipo de UAP también se observan grandes diferencias. Sólo 3.6% de los médicos en contacto con el paciente en centros de salud con servicios ampliados son pasantes, cifra que asciende a 6% en UAP con hospitalización y a 7% en las UAP urbanas. En los centros de salud rurales este porcentaje alcanza 32.5%.



## Personal de enfermería

El número de enfermeras en UAP es ligeramente menor que el de médicos: 29,547, lo que genera una razón de 0.9 enfermeras por cada médico. En promedio, hay 2.8 enfermeras por unidad y la disponibilidad en términos poblacionales es de 0.5 enfermeras por 1,000 habitantes sin seguridad social.

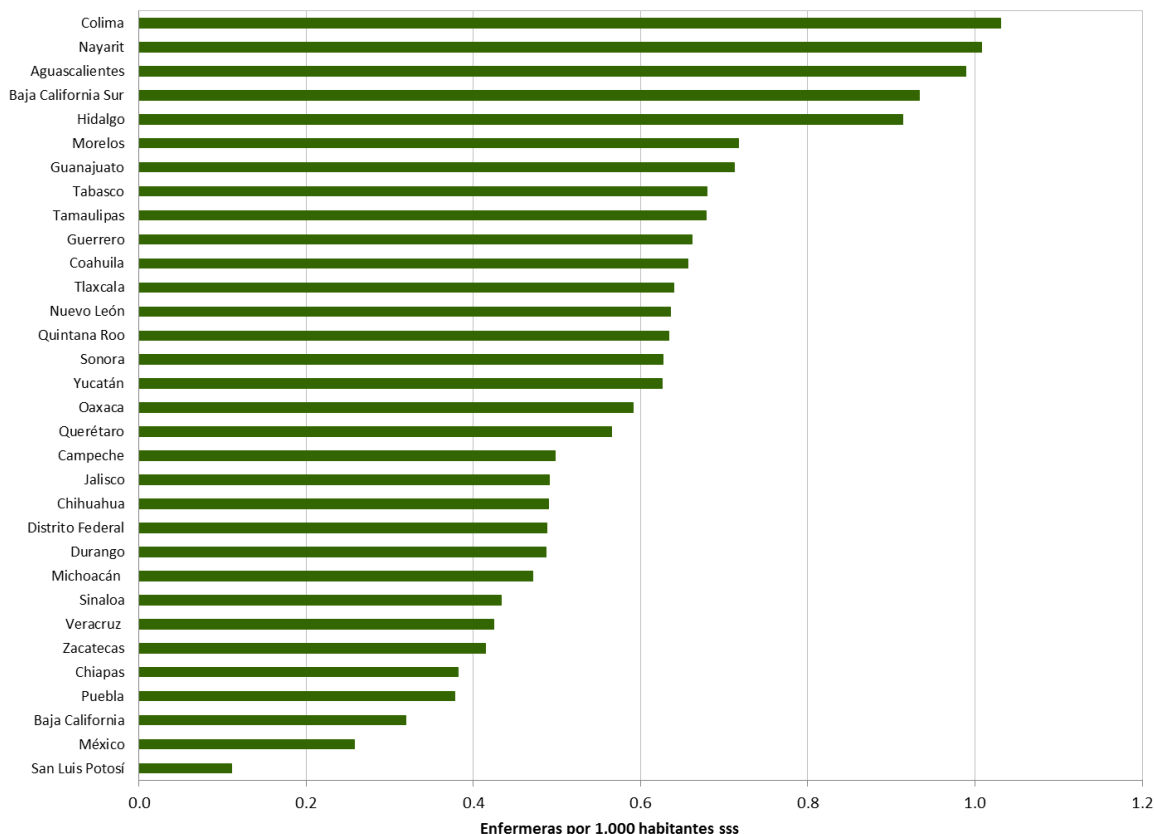
Al igual que el panorama descrito en la sección de médicos, existen marcadas diferencias en la disponibilidad de enfermeras por tipo de unidad. En las UAP rurales había 1.8 enfermeras por unidad; en las urbanas, 7.5; en los centros de salud con servicios ampliados 12 y, finalmente, en los centros de salud con hospitalización 16. Poco más de la mitad (52%) de las enfermeras en contacto con el paciente se encontraban en UAP rurales.

Sólo en Colima y Nayarit se alcanza el valor estándar de una enfermera en contacto con el paciente por 1,000 habitantes sin seguridad social y Aguascalientes, Baja California Sur e Hidalgo (0.9) tienen cifras cercanas a ese parámetro. En el escenario opuesto se encuentran los SESA de San Luis Potosí, que de acuerdo con los datos del SINERHIAS cuentan con sólo 0.1 enfermeras por cada 1,000 habitantes sin seguridad social, dato que en comparación con lo reportado en 2008 (0.36) representa un importante descenso **(Figura 11)**.

En las UAP de los SESA de Aguascalientes y Yucatán, existen 1.4 enfermeras por médico, en tanto que en los SESA de Querétaro, Michoacán y San Luis Potosí esta razón es de sólo 0.7. Previsiblemente, las diferencias son todavía mayores entre unidades. Por ejemplo, mientras que en las UAP con CLUES<sup>5</sup> *SPSSA001604* y *SPSSA001435* esta razón es de menos de 0.1, en la UAP con CLUES *JCSSA002294* existen nueve enfermeras por cada médico en contacto con el paciente.

---

<sup>5</sup> Clave Única de Establecimientos de Salud



**Figura 11.** Enfermeras en contacto con el paciente en las UAP por cada 1,000 habitantes sin seguridad social. México 2011.

## Servicios

La importancia relativa del primer nivel de atención en los servicios gestionados por las autoridades estatales queda de manifiesto con la magnitud del volumen de interacciones médicas que se efectúan en las UAP. Durante 2011, en estas unidades se realizaron 94.6 millones de consultas, 3.2 millones más que en 2010. Esto significa que, si estas unidades trabajan 252 días y 12 horas cada día, en su conjunto estarían brindando más de 375,000 servicios diarios o, si se prefiere, más de 31,000 consultas cada hora trabajada.

Del total de consultas, 47.2 millones se efectuaron en unidades rurales y 32.2 millones en unidades urbanas; el resto se realizó en unidades con tipología diferente pero catalogadas como UAP. La mayor parte de las consultas (63%) se brindaron a población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud (SPPS).

Dos terceras partes (63 millones) de las consultas que se brindaron en los centros de salud se otorgaron a mujeres. En comparación con lo reportado en la edición pasada de este documento, para 2011 el número crudo de consultas entre las mujeres de 20 a 49 años fue de más de 27 millones, 29% del total de consultas, lo que refleja el importante peso relativo de la atención prenatal y servicios relacionados con la salud reproductiva. Las consultas otorgadas a adultos de 50 años y más representaron 19.4% del total de consultas (casi 18.4 millones). Al grupo de usuarios menores de cinco años se le otorgaron 7.7 millones de consultas (8.1% del total), la mayoría de las cuales (77.2%) correspondieron a la atención de niños sanos.

En el marco específico de los centros de salud rurales, urbanos, con hospitalización o con servicios ampliados, la cifra acumulada de consultas representa una productividad aproximada de 15.5 consultas diarias por consultorio y 10.3 consultas diarias por médico.<sup>6</sup> En este sentido, la productividad fue mayor en las unidades rurales que en las urbanas, con 13.4 y 10.1 consultas diarias por médico, respectivamente. En el caso de los centros de salud con servicios ampliados la productividad asciende a 15.4 consultas diarias médicas. La productividad por consultorio fue más alta en las unidades urbanas, en donde se llegó a 17.4 consultas diarias por consultorio contra 14.4 en áreas rurales. Este último valor se incrementó casi dos puntos con respecto a lo reportado en 2010.

Por entidad, la distribución de la productividad por consultorio mostró que el Estado de México fue la entidad en la que se registró la mayor cantidad de consultas diarias por consultorio (25.1), seguida de Yucatán y Campeche, con 24.7 y 19.7 consultas diarias, respectivamente. En el extremo opuesto se encontró Nayarit con 10.1 consultas diarias por consultorio y Nuevo León con 10.5. La mayor productividad de las unidades urbanas es una constante en 29 entidades, con las únicas excepciones de Baja California, Hidalgo, Estado de México y Tlaxcala, donde las unidades rurales registraron cifras ligeramente más altas (**Cuadro I**).

---

<sup>6</sup> Estas cifras se estiman usando un factor de 252 días considerados laborables por año.

**Cuadro I.** Consultas diarias por consultorio en unidades de atención ambulatoria de los SESA por entidad federativa y ubicación de la unidad, México 2011.

Entidad Federativa	Rurales	Urbanas	Total
EUM	14.4	17.4	15.5
Aguascalientes	17.0	21.0	18.8
Baja California	16.8	15.0	16.3
Baja California Sur	10.8	23.0	13.8
Campeche	19.6	20.3	19.7
Chihuahua	9.7	18.6	13.9
Chiapas	15.7	23.7	18.7
Coahuila	9.4	14.9	12.8
Colima	7.8	19.5	11.6
Distrito Federal	***	11.5	11.5
Durango	8.7	16.4	12.5
Guanajuato	14.8	21.6	18.1
Guerrero	15.0	22.3	16.0
Hidalgo	13.4	12.7	13.3
Jalisco	12.6	15.7	13.9
México	25.9	23.8	25.1
Michoacán	11.1	15.2	12.6
Morelos	11.1	11.7	11.3
Nayarit	9.6	12.9	10.1
Nuevo León	9.4	11.4	10.5
Oaxaca	13.3	20.1	14.2
Puebla	16.1	20.5	16.8
Querétaro	12.7	17.0	14.1
Quintana Roo	9.5	14.3	11.4
San Luis Potosí	14.3	19.5	16.1
Sinaloa	13.9	18.6	15.2
Sonora	10.6	20.4	14.1
Tabasco	13.0	17.7	13.8
Tamaulipas	12.4	17.2	15.7
Tlaxcala	19.3	17.5	19.1
Veracruz	10.8	18.0	12.9
Yucatán	19.9	33.6	24.7
Zacatecas	10.7	17.0	14.7

El análisis en términos poblacionales muestra que el volumen de consultas otorgadas representa una razón de 1.4 consultas anuales por habitante sin seguridad social en el país. El Distrito Federal (0.8) y Chiapas (0.9) fueron las entidades que reportaron la relación más baja de consultas anuales por habitante sin seguridad social; sin embargo,

esta relación está muy por arriba de la reportada en 2010 para Morelos (0.2). En el extremo opuesto, Aguascalientes y Tabasco mostraron una razón de consultas por población de 2.3 y 2.5, respectivamente.

El motivo de consulta más frecuente durante 2011 fue el control y seguimiento de la hipertensión arterial<sup>7</sup>; seguido de las consultas relacionadas con la diabetes (**Cuadro II**). Con respecto a lo reportado en 2010, se observó un incremento en el número de consultas de enfermedades no transmisibles, las cuales ya representan más de 40% del total de atenciones en las UAP; éste aumento refleja nítidamente el cambio en el perfil demográfico y epidemiológico del país. La consulta de niño sano y la consulta y atenciones de planificación familiar ocupan el tercer y cuarto lugar, respectivamente. Además de estos servicios, las unidades de atención primaria proveen con frecuencia servicios de salud bucal y servicios de salud mental (donde se atiende la adicción a fármacos, alcohol y tabaco), entre otros.

**Cuadro II.** Principales causas de consulta en las unidades de atención ambulatoria de los SESA, México 2011.

Causa <sup>a</sup>	Número (millones)
Hipertensión arterial	22.7
Diabetes mellitus	10.0
Consulta niño sano	8.1
Planificación familiar	5.6
Obesidad	5.5
Embarazo	5.1
Síndrome metabólico	4.3
Infección respiratoria aguda o neumonía	4.1
Dislipidemias	1.8
Enfermedad diarreica aguda	0.7
Dengue o paludismo	0.1

<sup>a</sup>. Control y seguimiento

## Acreditación

La acreditación es un mecanismo de aseguramiento de la calidad, cuyo propósito es garantizar las condiciones adecuadas para llevar a cabo procesos de atención con calidad y seguridad para los pacientes. Este mecanismo se aplica periódicamente como evaluación

<sup>7</sup> Los datos sobre los principales motivos de consulta no son mutuamente excluyentes.

externa a todo establecimiento de salud para determinar si cumple con un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad. La acreditación es un requisito normativo para proporcionar los servicios incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y en el Fondo de Gastos Catastróficos (FGC) del Sistema de Protección Social en Salud.

De acuerdo con el Sistema Nacional de Acreditación de Establecimientos de Salud incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, hasta 2011 se habían acreditado 9,508 UAP, cifra que representa 79.2% de la meta estipulada para 2012.

Las entidades con menor porcentaje de UAP acreditadas son Oaxaca, Michoacán y Guerrero. En esta última, menos de la tercera parte de sus unidades cuenta con este requisito. Por el contrario, Baja California, Zacatecas y San Luis Potosí tienen a la totalidad de sus UAP acreditadas.

### **III. Oportunidades de mejora**

Los diversos ejercicios de recopilación y análisis de información han permitido documentar una serie de áreas en las que los servicios de atención primaria gestionados por los SESA tienen amplias oportunidades de mejora. Aprovechar estas circunstancias para implementar medidas correctivas contribuiría a que la atención primaria que se ofrece a la población sin seguridad social se aproxime a los ideales descritos en el capítulo introductorio. A continuación se resumen algunos de estos hallazgos, agrupándolos fundamentalmente en tres grandes grupos no necesariamente excluyentes: recursos humanos, equipamiento y efectividad clínica.

Al final del capítulo podrá encontrarse información relacionada con la frecuencia de amputaciones en pacientes diabéticos. Este indicador forma parte de lo que se denomina Condiciones Sensibles a la Atención Ambulatoria, las cuales son padecimientos que pueden controlarse mediante una atención primaria oportuna y de calidad. Esta información permite dar seguimiento a lo publicado en el *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011* en esta materia, a fin de mantener abierta la discusión sobre la pertinencia de usar indicadores de esta naturaleza para evaluar la efectividad de los servicios que se otorgan en el primer nivel de atención.

#### **I. Recursos humanos**

Como puede derivarse de la lectura del capítulo previo, hay una amplia oferta de servicios de atención primaria que, en conjunto con la atención brindada mediante unidades móviles, prácticamente alcanza la totalidad de la geografía nacional. No obstante, el perfil de los proveedores es diferente dependiendo de si las unidades son rurales o urbanas, con las consiguientes disparidades en términos de la calidad de los servicios.

Los problemas de los recursos humanos son de diversa índole. Por un lado, hay una tendencia natural de estos recursos a concentrarse en las áreas urbanas, ya que no existen incentivos para el desarrollo personal y profesional en las unidades alejadas de las ciudades. En consecuencia, la atención que se brinda en los centros de salud donde se atiende a la población rural suele depender en gran medida de los médicos en formación que se encuentran efectuando su servicio social. De hecho, los registros administrativos muestran que casi la tercera parte de los centros de salud de los SESA son atendidos exclusivamente por pasantes de medicina y hay entidades, como Colima y Sonora donde este porcentaje supera 50%.

La problemática de la atención basada en los servicios de pasantes de medicina se agrava por los mecanismos de asignación de plazas, los que provocan que las áreas más remotas sean las que se asignan a los estudiantes de más bajo desempeño, agravando así las desigualdades existentes en materia de asistencia sanitaria en el país. Como se verá en el capítulo sobre este tema que se presenta más adelante, los pasantes que se ubican en centros de salud rurales enfrentan, además, mayores problemas de acompañamiento, supervisión e inducción al puesto de trabajo, lo que limita su capacidad de respuesta en las primeras fases del servicio social. Datos recientes muestran que 24% de los pasantes no recibió capacitación previa a su posicionamiento en el centro de salud en el que se desempeña. Asimismo, entre aquellos que sí recibieron capacitación, la calificación otorgada a esta actividad fue sólo de 5.6, lo que denota que dicha inducción no se considera suficiente o adecuada<sup>8</sup>.

En otro ámbito, la formación de los recursos humanos para la salud tiende a enfatizar la medicina de especialidad, por lo que en mayor o menor medida existen profesionales que carecen de las habilidades idóneas para atender la problemática particular a la que se enfrentan en las unidades de atención primaria, donde los recursos tecnológicos de apoyo son escasos y el perfil de los pacientes requiere habilidades interpersonales y de comunicación no siempre incorporadas al conjunto de competencias de los pasantes.

Incluso obviando algunos de estos problemas, la disponibilidad de médicos en el primer nivel de atención está por debajo de los estándares recomendados, con pocas entidades que cuenten con al menos un médico —titulado o en formación— por 1,000 habitantes sin seguridad social. De hecho, diez entidades disponen de menos de 0.5 médicos por 1,000 habitantes, llegando a un extremo de 0.3 en Chiapas.

Otra problemática en materia de recursos humanos es la de atender la necesidad de incorporar un equipo multidisciplinario, al menos en los centros de salud urbanos donde esto podría ser más factible. Como pudo verse en el capítulo previo, hay una tendencia clara hacia el aumento en el volumen de consultas asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente hipertensión, diabetes y obesidad. Este perfil de pacientes requiere de una adecuación en el que corresponde a los proveedores, a fin de poder dar respuesta, por ejemplo, a las necesidades de los usuarios en materia de apoyo psicológico y asesoría nutricional. En este mismo *Observatorio* se presenta más adelante un resumen del estudio de evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas, el cual muestra que una aproximación multidisciplinaria mejora la efectividad clínica, con la consiguiente reducción en el riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas graves.

---

<sup>8</sup> *Evaluación externa de los centros de salud atendidos por pasantes de medicina en servicio social, disponible en [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/if\\_pasantes\\_extenso.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/if_pasantes_extenso.pdf)*



También en materia de recursos humanos es importante establecer nuevos nichos para la actuación de las y los profesionales de enfermería. En gran medida, estos profesionales siguen fungiendo como auxiliares del médico, a pesar de que su formación les permitiría hacerse cargo de algunas de las necesidades de atención de la población que acude a los centros de salud; por ejemplo, la revisión del niño sano, el monitoreo de algunos pacientes crónicos o acciones de salud pública, entre otras. De hecho, existen ya algunos esfuerzos institucionales para ampliar el panorama de acción del profesional de enfermería: una modificación reciente<sup>9</sup> a la Ley General de Salud ha dado ya sustento legal a la prescripción médica por parte de los Licenciados en Enfermería, aunque al momento la misma Ley establece que estas prescripciones sólo pueden efectuarse en aquellos centros de atención donde no haya médico tratante.

Existen evidencias internacionales de la conveniencia de reorganizar la relación entre personal médico y de enfermería en el primer nivel de atención. Un esfuerzo desarrollado en Escocia para mejorar la calidad de la atención médica<sup>10</sup> mostró resultados positivos, rápidos y tangibles, al identificar las actividades desempeñadas por los médicos que podrían ser realizadas sin ningún problema por personal de enfermería. Por ejemplo, dejar algunas responsabilidades en las manos de enfermeros y enfermeras ayudó a disminuir el tiempo promedio de espera para recibir consulta médica regular de 4.6 a 1.0 días. Asimismo, el mismo proyecto ha documentado la factibilidad de que el seguimiento de pacientes diabéticos se desarrolle de manera regular por enfermeras, mostrando que esta estrategia no sólo no ha afectado los resultados clínicos sino que ha mejorado los porcentajes de éxito terapéutico en estos pacientes. Es cierto que estas evidencias no son directamente extrapolables a contextos sociales y organizacionales diferentes, pero ponen de manifiesto que es posible generar efectos benéficos sobre la calidad de la atención mediante un adecuado ejercicio de reflexión sobre los roles de los profesionales involucrados en los servicios que se brindan en las UAP.

Por supuesto, para que esta alternativa pueda desarrollarse es indispensable que exista el recurso humano. En principio, opciones como estas podrían comenzar a aplicarse en centros de salud urbanos o en los rurales de más capacidad, ya que de acuerdo con los registros oficiales, en 15% de los centros de salud donde la atención médica depende de pasantes no se cuenta con el apoyo de este tipo de personal.

---

<sup>9</sup> 7 de febrero de 2012.

<sup>10</sup> The Scottish Primary Care Collaborative

## II. Infraestructura y equipamiento

Para que los recursos humanos puedan lograr la efectividad requerida para atender las necesidades de la población que acude a las UAP es imprescindible que éstas cuenten con los elementos estructurales idóneos para el desempeño de sus funciones. A pesar de los notables esfuerzos financieros emprendidos en el último decenio<sup>11</sup>, siguen existiendo carencias tangibles que imponen dificultades particulares a las tareas sustantivas que los médicos que brindan servicios en los centros de salud llevan a cabo.

Por ejemplo, en materia de comunicación, el estudio ya citado sobre pasantes encontró que en 53 de un total de 90 centros de salud —80 rurales— no había teléfono y, como puede suponerse, la conectividad a Internet era aún más precaria (sólo 29 de los 90 centros contaban con ese recurso). Con un alcance más amplio, en 2010 se efectuó una encuesta a Directores de Servicios de los SESA, la cual mostró que la carencia de servicio de Internet alcanzaba en ese año cifras próximas a 100% en Guanajuato y Nuevo León.

Otra fuente de información es la encuesta aplicada a las unidades rurales que prestan servicios al programa Oportunidades. Esta encuesta evidencia que hay carencia de elementos estructurales fundamentales, como el agua entubada, que el año de estudio (2007) estaba ausente en 30% de las unidades estudiadas o el drenaje, que faltaba en 43% de los centros de salud que fueron revisados.

Existen otras carencias relevantes en materia de equipamiento que sin duda inciden negativamente en la capacidad de respuesta de los centros de salud. A manera de ejemplos, la existencia de recursos para efectuar pruebas biológicas rápidas, o auxiliares esenciales de diagnóstico, es muy pobre y en más de 9,500 centros de salud fijos sólo se contabilizó la existencia de 264 equipos de electrocardiografía y 81 equipos de ultrasonido. Evidentemente, bajo un contexto de recursos limitados, debe priorizarse la ubicación de este tipo de equipos, pero incluso dentro del universo de centros de salud urbanos la existencia de estos auxiliares diagnósticos es insuficiente, con la consiguiente necesidad de apoyarse en las unidades hospitalarias, lo que provoca distorsiones y saturaciones que podrían evitarse mediante un fortalecimiento del equipamiento en el primer nivel de atención, al menos en los centros de salud de mayor tamaño.

Sin demérito de lo anterior, resulta aún más llamativo que siguen existiendo centros de salud con carencias fundamentales. Como se ha mencionado repetidamente, la mayor parte de los servicios que se brindan en el primer nivel de atención tienen que ver con la atención prenatal, el cuidado del niño sano y el seguimiento de pacientes crónicos. Bajo este panorama, resulta inaceptable la falta de básculas, estadímetros, baumanómetros y

---

<sup>11</sup> El presupuesto federal para la atención a la salud se multiplicó por cuatro en términos reales entre 2000 y 2012.

recursos para el monitoreo del control metabólico de los pacientes diabéticos o hipertensos.

De acuerdo con datos derivados de un estudio específico efectuado por la DGED en 640 centros de salud de todo el país durante 2008, la falta de disponibilidad de recursos para la atención de las principales causas de atención es un problema serio que limita la efectividad de la atención en estas unidades. Considerando la falta de acceso a servicios de laboratorio clínico, por ejemplo, resulta preocupante que tampoco se cuente con recursos alternos, como tiras reactivas para monitorizar infecciones de vías urinarias, niveles de glucosa o problemas de funcionamiento renal, como albuminuria. En este mismo estudio se documentó la carencia de baumanómetros en 16% de los centros visitados, así como de básculas y estadímetros en 7% de los mismos.

En pocos casos la inversión requerida tiene tan buena relación entre costos y beneficios como en el de solventar estas carencias. El equipamiento básico requerido no necesita inversiones masivas de recursos y los beneficios potenciales son amplios, tanto en términos de la salud poblacional (mejor monitoreo), como de bienestar de los usuarios (reducción de desplazamientos y pago de servicios complementarios) y de organización de actividades dentro del sistema (menor necesidad de asistir a hospitales para pruebas rutinarias). El importante crecimiento de la inversión en salud ocurrida en los últimos años ofrece una oportunidad para que se atiendan estas deficiencias y se brinden al personal de salud los recursos mínimos para poder ser más efectivos en la atención de la población que acude a las UAP bajo control de los SESA.

### **III. Calidad Técnica**

Un servicio de calidad es aquel capaz de brindar a sus usuarios los máximos beneficios de acuerdo con los conocimientos técnicos y científicos disponibles<sup>12</sup>. Es evidente que para obtener este resultado se requiere de la alineación armónica de los recursos físicos y materiales con los conocimientos pertinentes por parte de los prestadores de servicios.

Cuando alguno de estos elementos es deficiente, en cantidad o calidad, resulta difícil que los resultados obtenidos sean los ideales. Las evidencias con que se cuenta muestran que este desajuste es más frecuente de lo deseable en los servicios de atención primaria. A manera de ejemplo, a continuación se presentan datos relacionados con dos de los principales motivos de atención en este nivel: control y tratamiento del paciente diabético y control prenatal. Aunque en esta ocasión no se hace una descripción puntual de lo que

---

<sup>12</sup> El Instituto de Medicina de los Estados Unidos (*Institute of Medicine*) define la calidad de los servicios como el grado en que estos incrementan la probabilidad de los resultados deseados a la luz del conocimiento científico vigente.

sucede en el caso de pacientes con hipertensión arterial, vale la pena mencionar que los hallazgos en la materia no son diferentes de lo que se mostrará en lo concerniente a la atención de la diabetes.

En términos generales, podrá verse que la frecuencia de algunas acciones terapéuticas y preventivas fundamentales es menor a la deseable, ya sea porque no se cuenta con los recursos necesarios para su ejecución o porque no existen las destrezas requeridas por parte de los proveedores. Debe mencionarse que varios de los resultados puntuales que se presentan provienen de un estudio efectuado en 2008, pero han sido corroborados de manera consistente en diversos ejercicios efectuados por la DGED en años posteriores.

### *Diabetes Mellitus*

El control del paciente diabético requiere de un seguimiento y monitoreo permanente que permita identificar signos de descontrol metabólico o el surgimiento de complicaciones que deban atenderse de manera pronta para evitar daños orgánicos graves.

No obstante lo anterior, los datos de control metabólico del paciente, valorado ya sea mediante medición periódica de la glucosa plasmática o de la concentración de hemoglobina glucosilada (HbA1c), no aparecen registrados en los expedientes clínicos con la regularidad debida, lo cual puede deberse a que los exámenes correspondientes no se efectúan o a que hay negligencia en el llenado del expediente. En cualquiera de los dos casos, la ausencia del dato representa una falla de la atención, ya que incluso cuando la prueba se pudo haber efectuado, la falta de registro imposibilita la continuidad de la atención.

Con relación al registro de HbA1c, en 2008, por ejemplo, en siete de las 32 entidades federativas no se identificó por lo menos un expediente que tuviera registro de medición de este marcador biológico, a pesar de que la muestra por entidad era suficientemente robusta (alrededor de 600 expedientes por entidad). Podría argumentarse que la medición de HbA1c es un procedimiento sofisticado que no es factible realizar bajo las condiciones en que operan los centros de salud de los SESA, sin embargo los datos no son más positivos cuando se trata de cuantificar la glicemia en ayunas, ya que, en el mismo estudio, la proporción de pacientes que tenía registro de que se le había indicado este procedimiento en el último año era apenas de 43.1%.

Considerando los problemas de monitoreo y seguimiento de los niveles de éxito terapéutico, no es de extrañar las altas prevalencias de complicaciones que se presentan en los pacientes diabéticos. Al final de este capítulo se describirá la situación de las amputaciones en pacientes diabéticos, consecuencia de problemas neurovasculares causados por el descontrol metabólico.

Además de lo anterior, algunas acciones específicas que se requieren para identificar de manera temprana el desarrollo de estas secuelas tampoco se ejecutan. Como ejemplo vale la pena destacar lo relacionado con dos exámenes puntuales que deberían poder efectuarse en el primer nivel de atención: el examen de fondo de ojo y la exploración de extremidades. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana en la materia, la primera de estas acciones debe efectuarse una vez al año, mientras que la revisión de extremidades debe efectuarse en todas las consultas. A pesar de esta indicación normativa, estos exámenes se efectúan con menos frecuencia de lo recomendado. Nuevamente el estudio de 2008 evidenció que sólo 55% de los expedientes contaba con registro de revisión de extremidades en el último año y una cifra todavía menor, de 35%, tenía registro de que se hubiera realizado examen de fondo de ojo.

Como se mencionó párrafos arriba, estos datos de 2008 son consistentes con otros más recientes aunque provenientes de muestras más pequeñas. Por ejemplo, en un estudio ejecutado en 2012 para valorar el éxito de la estrategia de implantación de Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud, se encontró que sólo 29% de los expedientes (n=558) de pacientes de centros de salud de los SESA tenían evidencia de que se había revisado fondo de ojo al menos una vez en el último año, el registro de HbA1c era de 37% e incluso el examen de glucosa se registraba en sólo 81% de los expedientes diabéticos. En el mismo sentido, el citado estudio sobre pasantes mostró que el registro de examen de fondo de ojo era de 22% y el de evaluación de extremidades ascendía a 65%, mientras que los datos de HbA1c aparecían en sólo 12.6% de los expedientes y los niveles de glucosa se registraban en 74% de los mismos.

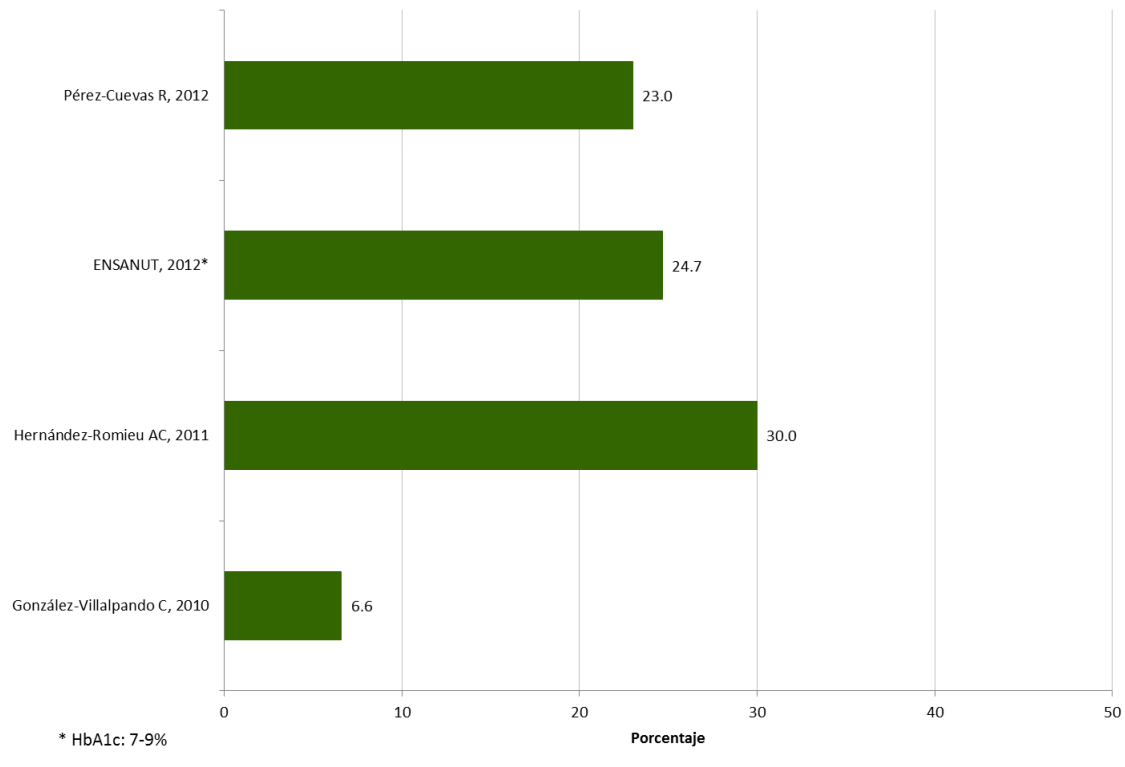
En el mismo sentido, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 ha aportado datos para afirmar que el control metabólico sigue siendo pobre. En esta encuesta se midió el porcentaje de HbA1c en 760 personas con diabetes. De estos, 24.7% tenía cifras de HbA1c entre 7% y 9%, y cerca de 50% tenía mediciones superiores a 9%.<sup>13</sup> En otro estudio, cuyos resultados se publicaron en 2011, se encontró un dato consistente con el de la ENSANUT 2012: 30% de los participantes tuvo concentraciones de HbA1c menores a 7% y 50% tenía niveles por arriba de 9.5% (**Figura 12**).<sup>14</sup>

Como consecuencia natural de la falta de un control metabólico adecuado, los pacientes diabéticos que se atienden en centros de salud de los SESA tienen una alta frecuencia de complicaciones; 85% señaló tener alguna complicación derivada de la diabetes. Las alteraciones visuales fueron las más frecuentes (34.4%), seguidas de las renales (17.3%), las úlceras en miembros (7.1%) y amputaciones (3.5%).

---

<sup>13</sup> Diabetes en adultos: urgente mejorar la atención y el control. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 – Evidencia para la política pública en salud. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>

<sup>14</sup> Hernández-Romieu AC, Elnecavé-Olaiz A, Huerta-Uribe N, Reynoso-Noverón N. Analysis of population survey for determining the factors associated with the control diabetes mellitus in Mexico. *Salud Publica Mex* 2011; 53:34-39.



**Figura 12.** Porcentaje de pacientes diabéticos controlados (HbA1c <7%) en México de acuerdo con diferentes autores.

### *Atención prenatal*

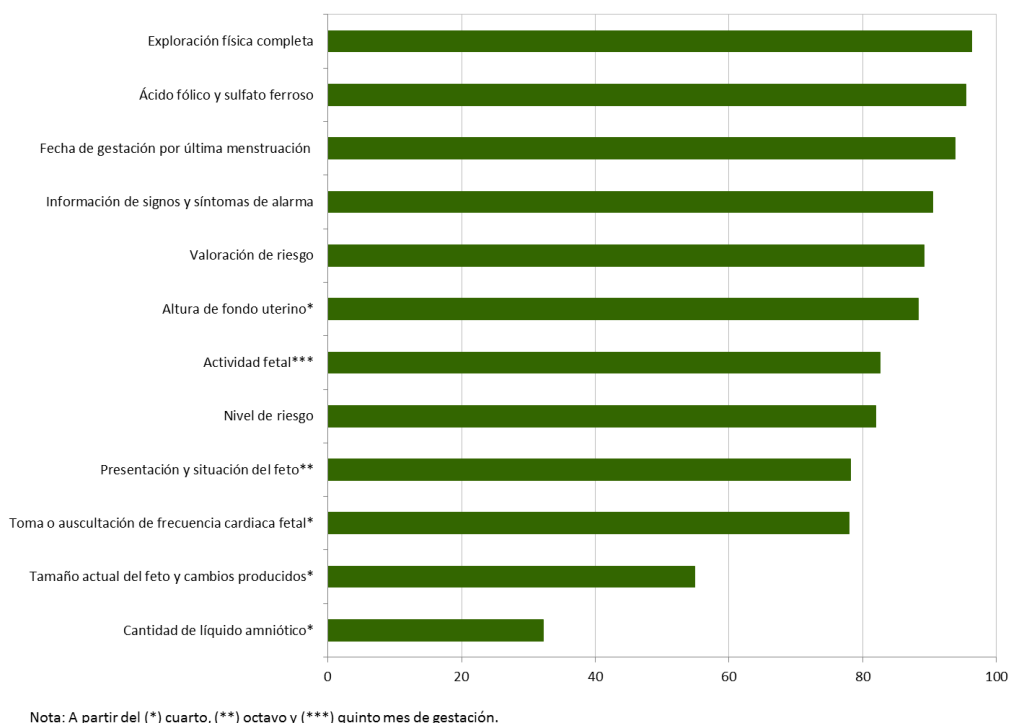
En 2011 hubo más de 5 millones de consultas destinadas a la atención de mujeres embarazadas. Además de su magnitud, la atención prenatal es relevante porque en la medida en que se brindan servicios de calidad se ayuda a reducir las afecciones relacionadas con la maternidad —y la mortalidad materna— y se favorece que la resolución del embarazo sea positiva tanto para la madre como para el recién nacido.

Uno de los problemas que enfrenta la atención prenatal es que con frecuencia ésta se inicia de manera tardía, con lo que no es posible dar un seguimiento completo al embarazo ni garantizar la ejecución de algunas de las acciones que deben llevarse en esta etapa. Un estudio publicado en 2011<sup>15</sup>, por ejemplo, mostró que el porcentaje de mujeres que tenía una atención prenatal íntegra y de calidad era de aproximadamente 75% en México y este es un dato de carácter sectorial por lo que puede suponerse que la cifra correspondiente a las mujeres que se atienden en UAP de la Secretaría de Salud es algo menor, sobre todo considerando que los datos con que se cuenta indican que apenas

<sup>15</sup> Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, et al. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. Salud Publica Mex. 2011; 53 Supl 2: S78-S84.

poco más de la mitad de las mujeres embarazadas acuden a su primer consulta durante el primer trimestre de la gestación, con lo que el cumplimiento de la Norma, que recomienda al menos cuatro consultas, es difícil de alcanzar.

De acuerdo con los datos que se generaron en el estudio en centros de salud efectuado en 2008, durante las consultas prenatales hay un deficiente registro del monitoreo del crecimiento del feto (41%), así como de su presentación, posición y frecuencia cardiaca. Por el contrario, se registra con gran exhaustividad la prescripción de hierro y ácido fólico (95.5%), así como la exploración física de la madre.



**Figura 13.** Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas con registro de las acciones recomendadas en al menos una consulta. México 2008.

En el mismo estudio de 2008 también se hizo patente que las deficiencias estructurales influyen negativamente en la calidad de la atención. A manera de ejemplo se puede mencionar que sólo a 71% de las mujeres se le indicó un ultrasonido en algún momento del embarazo a pesar de que las mejores evidencias indican que este auxiliar diagnóstico debe utilizarse a las 20 y a las 36 semanas a fin de descartar anomalías estructurales y para confirmar presentación fetal, así como para identificar oportunamente problemas de placenta previa asintomática.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Secretaría de Salud. México, 2008.

Otra acción muy relevante de la que los registros no indican una ejecución con la frecuencia debida es la aplicación del toxoide tetánico, el que debe aplicarse de manera rutinaria durante el primer contacto con los servicios de salud con un refuerzo ocho semanas después de la primera dosis. Como puede verse en la figura previa (**figura 13**), el porcentaje de expedientes de mujeres en control prenatal con registro de esta intervención es de sólo 78%.

Como ocurrió con el caso de la diabetes, hay evidencias más recientes de que los problemas de calidad en los cuidados prenatales siguen siendo vigentes y que, con frecuencia, éstos se derivan de la falta de habilidades específicas entre el personal responsable de la atención. A manera de ejemplo se presentan dos estudios puntuales que encontraron resultados similares a los que ya se han mencionado líneas arriba.

El primero de estos estudios fue desarrollado específicamente para comparar la calidad de atención en el parto, parto y posparto entre médicos generales, enfermeras obstétricas y parteras profesionales. Los resultados de este trabajo mostraron que la calidad de atención que brindan las enfermeras y parteras es mayor que la brindada por médicos generales y, específicamente, la realización de prácticas calificadas como inadecuadas o riesgosas fueron notablemente menos frecuentes entre las enfermeras y parteras.<sup>17</sup>

El segundo ejemplo es un estudio efectuado en el marco de la evaluación 2011 del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), coordinada por la DGED y ejecutada por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública. Dentro de las actividades de este proyecto se aplicaron dos instrumentos que arrojan información sobre el tema de la calidad de la atención, particularmente en lo relacionado a las destrezas y capacidades que tienen los médicos en el primer nivel de atención para responder a las necesidades de la población a la que brindan servicio.

El primer instrumento fue una encuesta tradicional, aplicada a 175 mujeres que se encontraban en atención prenatal. Los resultados de esta encuesta no diferían grandemente de lo encontrado en los estudios mencionados líneas arriba. Por ejemplo, a dos de las mujeres no se les midió ni pesó una sola vez durante el embarazo, sólo se efectuó búsqueda de edema en 56% de las mujeres entrevistadas, a una de cada cinco mujeres no se les realizó ni examen de sangre ni examen general de orina durante la gestación y a una de cada cuatro no se les aplicó toxoide tetánico. Lo limitado de la muestra no permite inferir que esta situación sea representativa de lo que ocurre en todas

---

<sup>17</sup> Walker D, DeMaria LM, Suarez L, Cragin L. Skilled Birth Attendants in Mexico: How Does Care During Normal Birth by General Physicians, Obstetric Nurses, and Professional Midwives Compare With World Health Organization Evidence-Based Practice Guidelines? *J Midwifery Womens Health*. 2012; 57(1):18-27.



las UAP de los SESA, pero sí refleja lo que suele suceder —o no suceder— en las unidades rurales que tienen la responsabilidad de atender a la población beneficiaria del SPSS.

Hasta ahora nos hemos limitado a describir diferentes hallazgos relacionados con la carencia de acciones clínicas que inciden en la calidad de la atención. No obstante, es difícil determinar si estas carencias son producto de condiciones estructurales u organizacionales o, si por el contrario, responden a deficiencias en las destrezas, actitudes y conocimientos de los proveedores. Un segundo instrumento aplicado en la evaluación 2011 del SPSS indica que, al menos en algunos casos, el problema de calidad se genera precisamente en deficiencias relacionadas con el recurso humano.

En dicha evaluación se aplicaron instrumentos, conocidos como *viñetas*, que consisten en descripciones puntuales de situaciones clínicas plausibles que el médico entrevistado debe ir resolviendo paso a paso. Estas viñetas han sido utilizadas en diversos ámbitos y se consideran herramientas válidas para juzgar las capacidades clínicas de los médicos<sup>18,19,20</sup>.

Estas viñetas se aplicaron a 94 médicos y una de ellas presentaba específicamente una situación relacionada con atención prenatal. Los médicos tenían que responder a preguntas consecutivas, relacionadas con la historia clínica, el examen físico, las pruebas de laboratorio requeridas, el diagnóstico y el manejo del caso. Para cada uno de estos aspectos, se solicitaba que el médico formulara diferentes elementos y se puntuaba por cada correspondencia entre las respuestas del médico y las que se consideran adecuadas. Los investigadores responsables del estudio, con base en referentes internacionales, consideran que la puntuación esperada debe estar entre 50 y 70% del puntaje máximo. Por debajo de 50% se puede afirmar que hay problemas de conocimiento en el manejo del caso.

Los resultados mostraron que la calificación promedio fue de 44%, con puntajes por debajo de 50% en rubros como la estructuración del historial clínico (45%), la definición de las pruebas de laboratorio requeridas (21%) y el manejo de la paciente (24%). Sólo se identificó un puntaje promedio sobresaliente en lo relacionado con el diagnóstico, donde se obtuvo un puntaje de 70%.

Vale la pena mencionar que resultados similares se encontraron para viñetas relacionadas con enfermedades crónicas y que los médicos a quienes se aplicaron estos instrumentos tenían, en promedio, 24 años de práctica médica, que la mayoría (81%) contaba con

---

<sup>18</sup> Veloski J, Tai S, Evans A, Nash DB. Clinical Vignette-Based Surveys: A Tool for Assessing Physician Practice Variation. *Am J Med Qual*, 2005; 20:151-57

<sup>19</sup> Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansen J, Spell M, Lee M. Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: a prospective validation study. *Ann Intern Med*. 2004; 141(10):771-80.

<sup>20</sup> Dresselhaus TR, Peabody JW, Luck J, Bertenthal D. An evaluation of vignettes for predicting variation in the quality of preventive care. *J Gen Intern Med*. 2004; 19(10):1013-8.

contrato de base y que, como media, habían trabajado durante casi 12 años en los centros de salud donde se les entrevistó. Como puede verse, sí existen problemas puntuales en las habilidades clínicas que van más allá de la carencia de insumos o los problemas de índole organizacional.

### *Amputaciones en pacientes diabéticos*

La efectividad de la atención se refiere al grado en que ésta alcanza los resultados deseados a la luz de los conocimientos científicos vigentes. En el caso particular de la atención primaria, su efectividad puede medirse, entre otros atributos, a través de la frecuencia de contactos con los servicios hospitalarios por motivos que podrían haber sido evitados con una atención ambulatoria efectiva y oportuna, ya sea porque se previene el inicio de un evento o porque se controla la evolución de un padecimiento crónico impidiendo así sus complicaciones.

Las enfermedades susceptibles de prevención, resolución o control en el primer nivel de atención se han denominado Condiciones Sensibles a la Atención Ambulatoria (CSAA) y ya fueron presentadas en 2011 como parte del Observatorio del Desempeño Hospitalario publicado en ese año. En el caso particular del contexto mexicano, una de las CSAA más relevantes, tanto por su magnitud como por su impacto económico, es la diabetes. En un escenario ideal, la atención primaria efectiva debería reducir drásticamente la ocurrencia de complicaciones y las hospitalizaciones por desbalances metabólicos agudos, por lo que la frecuencia de éstas puede aportar información valiosa sobre la efectividad de las acciones del primer nivel para evitar el desarrollo de las mismas.

Entre las complicaciones más serias y frecuentes de la diabetes se encuentran las amputaciones en miembros inferiores. En países desarrollados se estima que alrededor de 60% de las amputaciones de miembro inferior se asocian a diabetes. En México, como podrá verse, el porcentaje es más alto.

La pertinencia de usar la frecuencia de amputaciones como un indicador de calidad de la atención se basa en el hecho de que está bien documentado que existen marcadas diferencias en la frecuencia de amputaciones por diabetes entre las distintas unidades de análisis, sean éstas geográficas o clínicas. Estas diferencias pueden atribuirse a múltiples factores: i) variación en la magnitud de la población afectada por diabetes; ii) acceso desigual a servicios médicos; iii) aproximaciones clínicas discrepantes para la atención del pie diabético, y iv) variación real en la efectividad de los servicios de primer nivel para evitar el desarrollo de las complicaciones vasculares que conducirán finalmente a la pérdida del miembro.

Con independencia de estas variables, el alto impacto que la amputación tiene sobre el bienestar del enfermo, y sobre la economía familiar y del sistema de salud, hace prioritario establecer medidas para reducir la frecuencia de estas intervenciones. El papel de los servicios del primer nivel de atención es fundamental a fin de promover el autocuidado, mejorar los niveles de control metabólico y monitorear, periódica pero constantemente, las alteraciones neurovasculares que favorecen el desarrollo de lesiones que, sin atención efectiva, conducirán a una amputación.

En 2011 se registraron 10,254 amputaciones de miembro inferior en los hospitales de la Secretaría de Salud y los SESA. De este total, 8,016 (78.2%) correspondieron a pacientes con registro de diabetes como diagnóstico principal o secundario, al mismo tiempo que la amputación se identificó como procedimiento en 7.8% del total de egresos de pacientes diabéticos en estos hospitales.

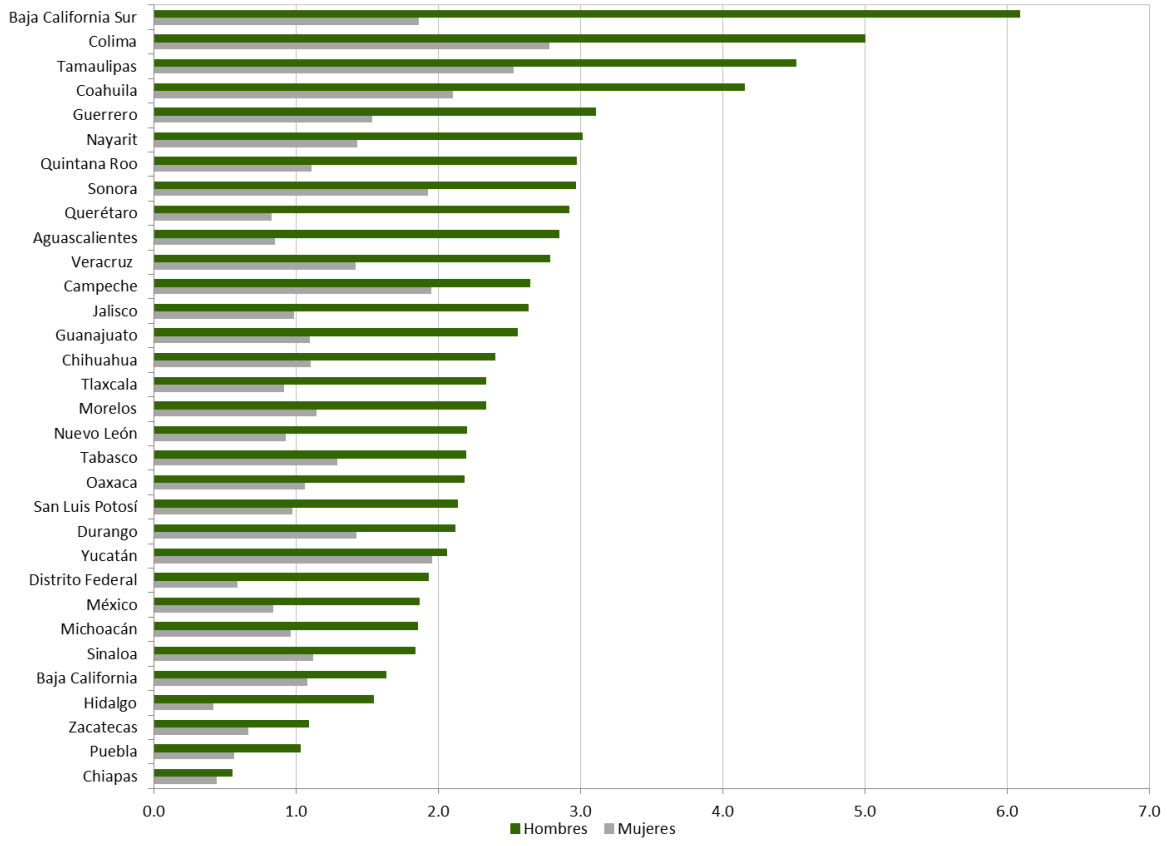
A fin de mejorar la utilidad de la frecuencia de amputaciones como indicador de calidad de la atención, se restringió el análisis a pacientes con edades entre los 20 y los 64 años, asumiendo que el envejecimiento genera una mayor dificultad para el equilibrio metabólico del paciente diabético. En este grupo de edad ocurrieron 6,336 amputaciones de miembro inferior, 82% de las cuales se ligaron a diabetes. Aunque esta intervención quirúrgica es dos veces más frecuente entre los hombres, el porcentaje asociado a diabetes mellitus es similar en ambos sexos.

Idealmente, la frecuencia de amputaciones debería relativizarse con base en la cantidad de pacientes diabéticos en control en los servicios de salud. No obstante, este dato es poco confiable, ya que la población diabética puede desconocer su condición, o atenderse inicialmente en servicios privados y acudir a los servicios públicos sólo cuando aparecen complicaciones cuya atención es más costosa. Por lo tanto, en este ejercicio se estimó la tasa de amputaciones con base en la población no derechohabiente de la seguridad social, lo cual tiene la ventaja de que no sólo da información sobre el control del paciente diabético sino sobre las medidas poblacionales de prevención de esta enfermedad.

Con esta base, la frecuencia de amputaciones en población de 20 a 64 años sin seguridad social asciende a 1.6 amputaciones anuales por 100,000 habitantes con estas características. La tasa es 2.2 veces más alta en hombres que en mujeres (2.2 y 1.0, respectivamente). Hay diferencias notables por entidad federativa, ya que las cifras correspondientes van desde 4.2 en Baja California Sur hasta 0.5 en Chiapas<sup>21</sup>. El ordenamiento de las entidades varía cuando se analiza por sexo, pero en términos generales Baja California Sur y Colima tienen las cifras más altas y Chiapas y Puebla las más bajas (**figura 14**).

---

<sup>21</sup> Para efectuar los cálculos por entidad se consideró el lugar de residencia habitual de los pacientes.



**Figura 14.** Tasa de amputaciones por 10,000 habitantes sin seguridad social en los hospitales de la Secretaría de Salud y los SESA. México 2011.

#### **IV. Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas.**

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia de diabetes en población adulta en México era de 14% en ese año. Para 2012 la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes alcanzó 9.2%, que representa un incremento de más de 30% con respecto a la cifra correspondiente observada seis años antes y a la que habrá que añadirle la proporción de adultos que serán identificados como resultado de la encuesta. Junto con la diabetes, otras dos enfermedades crónicas (EC) aquejan gravemente a la población mexicana: uno de cada tres adultos sufre de hipertensión arterial y el sobrepeso y la obesidad afectan la salud de aproximadamente 70% de los mayores de 20 años en el país.

Las acciones requeridas para enfrentar la problemática de las EC son complejas, entre otras razones porque requieren de un enfoque que supere la visión únicamente centrada en la atención médica, idealmente mediante un abordaje multisectorial que favorezca acciones efectivas de alcance poblacional, así como mecanismos de vigilancia y monitoreo eficientes.

Como una respuesta institucional al reto del control de las EC, en 2007 la Secretaría de Salud promovió la creación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC). En estas unidades se puso en marcha un esquema innovador de inversión, operación y tratamiento con la finalidad de mejorar el control metabólico de las personas afectadas por padecimientos crónicos, particularmente aquellos que tuvieran antecedentes de no haber respondido adecuadamente a la atención brindada en los centros de salud tradicionales. Como un efecto positivo adicional, la puesta en marcha de las UNEME-EC puede ayudar a disminuir los índices de saturación y los costos de la atención hospitalaria.

Las UNEME-EC se caracterizan por brindar sus servicios en instalaciones de nueva creación, ofreciendo un manejo multidisciplinario con gran continuidad en la atención. Por la naturaleza de sus servicios, estos centros se escapan de la taxonomía tradicional que clasifica a las unidades como de atención primaria, hospitalaria o de alta especialidad. En este sentido, las UNEME-EC representan una alternativa para brindar atención ambulatoria especializada a personas cuyo control ha sido problemático en los centros de salud tradicionales y fungen como un puente entre las UAP y los hospitales.

Hasta 2011, el proyecto de las UNEME-EC había logrado poner en marcha 83 unidades en 29 entidades federativas y se consideró pertinente diseñar y ejecutar una evaluación para

determinar el éxito de esta iniciativa como modelo innovador de atención de los padecimientos que con más frecuencia afectan a la población mexicana.

Para lograr este cometido, en coordinación con el Centro Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CENAVECE), la DGED encomendó al Instituto Nacional de Salud Pública la ejecución del estudio correspondiente, cuyo objetivo general fue evaluar el grado de éxito del modelo de atención y de extensión de buenas prácticas para el tratamiento de enfermedades crónicas implementado en las UNEME-EC. Entre otros objetivos específicos, se buscó: i) valorar la efectividad de la atención médica brindada en estas unidades; ii) caracterizar algunos aspectos organizacionales y determinar el ajuste entre estos y lo estipulado en los documentos normativos para la operación de las UNEME-EC; iii) medir el abasto de medicamentos y el surtimiento de recetas; iv) identificar los modelos de gestión de recursos humanos; v) determinar el grado de éxito que tienen estas unidades como centros de extensión de buenas prácticas clínicas, y vi) conocer la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios proporcionados.

A continuación se presenta una versión sintética de los resultados de este proyecto. La información se deriva de un trabajo de campo en una muestra de 30 UNEME-EC, distribuidas en 21 entidades del país, seleccionadas aleatoriamente (**Figura 15**). En estas unidades se colectaron datos de un total de 1,800 expedientes clínicos, de 1,200 cuestionarios aplicados a usuarios y 30 listas de cotejo sobre equipamiento y medicamentos. Además, se entrevistó a los responsables de cada unidad y a 28 responsables de la operación del programa a nivel estatal. Un reporte más exhaustivo sobre este trabajo puede consultarse en la página electrónica de la DGED: [www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx).



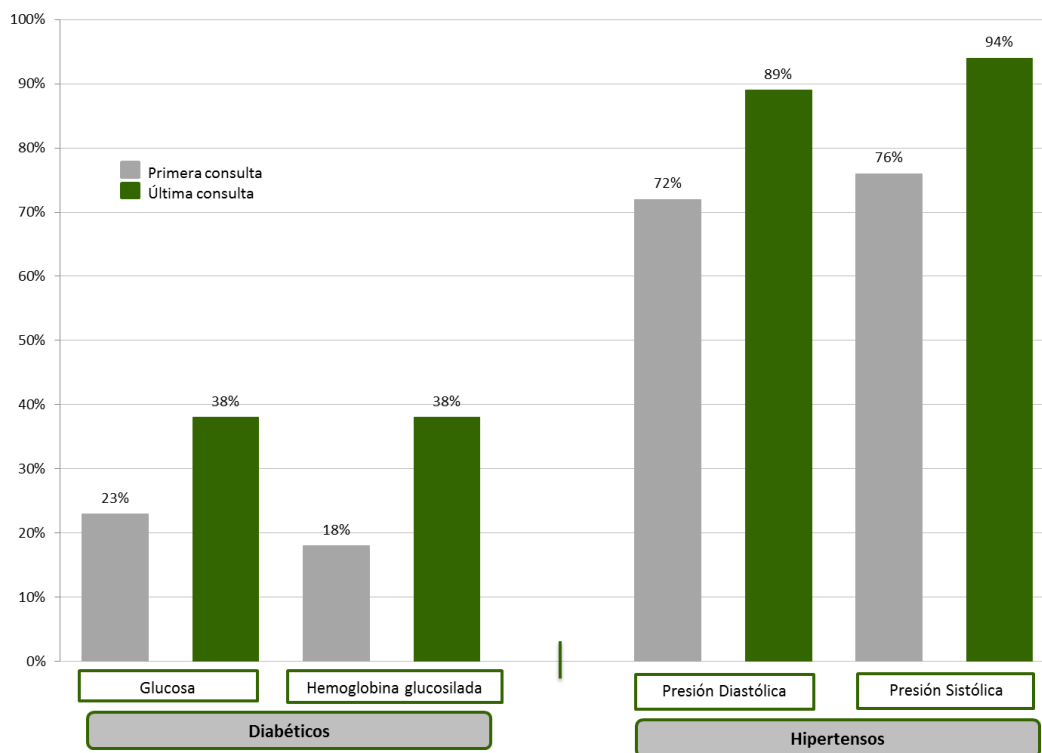
**Figura 15.** Distribución de las unidades seleccionadas para el proyecto de evaluación de UNEME-EC. México, 2012.

## Principales resultados

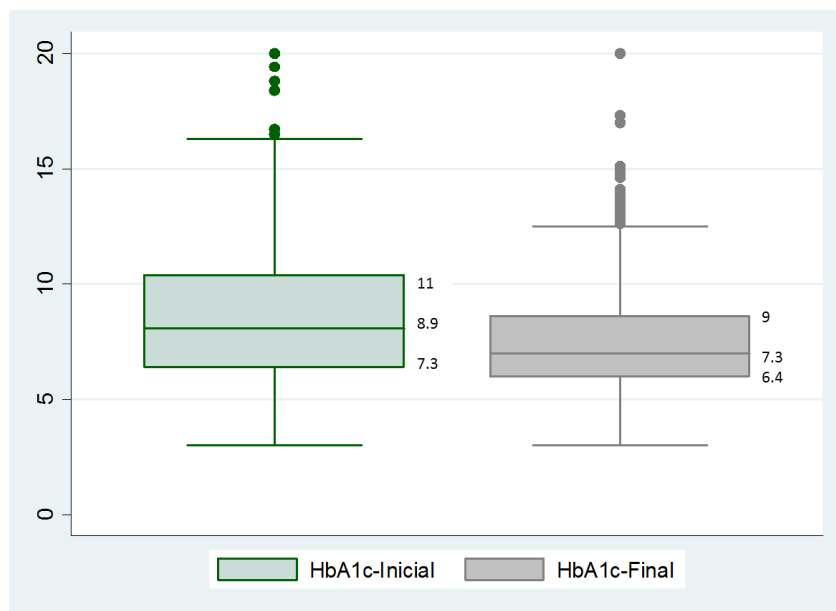
### Efectividad clínica

El porcentaje de diabéticos o de diabéticos hipertensos con niveles adecuados de glucosa sérica (menor de 120 mg/dl) pasó de 23% al inicio de la atención a 38% después de un mínimo de cinco meses como paciente en la UNEME-EC. En este mismo grupo, el porcentaje de pacientes con niveles de hemoglobina glicosilada menor a 7% aumentó de 18 a 39% (**Figura 16**).

La disminución promedio en los niveles de glucosa entre las personas con diabetes pura o con hipertensión fue de 37.1 mg/dl (IC95%=30.7-43.6) mientras que en el caso de la hemoglobina glicosilada la disminución promedio como resultado de la atención en estas unidades fue de 1.4 puntos porcentuales (IC95%=1.2-1.6). Además, se documentó una menor dispersión de los datos en este último indicador: mientras que al inicio de la intervención sólo 25% de la población contaba con niveles de hemoglobina glicosilada menor a 7.3, en la última medición la mitad de la población se encontraba en este rango (**Figura 17**).



**Figura 16.** Porcentaje de pacientes atendidos en las UNEME-EC con cifras adecuadas en distintos biomarcadores en la primera y última consulta. México, 2012.



**Figura 17.** Distribución de los valores de hemoglobina glucosilada (HbA1c) en pacientes diabéticos entre el inicio y el final de la atención en UNEME-EC, México 2012.

La **figura 16** muestra que también hubo mejoras significativas en el control de las personas con hipertensión. A pesar de que el porcentaje de pacientes hipertensos puros que tenían niveles basales de tensión arterial en rangos considerados como de control era más alto que lo observado en los diabéticos (76% en el caso de la tensión diastólica y 89% para la sistólica), la atención en las UNEME-EC generó aumentos de más de diez puntos porcentuales en estas cifras. En promedio, la reducción de las cifras de tensión sistólica fue de 11.5 mmHg (IC95%=8.2-14.7) y de 7.3 mmHg en la diastólica (IC95%=5.1-9.4).

A manera de resumen, el Cuadro III muestra el porcentaje de usuarios que lograron control metabólico en tres marcadores clínicos utilizando como denominador exclusivamente a aquellos que en su primer registro en la UNEME-EC resultaron con valores fuera del rango considerado adecuado. Puede verse que 33% de los hombres diabéticos lograron reducir sus niveles de hemoglobina glicosilada a menos de 7% y entre aquellos con síndrome metabólico esta cifra alcanzó 39%. En el caso de la tensión arterial, las cifras globales son similares entre hombres y mujeres hipertensas y el éxito terapéutico fue mayor entre las personas con diagnóstico único de hipertensión. Por los resultados encontrados puede afirmarse que el tratamiento de pacientes con diagnóstico conjunto de DM e HTA representa un reto importante para los equipos que se desempeñan en las UNEME-EC.



**Cuadro III.** Porcentaje de éxito en el logro de cifras de control de pacientes con diabetes, hipertensión y síndrome metabólico. UNEME-EC, México 2012.

		Hombres			Mujeres		
		N	Total	%	N	Total	%
HbA1c	Diabetes	41	125	33	99	349	28
	DM + HTA	3	24	13	33	122	27
	SM	27	70	39	61	230	27
Glucosa en ayuno	Diabetes	35	112	31	115	325	35
	DM + HTA	11	23	48	41	115	36
	SM	24	66	36	77	213	36
Presión arterial	Hipertensión	19	25	76	58	79	73
	DM + HTA	10	24	42	51	93	55
	SM	35	52	67	96	146	66

#### *Caracterización de la Demanda y Aspectos Organizacionales*

La edad promedio de los pacientes que demandan servicios en las UNEME-EC es de 52.4 años y la mayoría son mujeres (76%). El principal padecimiento que aqueja a esta población es la diabetes (72%), seguida de la hipertensión y la obesidad (18 y 7%, respectivamente). A pesar de que es un requisito teórico para recibir atención en estas unidades, 6% de los pacientes no están afiliados al seguro popular.

Al momento de la encuesta, los pacientes encuestados habían recibido un promedio de 9 consultas por parte del médico, 8 por parte de la enfermera, 7 del nutriólogo y 6 del psicólogo. El tiempo promedio estimado entre cada consulta fue 1.3 meses.

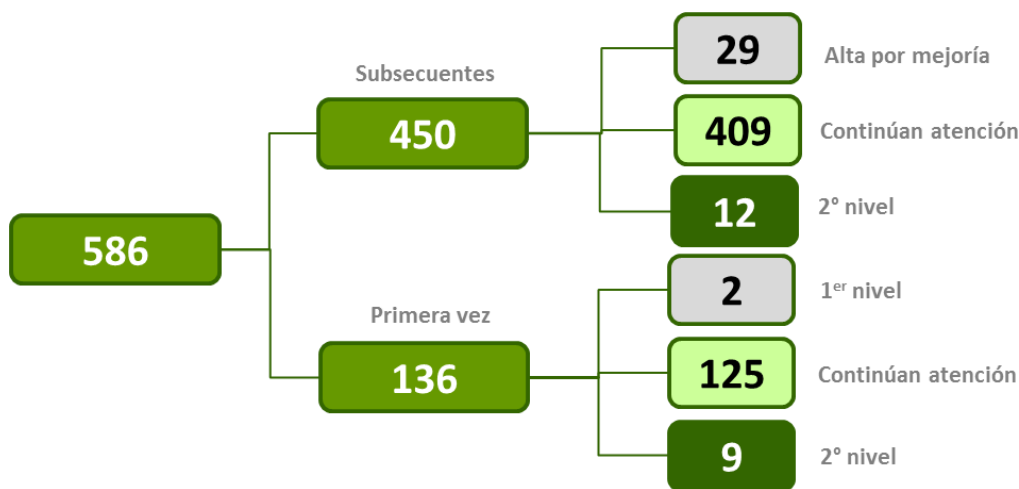
Todas las unidades visitadas inician operación entre 7:00 y 8:00 de la mañana, pero sólo en una se documentó la apertura durante el turno vespertino, situación que puede explicar el predominio de mujeres entre los pacientes. En promedio las unidades permanecen abiertas 7.5 horas diarias y en ninguna se realizan actividades sabatinas o dominicales.

En una de cada dos UNEME-EC, el encargado declaró la existencia de una lista de espera, misma que en promedio cuenta con 29 pacientes, pero cuyo rango oscila entre 3 y 132.

El sistema de referencia y contrarreferencia es clave para que las UNEME-EC funjan como un vínculo eficiente entre las UAP y los hospitales. El primer hallazgo documentado es que en la práctica este sistema se ajusta al modelo teórico establecido en su manual de operación. Esto es, la mayoría de los pacientes son referidos de una UAP y se envían a un hospital por lesiones que requieren atención hospitalaria (29%), presencia de complicaciones como insuficiencia renal (26%) y revisión oftalmológica (22%).

Sin embargo, al preguntarle a los directores de las unidades si consideraban que algunos pacientes deberían ser atendidos en el primer nivel, dado su mejor estado de salud relativo a otros pacientes, o ser atendidos en segundo nivel dada su condición de mayor morbilidad, un porcentaje importante de responsables respondió afirmativamente (33% y 70%, respectivamente).

Para cuantificar el flujo de pacientes, se recabó información sobre el número de pacientes atendidos en los últimos tres meses en cada unidad. Se encontró que se atendieron 586 personas en promedio, de los cuales 136 eran pacientes de primera vez. De los 450 subsecuentes, 409 continuaron su atención dentro de las UNEME-EC, mientras que 29 fueron dados de alta por mejoría (quienes son contrarreferidos al primer nivel para continuar el control de su padecimiento) y 12 pacientes fueron referidos al segundo nivel. De los 136 pacientes de primer contacto, en promedio 2 fueron contrarreferidos inmediatamente al primer nivel, 125 continuaron su atención y 9 fueron referidos al segundo nivel. Las UNEME-EC atienden en promedio 1.5 pacientes nuevos por día. (Figura 18)



**Figura 18.** Flujo de pacientes a través de las UNEME-EC, México 2012.

#### *Concordancia entre las UNEME-EC en funcionamiento y el modelo teórico propuesto*

El protocolo establece que la atención en las UNEME-EC no debe ser superior a 12 meses y, en caso de no lograr que el paciente se controle, éste tendrá que ser referido a una instancia más especializada. La evaluación mostró que 48.4% de las unidades visitadas se apegan a esta recomendación, mientras que en 19.4% el paciente sigue su tratamiento en la UNEME-EC y en 32.2% el paciente es contrarreferido al primer nivel de atención.

Si bien el porcentaje de médicos tratantes que recibieron el taller de implementación del modelo UNEME-EC es alto (90%), es importante recordar que el protocolo marca que éste tiene que ser de 100%. En el caso del personal de psicología y nutrición, el valor de este indicador fue de 94 y 83%, respectivamente.

En cuanto a lo relacionado con el mobiliario y equipo, a nivel general sólo dos unidades contaron con 100% de lo estipulado en el manual, pero en 60% se cuenta al menos con 80% de los elementos que marca el catálogo correspondiente. Entre el equipo que faltaba con más frecuencia destaca el equipo para detección de microalbuminuria (sólo presente en 38.7% de las unidades) y el verificador para esfigmomanómetros.

#### *Abasto de medicamento y surtimiento completo de recetas.*

El surtimiento de recetas es un problema que ha requerido atención desde hace varios años y que determina problemas de satisfacción con los servicios públicos de atención. Datos recientes muestran que del total de pacientes ambulatorios con prescripción de medicamentos, 35% no recibió íntegramente el surtimiento de su receta<sup>22</sup>. En comparación con este dato, las UNEME-EC muestran una mejora, ya que en estas unidades el porcentaje de surtimiento completo de receta fue de 75%. Aunque la cifra es positiva en principio, no deja de ser preocupante que los medicamentos no entregados están dentro del catálogo de medicamentos cubiertos por el Seguro Popular y que dentro de los menos surtidos se encuentren aquellos que resultan esenciales para la atención de los padecimientos que se atienden en estas unidades, como la metformina, el bezafibrato y la hidroclorotiazida. Al preguntar al paciente si alguna vez ha tenido que comprar medicamentos con dinero de su bolsillo por desabasto en las UNEME-EC, 35% respondió afirmativamente. La información relacionada con el surtimiento de recetas se deriva de una pregunta directa a los usuarios al momento de salir de la unidad y de la revisión específica de la receta y los medicamentos surtidos.

Los problemas de surtimiento se asocian a deficiencias en el abasto de medicamentos. Mediante inspección directa en las farmacias se documentó que sólo 13.3% de las farmacias de las UNEME-EC contaron con abasto completo de una lista de 17 medicamentos considerados esenciales para el perfil de pacientes que se atienden en estos centros. Los medicamentos que con más frecuencia no se encontraron en las farmacias fueron isosorbide, furosemida, irbersartan, propanolol e insulina glargina.

---

<sup>22</sup> ENSANUT 2012

### *Recursos humanos*

La mayoría de las UNEME-EC cuentan íntegramente con el equipo profesional para proporcionar los servicios multidisciplinares que propugna su modelo de atención. Las principales desviaciones al momento de la visita fueron que una de las unidades no contaba con nutriólogo y dos unidades no tenían trabajador social.

Lo que se identificó como una posible amenaza al buen funcionamiento en el mediano plazo de estas unidades fue el esquema de contratación, ya que sólo 28% de los colaboradores de las UNEME-EC tienen contrato de base, con amplias variaciones dependiendo del perfil profesional (7% en el caso de los nutriólogos y hasta 37% en el caso del personal de enfermería). A pesar de lo anterior, no se identificó una gran movilidad laboral, ya que, en promedio, los trabajadores encuestados habían laborado durante 2.4 años en estas unidades.

En contraste con la amenaza mencionada, hay una fortaleza patente y ésta es el alto compromiso con el modelo de atención que los profesionales entrevistados refirieron cuando se les entrevistó. A la pregunta específica de qué era lo que más valoraban de su trabajo, hubo una muy alta coincidencia en indicar que el modelo de atención representaba una gran motivación y que la capacitación que se les ofrecía también fungía como un incentivo positivo.

En sentido opuesto, la falta de prestaciones sociales —vinculada a la ausencia de un contrato de base— y el salario fueron considerados como los elementos menos apreciados por el personal de las UNEME-EC. En este sentido, se investigaron los salarios promedios del equipo de salud que labora en estas unidades y se identificaron dos elementos relevantes. El primero, que las percepciones de los profesionales contratados como eventuales son significativamente menores a los de aquellos que cuentan con un contrato definitivo y, segundo, la existencia de variaciones importantes en los ingresos que recibe un profesional de la salud con el mismo perfil dependiendo de la UNEME-EC en la que labore, siendo esta situación más evidente entre el personal de psicología y trabajo social. **(Cuadro IV)**

**Cuadro IV.** Salarios promedio de los colaboradores de las UNEME-EC por esquema de contratación. México 2012.

Colaboradores	Contrato base	Contrato eventual	Global	Desv. Est.	Coef. Variación
Médico tratante	21,568	18,721	19,642	5,497	28
Enfermería	11,085	9,598	10,094	3,157	31
Nutrición	11,653	10,179	10,548	2,886	27
Psicología	13,579	10,552	11,529	4,344	38
Trabajo social	9,551	8,973	9,144	3,369	37

*Grado de éxito de las UNEME-EC como centros de extensión de buenas prácticas clínicas*

Parte de las bondades del modelo de atención de las UNEME-EC es que éste no se limita exclusivamente a la atención clínica de los pacientes sino que ofrece talleres a estos y sus familias e incluso a miembros de las comunidades donde prestan servicios. Asimismo, los médicos de estas unidades brindan apoyo a los médicos de los centros de salud en su área de influencia a fin de extender el conocimiento sobre el modelo multidisciplinario y sobre algunos abordajes novedosos en materia terapéutica. De este modo, las UNEME-EC se constituyen no sólo como unidades de atención sino como centros de extensión de buenas prácticas e incorporan algunos de los elementos deseables en la atención ambulatoria, como es el de la búsqueda activa de posibles pacientes en las áreas donde ofrecen cobertura de servicios.

En la evaluación efectuada en 2012 se documentó que las UNEME-EC realizaron un promedio de cuatro sesiones de nutriología y psicología por mes. El área de actividad física y enfermería otorgan un promedio de tres pláticas por mes y trabajo social, dos. Todas las UNEME-EC cuentan con evidencia de listas de asistencia a los talleres o pláticas, aunque muy pocas documentan el contenido de las pláticas o talleres. En 25 unidades existían evidencias de la programación anual de estas actividades.

Por otro lado, las UNEME-EC capacitaron en su modelo de atención a un promedio de 26 médicos de centros de salud durante los últimos seis meses y la cantidad media de centros de salud a los que se ha otorgado esta capacitación fue de seis.

Finalmente, en cuanto a las actividades en centros comunitarios (escuelas, centros de trabajo o parroquias), en promedio se realiza una actividad al mes. A través de estas actividades, durante el último semestre se captó un promedio de 174 pacientes en la comunidad para tamizaje de diabetes o hipertensión. De estos pacientes, 24% han sido admitidos a las UNEME-EC para atención de su padecimiento.

### *Percepción de los usuarios de las UNEME-EC sobre la calidad de los servicios proporcionados*

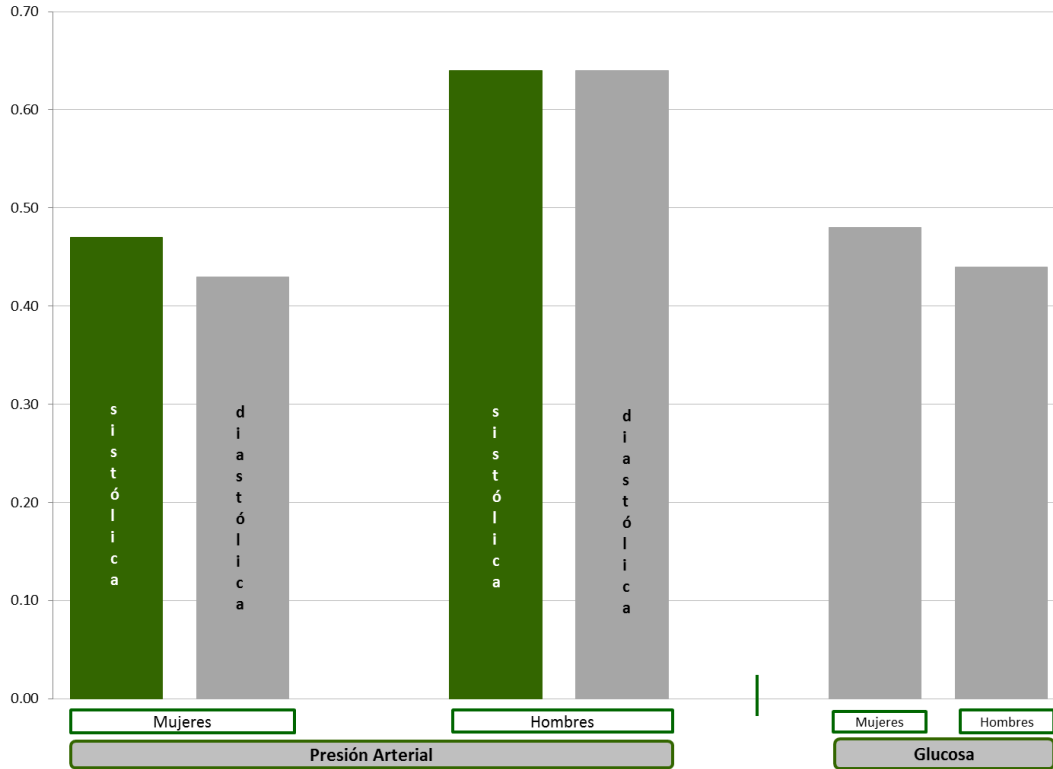
Nueve de cada 10 pacientes reportó haber sido atendido por el equipo multidisciplinario de la UNEME-EC. Una desviación importante fue documentada en los pacientes atendidos por obesidad, ya que sólo 74% de éstos reportó haber recibido una atención integral.

Uno de los indicadores más robustos en el tema de la calidad percibida consiste en documentar el porcentaje de pacientes que declara que recomendaría o ha recomendado a un familiar o amigo asistir a la unidad donde está siendo atendido. En general, nueve de cada diez pacientes atendidos en las UNEME-EC haría esta recomendación, aunque en algunas unidades este porcentaje asciende a 100% y en una sólo alcanza 70%.

Un alto porcentaje (96.3%) de los pacientes reportó que su estado de salud ha mejorado a partir de que se atiende en las UNEME-EC, mientras que 2.5% reportó que ésta permanece sin cambios y una proporción mínima (0.3%) reportó que ha empeorado. Asimismo, se preguntó a los pacientes cómo califican la atención médica recibida en estas unidades en relación con la instancia donde se atendían anteriormente. Se encontró que 93.2% de ellos considera que la atención es mejor en la UNEME-EC, 6.8% la calificó como igual y sólo un paciente consideró recibir mejor atención en la instancia anterior.

Al ser la educación del paciente un componente vital para el éxito del tratamiento de las enfermedades crónicas, la percepción sobre la información que recibieron los pacientes acerca de su padecimiento también fue evaluada. Se preguntó a los pacientes sobre la claridad con la que le fue explicado su diagnóstico, los resultados de estudios, el plan de tratamiento y el pronóstico. En promedio, se encontraron niveles de satisfacción muy altos: 97% de los pacientes considera haber recibido información detallada de cada aspecto de la atención.

Para contrastar información, también se documentó el porcentaje de pacientes que declaraba conocer los niveles adecuados de presión arterial, así como los de glucosa en ayuno. Se encontró, por ejemplo, que de los pacientes diabéticos entrevistados sólo 46% de las mujeres conocían realmente los valores adecuados de glucosa en ayuno y que 43% de los hombres tenía este conocimiento, aunque un mayor porcentaje declaraba saberlos. En el caso de los pacientes hipertensos, estos porcentajes fueron mayores, especialmente en los hombres. (**Figura 19**)



**Figura 19.** Proporción de pacientes entrevistados que conocen sus cifras normales de control, UNEME-EC, México 2012.

El tiempo de espera reportado por los pacientes para recibir consulta fue de 19 minutos y en promedio los pacientes pasan 2.4 horas en la unidad. Este resultado es coherente con el modelo teórico, ya que se programan citas en bloques para ser más eficientes en la atención. Debe hacerse notar que otra de las amenazas identificadas para la operación de las UNEME-EC es que éstas suelen ubicarse en zonas donde no es fácil acceder, lo cual dificulta que todos los pacientes se adhieran plenamente al modelo de atención o que algunas de las personas que podrían ser candidatas para recibir atención en estas unidades no asiste por falta de tiempo o de dinero para sufragar los gastos de traslado.

### Conclusiones

Los resultados presentados permiten concluir que los servicios que se brindan en las UNEME-EC están logrando resultados positivos en materia de control metabólico, lo cual refuerza las evidencias que han mostrado que el control de los padecimientos crónicos tiende a mejorar cuando la atención se basa en una aproximación multidisciplinaria y una mayor personalización en la relación médico-paciente.

Con independencia de este resultado fundamental, y de los altos niveles de satisfacción identificados en la población usuaria, es posible mencionar que existen claras áreas de oportunidad que deben atenderse, ya sea por los coordinadores del proyecto a nivel federal o por las autoridades estatales. Los dos elementos más destacados en este sentido son la ausencia de algunos medicamentos esenciales y la inestabilidad laboral de algunos de los profesionales que laboran en las UNEME-EC. En este sentido, se requieren acciones coordinadas entre las diferentes instancias involucradas, incluyendo a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, a fin de establecer las medidas correctivas considerando que varios de los medicamentos faltantes forman parte de los beneficios garantizados para los beneficiarios del Seguro Popular.

Por otro lado, también vale la pena destacar que los registros indican que las UNEME-EC están funcionando adecuadamente como centros de extensión de buenas prácticas, lo que puede considerarse un efecto colateral positivo que incidirá favorablemente en la calidad de la atención que se brinda en los centros de salud tradicionales, además de que las acciones comunitarias ayudarán a la identificación temprana de personas que requieren atención con lo que se contribuirá a disminuir el desarrollo de complicaciones.

Tomando en cuenta lo anterior, consideramos que los datos disponibles sugieren que el modelo de atención impulsado en las UNEME-EC debe fortalecerse con dos estrategias paralelas. Por un lado, la adopción de algunas de las características concretas de este modelo en las UAP tradicionales, como puede ser la incorporación regular del profesional de la nutrición a la plantilla de proveedores en centros de salud, al menos en aquellos de mayor tamaño y que se ubican en áreas urbanas. Por otro, la creación de más unidades de este tipo, que, cumpliendo con su papel de puente entre la atención primaria y la hospitalaria, permitan acceder a atención de calidad a la gran cantidad de población que padece diabetes, hipertensión, obesidad o síndrome metabólico. En la medida en que se coordinen los esfuerzos de los niveles federal y estatal y se haga más eficiente la inversión de los recursos que el Sistema de Protección Social en Salud ha movilizad, será posible fortalecer esta respuesta organizada a uno de los mayores retos que enfrenta el sistema nacional de salud.



## V. Centros de Salud Atendidos por Pasantes

Como se mencionó en el capítulo dedicado a la descripción de recursos y servicios, aproximadamente la tercera parte de las UAP bajo responsabilidad de los SESA son atendidos exclusivamente por pasantes de medicina. De las 32 entidades federativas, en el Distrito Federal, San Luis Potosí, Quintana Roo y Tlaxcala el porcentaje de UAP atendidos exclusivamente por pasantes es menor a 10%, mientras que en Colima y Sonora la cifra supera 50%.

El servicio social de pasantes de medicina tiene, entre otras, la función de consolidar la formación del futuro médico en los aspectos relacionados con el primer nivel de atención. Debe enfatizarse, no obstante, que desde un punto de vista estrictamente normativo el pasante no es todavía un profesional legalmente facultado para el ejercicio de la medicina, por lo que debería existir una supervisión y acompañamiento constante sobre sus actividades. Los datos con que se cuenta no confirman que este acompañamiento permanente exista y, por el contrario, las evidencias sugieren que el pasante de medicina se ha convertido en un recurso regular para brindar servicios de salud en áreas rurales.

De este modo, en la práctica el servicio social en medicina cumple con dos tareas fundamentales, culminar la formación académica del futuro médico y utilizar a los pasantes para dar servicios asistenciales a la población que se atiende en las UAP. Desde los años noventa, época en que se instrumentaron las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), se esperaba que el año de duración del servicio social se enfocara a la vinculación de la clínica con la práctica de la Salud Pública y que fortaleciera no sólo la aplicación de conocimientos previos sino el desarrollo de competencias para un ejercicio médico integral. No obstante, el modelo de formación de recursos humanos para la salud continúa enfatizando la especialización médica, por lo que el ejercicio del servicio social sigue visualizándose como un requisito administrativo para el que frecuentemente no se recibe una capacitación idónea.

El presente capítulo resume los hallazgos de un estudio diseñado para caracterizar el funcionamiento de las UAP<sup>23</sup> atendidas exclusivamente por pasantes. El propósito de éste era identificar elementos susceptibles de mejora que ayuden a establecer medidas a fin de que el servicio social cumpla de mejor manera con los objetivos para los que fue creado.

---

<sup>23</sup> Por consistencia con el resto del documento, se usará el término Unidad de Atención Primaria (UAP), aunque el estudio fue desarrollado puntualmente en centros de salud.

## **Metodología**

El estudio se desarrolló en una muestra de 90 UAP, distribuidos en 10 entidades federativas. Las entidades fueron seleccionadas probabilísticamente entre las 21 entidades que cuentan con más de 25% de sus UAP atendidas exclusivamente por pasantes. De los 90 centros visitados, 60 eran atendidos exclusivamente por pasantes y los otros 30, con fines comparativos, eran unidades donde además del pasante había médico de base. Se visitaron unidades de Coahuila, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nayarit, Querétaro, Yucatán y Zacatecas.

En cada centro se revisaron diez expedientes de cada uno de tres rastreadores clínicos: diabetes, hipertensión arterial y atención prenatal con el fin de valorar los procedimientos clínicos y los resultados de la atención en cada unidad. Adicionalmente se aplicó una encuesta a los médicos pasantes de todas las unidades visitadas, se aplicaron listas de cotejo para medicamentos y equipo y se aplicaron entrevistas semiestructuradas a una submuestra de médicos, así como a responsables del servicio social de 10 universidades — aquellas con mayor volumen de médicos formados— y 10 responsables de la supervisión del servicio social en las unidades visitadas.

A continuación se presentan algunos de los hallazgos de este proyecto. Se incluyen en cursivas ejemplos concretos reportados en las entrevistas por pasantes.

## **Resultados**

### *Perfil de los pasantes y condiciones de vida*

La edad promedio de los pasantes de medicina que realizan el servicio social en las UAP evaluadas fue de 24.3 años de edad, sin diferencias significativas entre quienes laboran en centros atendidos exclusivamente por pasante o donde hay médico titulado. El porcentaje de mujeres en centros de salud atendidos exclusivamente por pasante fue menor (53.6%) que en aquellos donde había médico (58.8%).

Hay una diferencia importante en el lugar donde se pernocta. Mientras que 73.2% de los pasantes sin médico de base duermen en una residencia anexa al centro de salud o en un lugar habilitado dentro de la unidad, en donde hay médico de base esta cifra desciende a 53% e incluso 35% de los pasantes en esta situación pernocta en su casa. Esta situación, que podría considerarse banal, tiene implicaciones relacionadas con la seguridad, el horario de servicios, el costo de la manutención y el fenómeno de la selección negativa, por el cual los centros de salud de áreas rurales tienden a recibir a los pasantes que han tenido desempeños menos positivos a lo largo de su formación.

El problema de la inseguridad fue citado con frecuencia en las entrevistas aplicadas a pasantes como una de las razones por las que se evita —cuando es posible— pernoctar en los centros de salud, ya que estos no cuentan con las medidas mínimas de protección y no se cuenta con el respaldo de alguna autoridad que garantice la seguridad.

*...una persona que estaba tomada, incluso drogada, estaba muy agresivo y golpeando a una mujer, entonces la señora estaba muy golpeada y mala, la tuve que revisar y el señor se puso más agresivo porque le estaba otorgando atención médica a la señora y quería meterse a la fuerza a la unidad. En mi unidad sólo soy yo y tengo dos enfermeras y todas somos mujeres, no tenemos ningún hombre o por lo menos alguien que nos pueda ayudar en seguridad, entonces lo único que hicimos fue tratar de cerrar una puerta de cristal que era muy fácil de romper e intentar llamar a la policía, la que llegó una hora después y se les escapó este señor y no lo pudieron hallar...*

#### *Apoyo económico*

Los pasantes de medicina reciben un apoyo económico por parte de la Secretaría de Salud. Los pasantes que trabajan sin médico de base reciben en promedio \$2,363 mensuales y los pasantes con médico de base reciben \$2,671 mensuales. Como consecuencia de la insuficiencia de este apoyo, la mayor parte de los pasantes refirió que complementan su ingreso con transferencias familiares, cifra que fue ligeramente más alta entre quienes laboran solos (94.5%) que entre aquellos que cuentan con acompañamiento (88.2%).

Los pasantes refieren que el apoyo económico proporcionado por la Secretaría de Salud es insuficiente y tienen que recurrir a su familia ya sea por un apoyo económico o en especie.

*...no, no es suficiente porque aquí en las comunidades todo cuesta más caro. Un refresco que en la ciudad te cuesta cinco o seis pesos aquí te cuesta diez, doce o incluso hasta veinte pesos... además de que en la comunidad en donde estamos no hay modo de comunicarse más que con teléfono rural y cuesta diez pesos el minuto y pues no hay forma, o sea no, con la beca que llega no alcanzas para nada.*

*La beca es... como de \$600.00 semanal, sinceramente si no fuera por el apoyo familiar yo no puedo cubrir ni mi renta, ni mi comida y cosas higiénicas de mi persona...por ejemplo, una comida corrida te cuesta \$50, si tú comes todos los días en la calle te estás gastando un poco más de la mitad de lo que semanalmente te está dando, eso es solo la comida...incluso si te enfermas, como también cubres tus cosas médicas, no cubres totalmente con la beca que te dan.*

En cuanto al apoyo para alimentación, hay casos en donde el pasante tiene que pagar sus alimentos y hay otros casos en donde la comunidad se los proporciona.

*... Sí, pues gracias a la comunidad que es la que me asiste aquí se me brindan los alimentos sin pedirme ninguna remuneración a cambio y pues se come bien...*

En varias de las entrevistas los pasantes mencionan que el apoyo económico no es inmediato a la incorporación al servicio social, tardan entre dos y tres meses en recibirlo, por lo que depende de sus familia u otro empleo para sobrevivir.

*... lo recibí casi 3 meses después que llegué, o sea hasta eso creo que si dependiera completamente de mi beca, me hubiera muerto de hambre esos 3 meses...pero sí, de ahí quincenalmente en la tarjeta que me otorgó la Secretaría estoy recibiendo puntual, eso sí, recibiendo puntual la beca que me dan.*

Una situación que merece ser señalada es que en 17.6% de los centros de salud con médico de base los pasantes se ayudan para sus gastos de manutención por medio de trabajo adicional, situación que en los centros de salud atendidos sólo por pasantes se observó en sólo 9.3% de los casos. Esta situación destaca la necesidad de incrementar la ayuda económica institucional a los pasantes y proporciona una señal de alerta: por un lado, sería conveniente que el tiempo que los pasantes pudieran llegar a tener disponible para otras actividades lo dedicaran a actividades académicas y no laborales; por otro, debe asegurarse que no estén proporcionando atención médica con carácter privado a personas que tendrían derecho a recibirla gratuitamente en el centro de salud.

Con relación a la carga de trabajo relacionada a procesos administrativos, los reportes indican que ésta es más alta para los pasantes que trabajan solos, ya que en promedio reportaron dedicar 44% de su tiempo a esta tarea, contra 38% que indicaron los pasantes que cuentan con acompañamiento. Aunado a ello, se observa una diferencia importante entre las opiniones de los pasantes por tipo de unidad médica analizada respecto a cómo consideran el tiempo destinado a procesos administrativos, ya que 71.4% de los que laboran en unidades con sólo pasantes piensan que es excesivo o muy excesivo, en tanto que poco menos de la mitad (47.1%) de los que laboran en unidades con médico de base lo consideran así. En el mismo sentido, una queja recurrente es el gran número de formatos que deben llenarse y que, en no pocas ocasiones, representa duplicidad de esfuerzos ya que el mismo paciente puede tener información requerida por múltiples programas.

### *Capacitación y supervisión del médico pasante*

Del total de pasantes, 23.3% no recibieron capacitación para la toma del centro de salud. Entre los que sí fueron capacitados, el entrenamiento fue más extenso entre los pasantes que trabajarían solos, quienes recibieron en promedio 4.7 días de capacitación antes de hacerse cargo del centro de salud, mientras que los pasantes destinados a unidades con médico de base recibieron 3.5 días de capacitación en promedio. En cuanto a la calificación que le dieron a la calidad de esta capacitación, no hubo diferencias, fue de 5.6 puntos en una escala de 0 a 10.

De acuerdo con lo encontrado en el estudio, los elementos más importantes en la capacitación son los relacionados con los aspectos administrativos del manejo de los centros de salud, lo que genera quejas ya que los pasantes esperarían que se les apoyará más con elementos de índole clínica que les ayudaran a responder mejor a las necesidades de la población que atenderán.

*...el primer punto, yo creo que capacitar desde el principio a todos los pasantes que empiezan, sobre todo en el papeleo, que es lo que nos exigen la Secretaria, al fin y al cabo nuestro trabajo es metas y papeles... no toman desde mi punto de vista mucha importancia al trato de la gente porque ellos ven números...*

*...la capacitación es muy escueta, te dan una plática por parte de la universidad, que es la que veo que es más completa, posteriormente te dan una plática respecto de temas de actualización que a veces uno no sabe ni qué tenía que ver respecto de sector salud... yo creo que los que no tienen a alguien que los respalde o que les diga qué tienen que hacer antes de llegar aquí están en un problema, inclusive veo a pasantes del servicio social en otros lados que no siguen la norma del expediente clínico, ponen abreviaturas en sus notas, ponen varias cosas que no, pero es porque no les han indicado qué es lo correcto.*

### *Calidad de la atención*

La calidad de la atención involucra múltiples dimensiones y su medición se puede realizar con diferentes aproximaciones. Para este estudio, se decidió recurrir a la revisión de expedientes relacionados con tres rastreadores clínicos —diabetes, hipertensión arterial y control prenatal (CP) —, cuyos procedimientos están bien estandarizados y donde se cuenta con criterios puntuales para la valoración del éxito. En cada uno de los expedientes revisados se buscaron evidencias seleccionadas acerca del cumplimiento de los aspectos normativos de la atención y datos del control metabólico o del registro de complicaciones.

- Diabetes tipo 2

No hubo diferencias en la distribución por edad de los pacientes entre las unidades que fueron atendidas exclusivamente por pasantes y aquellas en las que había acompañamiento por médico titulado. El promedio de consultas también fue muy similar en los dos tipos de centros de salud estudiados (cinco en el último año).

En cuanto a la integración del expediente clínico del paciente, ésta era mejor en las unidades de salud con sólo pasante, aunque había mayor existencia de hojas de referencia y contrarreferencia en los centros de salud con médico, quizás como consecuencia de que estos se encuentran mejor integrados en redes de servicios.

El **Cuadro V** muestra la frecuencia con que se encontró registro de diversos marcadores biológicos y algunas indicaciones terapéuticas. Las cifras se refieren a la existencia del dato en lo correspondiente a la última consulta del paciente. Puede verse que el registro de hemoglobina glucosilada en la última consulta fue de menos de 15% en los dos tipos de centros de salud y que incluso 20% de los pacientes de centros de salud donde hay médico de base no tenían registro de glucemia. Esta última cifra se incrementa a 30% en las unidades que sólo cuentan con la atención de pasante.

En cuanto al registro del seguimiento de otros marcadores biológicos, como urea, creatinina, colesterol y triglicéridos, el nivel de registro es bajo y en todos los casos fue más alto en los centros de salud con médico de base. El nivel de registro fue más alto en lo concerniente a recomendaciones de reducción de peso, dieta balanceada y actividad física. Es destacable que el registro de recomendaciones para dejar de fumar y evitar el consumo de alcohol fue más alto en los centros atendidos exclusivamente por pasantes.

En cuanto al registro de solicitud de exámenes de laboratorio y de valoraciones físicas, se encontraron diferencias importantes en lo concerniente al examen de extremidades, que se realiza con más frecuencia en los centros donde el pasante trabaja junto con un médico (70.3 vs 57.6%). Es necesario recordar que este examen debe efectuarse en todas las consultas con pacientes diabéticos. Asimismo, en los expedientes revisados había poco registro de que se indicara examen de fondo de ojo, con sólo 22% en el último año y sin diferencias significativas entre tipos de centro. En este caso, lo que la norma oficial en la materia indica es que este examen debe efectuarse al menos cada año (**Cuadro VI**).

**Cuadro V.** Porcentaje de registro de marcadores biológicos e indicaciones terapéuticas en los expedientes clínicos de pacientes diabéticos, por tipo de unidad, México 2012.

Marcadores biológicos e indicaciones terapéuticas	Unidades de Atención Primaria	
	Pasante con médico de base (%)	Solo pasante (%)
Peso	98.4	99.7
Índice de masa corporal	85.1	77.2
Presión arterial	99.5	99.2
Hemoglobina glucosilada	14.6	11.3
Glucemia en ayuno	80.0	70.5
Urea o nitrógeno ureico	22.4	6.1
Creatinina sérica	23.2	6.9
Colesterol total en sangre	25.9	11.2
Triglicéridos en la sangre	24.9	10.7
Se establecen metas de control de peso	90.3	82.9
Medición de cintura	89.2	79.1
Evitar el consumo de tabaco	71.1	84.4
Evitar el consumo de alcohol	71.6	84.2
Una alimentación balanceada	98.9	97.4
Realizar actividad física de manera suficiente	98.9	97.3

**Cuadro VI.** Frecuencia de registro en el expediente clínico de pacientes diabéticos de exámenes físicos o de laboratorio en los últimos 12 meses, por tipo de unidad, México 2012.

Exámenes físicos o de laboratorio	Unidades de Atención Primaria	
	Pasante con médico de base (%)	Solo pasante (%)
Examen clínico de pies	70.3	57.6
Examen de fondo de ojo	22.4	22.3
Examen de orina	56.5	42.6
Examen dermatológico	48.6	30.5
Examen dental	28.9	18.2
Electrocardiograma	1.4	3.8
Evaluación de las extremidades	71.1	61.1

Otra diferencia relevante y estadísticamente significativa fue la relacionada con la recomendación de integrarse a un grupo de ayuda mutua o algún programa de diabetes en el centro de salud. Nuevamente, la proporción fue superior en las unidades médicas

donde hay médico de base con 47.6, mientras que en las atendidas sólo por pasantes fue de 28.2%.

- Hipertensión Arterial

En casi la totalidad de los expedientes de pacientes con hipertensión arterial sistémica hay registró de presión arterial y de peso, sin diferencias mayores entre los dos tipos de unidades estudiadas. En el caso del índice de masa corporal (IMC) y la glucosa, ambos se registraron en mayor medida en los centros de salud en los que además del pasante se cuenta con algún médico de base. Como en el caso de la diabetes, el registro de otros marcadores fue muy pobre.

En lo que respecta al registro del seguimiento médico en el último año, en casi todos los rubros se encuentra un nivel mayor de registro en las unidades en las que además del pasante hay un médico de base. Las mayores diferencias se observan en el registro de la medición de cintura (87.6% vs. 75.3%) y en la recomendación de evitar el consumo de sal (94.9% vs. 87.8%), así como en los registros de valoraciones de urea y creatinina. La determinación de microalbuminuria, por su parte, fue prácticamente nula en los dos tipos de centros de salud. En el resto de los rubros las diferencias son pequeñas. Los tres casos en que los porcentajes son mayores en las unidades atendidas exclusivamente por pasantes se refieren a evitar el consumo de tabaco, evitar el consumo de alcohol (en ambos casos las cifras se encuentran en alrededor de 15 puntos porcentuales arriba de las unidades en donde hay algún médico de base) e indicar la ingestión suficiente de potasio. Este último caso llama la atención, ya que la diferencia es de 20 puntos (**Cuadro VII**).

En las unidades en las que además del pasante se cuenta con un médico de base se registró que 53.8% de los pacientes fueron asignados a un grupo de ayuda mutua o algún programa de HTA del centro; en cambio, en los centros de salud que cuentan exclusivamente con pasante la cifra fue de sólo 29.2 por ciento. Es pertinente mencionar que la incorporación a este tipo de grupos ha mostrado su efecto positivo en el control de los pacientes con enfermedades crónicas.



**Cuadro VII.** Porcentaje de registro de marcadores biológicos e indicaciones terapéuticas en los expedientes clínicos de pacientes hipertensos, por tipo de unidad. México 2012.

Marcadores biológicos e indicaciones terapéuticas	Unidades de Atención Primaria	
	Pasante con médico de base (%)	Solo pasante (%)
Presión arterial	98.4	98.1
Peso	98.4	96.7
Índice de masa corporal	82.0	77.8
Glucosa	39.2	31.9
Urea	14.5	5.1
Creatinina	14.5	4.3
Colesterol total en sangre	17.7	8.3
Triglicéridos en la sangre	17.2	7.5
Se establecen metas de control de peso.	86.4	82.1
Medición de cintura	87.6	75.3
Evitar el consumo de tabaco	62.6	77.8
Evitar el consumo de alcohol	63.7	77.7
Evitar el consumo de sal	94.9	87.8
Ingestión suficiente de potasio	54.0	74.0
Una alimentación balanceada	99.2	94.3
Realizar actividad física de manera suficiente.	98.1	93.6

- Atención prenatal

A diferencia de los dos marcadores previos, la revisión de expedientes relacionados con atención prenatal mostró que hay diferencias a favor de los centros atendidos exclusivamente por pasantes en acciones importantes como la medición de la cantidad de líquido amniótico, el registro del tamaño del feto y la ministración de ácido fólico y sulfato ferroso (**Cuadro VIII**).

En cuanto a la realización de exámenes de laboratorio o gabinete, se observó que en las unidades atendidas exclusivamente por pasantes el registro es menor. No obstante, las cifras en unidades con médico de base también son bajas, sobre todo si se considera que este tipo de exámenes, particularmente el general de orina y la detección de VIH, son parte de lo indicado en la NOM-007-SSA2-1993, sobre atención de la mujer durante el embarazo.

**Cuadro VIII.** Porcentaje de registro de marcadores biológicos e indicaciones terapéuticas en los expedientes clínicos de mujeres en control prenatal. México 2012.

Marcadores biológicos e indicaciones terapéuticas	Unidades de Atención Primaria	
	Pasante con médico de base (%)	Solo pasante (%)
Establecer fecha de gestación por última menstruación	91.5	97.0
Anotar en la nota de consulta el nivel de riesgo	75.2	80.6
Ministrar ácido fólico	79.9	88.9
Ministrar sulfato ferroso	79.0	84.9
Informar a la mujer sobre signos y síntomas de alarma	96.5	95.5
Toma o auscultación de la frecuencia cardíaca fetal	94.2	96.0
Tamaño actual del feto	49.6	63.5
Cantidad de líquido amniótico	21.6	42.3
Presentación y situación del feto	86.0	87.4
Actividad fetal (movimiento)	91.0	93.5
Altura del fondo uterino (cm)	93.0	91.7
Examen general de orina	83.4	77.3
Determinación de glucemia en ayunas (dextrostis)	59.8	43.6
Biometría hemática	77.0	65.2
Determinación de grupo sanguíneo ABO y RH	62.7	53.4
Análisis en sangre para sífilis (VDRL)	71.1	59.2
Aplicar toxoide tetánico	56.6	51.9
Prueba de Papanicolaou	7.0	4.5
Detección de VIH	56.9	50.6
Ultrasonidos	60.3	49.9

Por lo que se refiere a la orientación sobre lactancia materna y uso de métodos para planificación familiar, destaca que en los centros atendidos exclusivamente por pasantes se observaron porcentajes mayores comparativamente con las unidades donde el responsable es un médico de base (70 vs. 56%).

#### *Abasto de medicamentos*

Se utilizó una lista de cotejo de 216 medicamentos para verificar su existencia en la unidad al momento de la visita. El promedio de medicamentos en existencia fue de 92, esto es, menos de 43% de la lista aplicada. Por tipo de unidad, el promedio fue menor en aquellas con sólo pasante respecto de las que cuentan con médico de base.

Para tratar de analizar la información con un nivel de exigencia menor, internamente se realizó una selección de 132 medicamentos que se consideraron absolutamente esenciales. Con base en esta lista reducida, se obtuvo un promedio de 77 claves

existentes, equivalente a 58%. Nuevamente el promedio resultó menor en los centros de salud con sólo pasante.

Los medicamentos que se encontraron con mayor frecuencia son los que se utilizan en el tratamiento de enfermedades infecciosas y parasitarias. Entre los que no se encontraron habitualmente, destaca la ausencia de ambroxol, diclofenaco, naproxeno y paracetamol, además de algunos antibióticos de primera elección. (**Cuadro IX**).

**Cuadro IX.** Porcentaje de unidades que no contaban con medicamentos básicos seleccionados. México 2012.

Medicamento	Unidades de Atención Primaria		
	Ausente (%)	Pasante con médico de base (%)	Solo pasante (%)
Ácido acetil salicílico (tabletas, grageas o cápsulas)	13.3	11.8	14.3
Ácido fólico (tabletas)	4.4	5.9	3.6
Albendazol (tabletas)	12.2	23.5	10.7
Amoxicilina (suspensión oral)	5.6	5.8	5.4
Ambroxol (comprimidos)	21.1	23.5	19.6
Ambroxol (solución oral)	25.6	17.7	30.4
Ampicilina (tabletas o cápsulas)	13.3	8.8	16.1
Bencilpenicilina benzatínica compuesta (polvo para suspensión inyectable)	16.7	11.8	19.6
Diclofenaco (cápsulas o grageas de liberación prolongada)	22.2	17.7	25
Enalapril o lisinopril (tabletas)	15.6	20.6	12.5
Eritromicina (cápsulas o tabletas)	6.7	2.9	8.9
Glibenclamida (tabletas)	11.1	14.7	8.9
Mebendazol (tabletas)	18.9	14.7	21.4
Metamizol sódico (comprimidos)	22.2	17.7	25
Metformina (tabletas)	12.2	14.7	10.7
Metronidazol (óvulos vaginales)	12.2	14.7	10.7
Naproxeno (tabletas)	27.8	20.6	32.1
Nistatina (óvulos o tabletas vaginales)	12.2	8.8	14.29
Paracetamol (suspensión oral)	11.1	11.8	10.7
Paracetamol (supositorios)	24.4	29.5	23.2
Paracetamol (tabletas)	25.6	17.6	30.4
Prednisona (tabletas)	14.4	5.9	19.6
Propranolol (tabletas)	10.0	2.9	14.3
Ranitinda (cápsulas o comprimidos)	20.0	11.8	21.4
Rifampicina isoniazida y pirazinamida (tabletas o grageas)	18.9	8.8	25
Salbutamol (suspensión aerosol)	5.6	11.8	1.8

\*La lista de cotejo que se utilizó sólo verificaba si el medicamento estaba disponible en el centro de salud, no así la cantidad en existencia.

Con respecto a este tema, se identificó que en muchos de los casos es el pasante quien hace el inventario de los medicamentos y también quien tiene que ir a la jurisdicción a solicitarlos y recogerlos porque de otra manera los medicamentos tardan más tiempo en llegar a la unidad.

*...la semana pasada sí tuve problemas en cuanto a abasto y surtimiento de medicamento debido a que no habían llegado y todavía no se presenta la situación,*

*pero sé que va a ser un poco de problema debido a que yo no cuento con vehículo para trasladarme hasta acá y pues el medicamento me lo tengo que traer yo de la jurisdicción y sí va a ser arriesgado tanto para el medicamento como para mí andar cargando las cajas y puede presentarse una situación de desabasto por eso...*

### Equipamiento

En materia de servicios de comunicación, las unidades con médico de base están mejor equipadas ya que la proporción que cuenta con computadora, Internet o teléfono es significativamente mayor respecto de las unidades con sólo pasantes. El hecho de que las unidades atendidas exclusivamente por pasante tengan mayores limitaciones en materia de comunicación agregan dificultades para responder adecuadamente a situaciones de emergencia y para que los pasantes puedan apoyarse con el conocimiento y habilidades de médicos con mayor experiencia en casos particularmente complicados.

Por otro lado, a pesar de que en 77 de los 90 centros de salud visitados se identificó la existencia de áreas específicas para atención de urgencia y en 28 casos de áreas específicas para la atención de partos, en ninguno de ellos se pudo verificar la existencia del equipamiento idóneo para brindar los servicios requeridos.

Los problemas de equipamiento se reflejan mejor cuando se analiza la ausencia de equipamiento básico indispensable, como puede ser el caso de esfigmomanómetros, básculas o estetoscopios. El **Cuadro X** muestra el porcentaje de centros de salud visitados que no contaban con algunos elementos básicos. Puede verse que, en general, las carencias son más frecuentes en los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes.

**Cuadro X.** Porcentaje de unidades que no contaban con los elementos de equipamiento indicados, por tipo de unidad. México 2012.

Equipo	Unidades de Atención Primaria		
	Ausente (%)	Pasante con médico de base (%)	Solo pasante (%)
Esfigmomanómetro mercurio	27.8	29.4	26.8
Estetoscopio biauricular	6.7	11.8	3.6
Estetoscopio Pinard	5.6	8.8	3.57
Báscula con estadímetro	26.7	35.3	21.43
Bascula para bebes	34.4	41.2	30.4
Lámpara de diagnóstico	26.7	38.2	19.7
Glucómetro	21.1	32.4	14.3
Tiras reactivas	25.6	29.4	23.2
Espejos vaginales	41.4	54.5	33.3

## **Escenarios para favorecer el desempeño en el servicio social**

Los pasantes caracterizan el escenario de acuerdo con la infraestructura, equipo y abasto de medicamento. En cuanto a infraestructura, los entrevistados refieren que las condiciones en las que encuentran son aceptables y permiten brindar atención, sin embargo, tanto el abasto de medicamentos como el equipo e instrumental son deficientes, lo que repercute en los tratamientos y realización de ciertos procedimientos a los pacientes.

*... yo me he encontrado con que hay bastante necesidad de medicamentos, que es lo más importante; a veces, no sé, instrumento...*

*...aquí en el centro de salud no me puedo quejar, tengo todo el equipo médico, medicamentos es lo que escasea a veces. No es cuestión de la Secretaría, los distribuidores suelen fallar, entonces al fallar, fallas tú también, no te puedes librar de responsabilidades también... a veces hay muchas trabas, sobre todo para el médico pasante; en mi situación he visto varias que te impiden o te limitan por ser médico pasante a la hora de tomar decisiones.*

*... el centro de salud tiene muchas deficiencias, lo que es la sala de espera, la farmacia que no está en condiciones adecuadas porque tiene una gotera y se puede mojar el medicamento, la seguridad de la clínica...*

## **Conclusiones**

El servicio social en medicina sigue siendo un componente básico de la prestación de servicios de salud que los SESA proporcionan en áreas marginadas y dispersas del país. Por ello, su diseño, implantación y operación requieren de una amplia revisión y actualización para cumplir con el propósito que le dio origen hace más de siete décadas: el acceso y disponibilidad de servicios de salud con calidad para las poblaciones indígenas y rurales, así como el fortalecimiento de la formación médica profesional.

Para que estos objetivos se cumplan adecuadamente, se requiere invertir en elementos estructurales que brinden mayor seguridad a los pasantes de medicina, que permitan brindar una atención digna a todos los usuarios y que ofrezca medios para una comunicación expedita entre los centros de salud atendidos exclusivamente por pasantes con centros de referencia con mayor capacidad de respuesta. Estudios previos ya han documentado que el monto requerido para estas mejoras es un porcentaje mínimo de lo que se ha transferido a las entidades federativas a través de los mecanismos financieros del Sistema de Protección Social en Salud.

En este estudio también se identificaron otros dos elementos cuya atención es urgente. La primera está relacionada con la capacitación e inducción de los pasantes antes de hacerse cargo de la prestación del servicio social, la cual se reportó como insuficiente y básicamente enfocada en aspectos de índole administrativa. La segunda es la carencia de acompañamiento o supervisión periódica para aquellos pasantes que se ubican en áreas donde no cuentan con la presencia de médicos en las unidades de atención. De hecho, esta situación se refirió como una variable que con frecuencia afecta significativamente el bienestar y la estabilidad de algunos de los pasantes.

Considerando que una gran proporción de los servicios de atención primaria descansan en el trabajo de los pasantes de medicina, es indispensable que, en el corto plazo, se tomen medidas para asegurar que la prestación del servicio social se lleve a cabo con las condiciones mínimas de seguridad y con el apoyo económico necesario para que estos prestadores de servicios puedan vivir dignamente. Para alcanzar estos objetivos se requiere de esfuerzos concertados entre el gobierno federal y las entidades federativas, además de compromisos puntuales por parte de las autoridades municipales y comunitarias.

## VI. Bibliografía

Dresselhaus TR, Peabody JW, Luck J, Bertenthal D. An evaluation of vignettes for predicting variation in the quality of preventive care. *J Gen Intern Med.* 2004; 19(10):1013-8.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 – Evidencia para la política pública en salud. Diabetes en adultos: urgente mejorar la atención y el control. Disponible en: <http://http://ensanut.insp.mx/>

Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. Primary health care: Challenges for implementation in Latin America. *Aten Primaria.* 2013 pii: S0212-6567(13)00041-3. doi: 10.1016/j.aprim.2012.12.016. [Epub ahead of print]

González-Villalpando C, López-Ridaura R, Campuzano JC, González-Villalpando ME. The status of diabetes care in Mexican population: Are we making a difference? Results of the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Publica Mex* 2010;52 suppl 1:S36-S43.

Guía de Práctica Clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. Secretaría de Salud. México, 2008. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

Hernández-Romieu AC, Elnecavé-Olaiz A, Huerta-Uribe N, Reynoso-Noverón N. Analysis of population survey for determining the factors associated with the control diabetes mellitus in Mexico. *Salud Publica Mex* 2011; 53:34-39.

Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, et al. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Publica Mex.* 2011; 53 Supl 2: S78-S84.

Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Disponible en:

<http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>

Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización. Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C., 2007. Disponible en:

[http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)

Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansen J, Spell M, Lee M. Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: a prospective validation study. *Ann Intern Med.* 2004; 141(10):771-80.

Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Suarez-Ortega M, Law M, Pande AH, Escobedo J, et al. Evaluating quality of care for patients with type-2 diabetes using electronic health record information in Mexico. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2012; 12:50.

Secretaría de Salud. Evaluación de la difusión e implementación de las guías de práctica clínica. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2012. Disponible en:

[http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/Informe\\_Final\\_GPC.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/Informe_Final_GPC.pdf)

Secretaría de Salud. Evaluación externa de los centros de salud atendidos por pasantes de medicina en servicio social. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2012. Disponible en:

[http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/if\\_pasantes\\_extenso.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/if_pasantes_extenso.pdf)

Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2011. Disponible en:

<http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/oda2010.pdf>

Secretaría de Salud. Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) y el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS). Dirección General de Información en Salud, 2011. Disponible en:

[www.sinais.gob.mx](http://www.sinais.gob.mx)



Secretaría de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2009. Disponible en:

<http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/reporte-9junio.pdf>

The Scottish Government Health Delivery Directorate: Improvement and Support Team, 2010. The Scottish Primary Care Collaborative Summary. Disponible en:

<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/328133/0106002.pdf>

Veloski J, Tai S, Evans A, Nash DB. Clinical Vignette-Based Surveys: A Tool for Assessing Physician Practice Variation. *Am J Med Qual*, 2005; 20:151-157.

Walker D, DeMaria LM, Suarez L, Cragin L. Skilled Birth Attendants in Mexico: How Does Care During Normal Birth by General Physicians, Obstetric Nurses, and Professional Midwives Compare With World Health Organization Evidence-Based Practice Guidelines? *J Midwifery Womens Health*. 2012; 57(1):18-27.