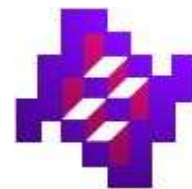


7  
**2010**

Instituto  
Nacional  
de Salud  
Pública

Centro de  
Investigación  
en Evaluación  
y Encuestas



# INFORME DE RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Fecha del Contrato: 16 de octubre  
Fecha de Entrega: 19 de agosto de 2010  
Numeral: 25

## **Evaluación Externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades**

Investigador Principal: Juan Pablo Gutiérrez ([jpgutier@correo.insp.mx](mailto:jpgutier@correo.insp.mx))

## **Evaluación del Modelo Alternativo de Salud**

Responsable: Juan Pablo Gutiérrez ([jpgutier@correo.insp.mx](mailto:jpgutier@correo.insp.mx))

## **Elaboración**

**Estructura de los servicios de salud e integración del documento:** Juan Pablo Gutiérrez, Cindy Olivares, Angelita Ruvalcaba

**Atención prenatal:** Sandra G. Sosa-Rubí, Dilys Walker, Lisa M. DeMaria , Claudia O. Martínez-Ocampo

**Atención a niños:** Gustavo Ángeles, Karla Moreno

**Atención a síndrome metabólico:** Ruy López-Ridaura, Julio Cesar Campuzano, Lisa DeMaría

**Percepción de la calidad por parte de usuarios y proveedores:** Veronika J. Wirtz, Yared Santa Ana Téllez

# CONTENIDO

1. RESUMEN EJECUTIVO.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Metodología .....	2
1.3 Resultados .....	3
1.3.1 Características de las unidades .....	3
1.3.2 Atención prenatal.....	4
1.3.3 Atención a los niños.....	5
1.3.4 Atención a pacientes con enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico. ....	6
1.3.5 Percepción de usuarios y proveedores .....	8
1.4 Discusión.....	8
2. INTRODUCCIÓN.....	9
2.1 La calidad de los servicios de salud .....	9
2.2 Calidad de los Servicios de Salud en México: Antecedentes.....	12
2.3 Efectos de la calidad en las condiciones de salud .....	14
3. METODOLOGÍA.....	14
3.1 Información recolectada .....	15
3.2 Muestra de análisis .....	16
3.3 Estructura: unidades de atención a la salud .....	16
3.4 Procesos: Calidad de la Atención Prenatal.....	28
3.5 Procesos: Calidad de la atención a niños.....	31
3.5.1 Conformación de la muestra de análisis .....	32
3.5.2 Medición de la calidad de la atención: Niños enfermos.....	32
3.5.3 Medición de la calidad de la atención: Niños sanos .....	34
3.5.4 Análisis de la información .....	34
3.6 Procesos: Calidad de la atención al síndrome metabólico.....	40
3.7 Resultados: percepción de la calidad y experiencia con la utilización de los servicios .....	40
3.7.1 Medición de las experiencias y percepciones de los usuarios.....	40
3.7.2 Medición de las percepciones el personal de salud .....	41
4. RESULTADOS .....	42
4.1 Estructura de las unidades de atención a la salud.....	42
4.2 Calidad de la atención prenatal .....	69

4.2.1	Procedimientos realizados por médicos durante las visitas prenatales .....	72
4.2.1.1	Procedimientos realizados en la primera visita prenatal .....	72
4.2.1.2	Procedimientos realizados en las visitas prenatales subsecuentes .....	74
4.2.2	Información investigada por médicos en la primera visita prenatal.....	77
4.2.3	Información registrada en la cartilla prenatal.....	78
4.2.4	Dimensiones de la calidad técnico médico para la atención prenatal, parto y posparto .....	82
4.2.4.1	Visita Prenatal .....	83
4.2.4.2	Atención al parto .....	84
4.2.4.3	Visita posparto.....	85
4.2.4.4	Acceso a medicamentos y vitaminas.....	86
4.2.4.5	Acceso a métodos anticonceptivos.....	88
4.3	Calidad de la atención a niños.....	89
4.3.1	Atención a niños enfermos.....	96
4.3.2	Atención a niños sanos .....	102
4.4	Calidad de la atención al síndrome metabólico.....	103
4.4.1	Criterios de Calidad de la Consulta.....	105
4.4.2	Información proveniente de la encuestas a médico y enfermeras .....	114
4.4.3	Evaluación de los casos estandarizados para atención de diabéticos.....	119
4.5	La percepción de la calidad de atención por los usuarios y prestadores del programa oportunidades .....	121
4.5.1	Experiencias y percepciones de los usuarios.....	121
4.5.1.1	Características de los usuarios.....	121
4.5.1.2	Experiencias y percepción del acceso a los servicios.....	122
4.5.1.3	Las experiencias y percepciones del proceso de atención .....	123
4.5.2	Percepciones del personal de salud.....	125
4.5.2.1	Características del personal de salud.....	125
4.5.2.2	Percepción de la calidad de atención del personal de salud.....	126
5.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	127
5.1	Condiciones estructurales de las unidades de salud en zonas urbanas .....	127
5.1.1	Recursos humanos .....	128
5.1.2	Sistema de referencia .....	128
5.1.3	Disponibilidad de espacios físicos.....	128
5.1.4	Equipamiento.....	129

5.1.5 Insumos médicos .....	129
5.1.6 Medicamentos .....	129
5.1.7 Servicios .....	130
5.1.8 Índice de calidad .....	130
5.2 Calidad técnica de la atención prenatal .....	130
5.2.1 Utilización de servicios prenatales. ....	130
5.2.2 Exámenes físicos de rutina. ....	131
5.2.3 Realización de exámenes de laboratorio. ....	131
5.2.4 Diagnóstico temprano y manejo médico .....	131
5.2.5 Actividades de Prevención .....	131
5.2.6 Utilización y registro de información en la cartilla prenatal. ....	132
5.3 Calidad técnica de la atención a niños .....	132
5.3.1 Acciones básicas .....	133
5.3.2 Tratamiento médico con antibióticos .....	133
5.3.3 Atención niños enfermos.....	133
5.3.4 Atención a niños sanos .....	134
5.4 Calidad técnica de la atención al síndrome metabólico .....	135
5.4.1 Bajo cumplimiento de las normas .....	136
5.4.2 Falta de intensificación en los tratamientos.....	136
5.4.3 Falta de apoyo por especialistas .....	136
5.5 Percepción de la calidad de los servicios .....	137
5.6 Capacidad limitada de los servicios de salud en el ámbito urbano .....	138
6. REFERENCIAS .....	139

## ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS DEL RESUMEN EJECUTIVO

### Cuadros

Cuadro RE1 Calidad relativa de las unidades de salud en zonas urbanas, general y por estrato .....	4
Cuadro RE2. Motivos de consulta por los que se brindó atención a los niños* .....	6
Cuadro RE3. Acciones y recomendación que los pacientes refirieron haber recibido previamente a la consulta (1), por tipo de institución .....	7

### Figuras

Figura RE1 Distribución del índice de calidad estructural .....	3
Figura RE2 Reporte de los procedimientos realizados en la primera visita prenatal, según médicos y pacientes .....	5

## ÍNDICE DE CUADROS DEL INFORME DE RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

### Cuadros

Cuadro 1. Insumos mínimos necesarios con los que deben de contar las unidades .....	20
Cuadro 2. Indicadores para evaluar calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos.....	36
Cuadro 3. Indicadores para evaluar la calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos .....	39
Cuadro 4. Características de los médicos de las unidades .....	46
Cuadro 5. Características de las enfermeras de las unidades .....	47
Cuadro 6. Características del uso de información de los médicos para las prácticas clínicas .....	51
Cuadro 7. Características del uso de información de las enfermeras para las prácticas clínicas .....	52
Cuadro 8. Infraestructura para la atención de pacientes .....	54
Cuadro 9. Equipo médico .....	57
Cuadro 10. Material médico .....	60
Cuadro 11. Abasto de medicamentos .....	62
Cuadro 12. Servicios ofrecidos a la población.....	65
Cuadro 13. Porcentaje de adecuación de los ejes de estructura de las unidades de salud de acuerdo a su tipología, y por ítems necesarios para las condiciones trazadoras .....	67

Cuadro 14. Calidad relativa de las unidades de salud en zonas urbanas, general y por estrato .....	69
Cuadro 15. Reporte de los procedimientos realizados en visita subsecuente de atención prenatal, según médicos y pacientes por tipo de centro de atención .....	77
Cuadro 16. Preguntas realizadas por el médico en la primera visita prenatal, según médicos, pacientes, y viñetas clínicas .....	79
Cuadro 17. Información registrada por los médicos en la cartilla prenatal.....	80
Cuadro 18. Información registrada por los médicos en la cartilla prenatal por tipo de centro de atención .....	81
Cuadro 19. Comparación de información registrada en la cartilla prenatal entre beneficiarios de Oportunidades y Seguro Popular .....	82
Cuadro 20. Desempeño en viñeta prenatal.....	84
Cuadro 21. Calificaciones globales de la viñeta de atención prenatal, por tipo de proveedor .....	84
Cuadro 22. Desempeño en viñeta de parto.....	85
Cuadro 23. Calidad técnico-médico en la visita posparto.....	86
Cuadro 24. Acceso a vitaminas recetadas durante la primera visita prenatal por tipo de centro de atención .....	87
Cuadro 25. Indicadores para evaluar calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos.....	91
Cuadro 26. Indicadores para evaluar la calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos .....	94
Cuadro 27. Características de los niños pacientes y sus acompañantes en la consulta* .	95
Cuadro 28. Motivos de consulta por los que se brindó atención a los niños* .....	97
Cuadro 29. Diagnóstico reportado por el proveedor de salud* .....	97
Cuadro 30. Calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos (global y por médico y enfermera) <sup>1</sup> .....	100
Cuadro 31. Calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos por subsector <sup>1</sup> .....	101
Cuadro 32. Calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos por médicos <sup>1</sup> .	102
Cuadro 33. Calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos (por tipo de institución) <sup>1</sup> .....	103
Cuadro 34. Características generales de los pacientes con diagnósticos de enfermedad relacionada al síndrome metabólico.....	105
Cuadro 35. Acciones y recomendación que recibieron los pacientes durante la consulta en el día de la entrevista, por tipo de institución: Indicadores de calidad de la atención. ....	107

Cuadro 36. Acciones y recomendación que los pacientes refirieron haber recibido previamente a la consulta <sup>(1)</sup> , por tipo de institución .....	109
Cuadro 37. Tratamiento referido por los pacientes y control según lo recabado en expedientes .....	113
Cuadro 38. Características de los médicos entrevistados y de los pacientes que atendieron.....	115
Cuadro 39. Acciones y recomendación que recibieron los pacientes durante la consulta en el día de la entrevista, por tipo de institución: Indicadores de calidad de la atención .....	116
Cuadro 40. Características del personal de salud entrevistado, de los pacientes que atendieron y de la consulta .....	118
Cuadro 41. Desempeño en viñeta de paciente con diabetes mellitus .....	120
Cuadro 42. Uso de pruebas de laboratorio y diagnósticos no necesarios (N=700) .....	121
Cuadro 43. Características de los beneficiarios (excepto niños menos a 10 años) .....	122
Cuadro 44. Experiencias y percepciones de los pacientes con el acceso y la utilización de los servicios de salud.....	124
Cuadro 45. Comparación entre la percepción de la calidad de atención por afiliación de los usuarios .....	125
Cuadro 46. Características de las enfermeras .....	125
Cuadro 47. Características de los médicos.....	126



## Figuras

Figura 1. Distribución de las unidades de atención por tipo de proveedor.....	43
Figura 2. Distribución de las unidades de atención por subsectores .....	44
Figura 3. Distribución por número de familias registradas.....	45
Figura 4. Distribución de las distancia a las unidades de referencia para emergencias obstétricas por subsector .....	49
Figura 5. Distribución de las distancia a las unidades de referencia para niños enfermos por subsector .....	49
Figura 6. Distribución de las instalaciones de las unidades para atención de pacientes (porcentaje del total) .....	55
Figura 7. Distribución de equipamiento mínimo de las unidades (porcentaje del total).....	58
Figura 8. Distribución de insumos médicos de las unidades (porcentaje del total) .....	61
Figura 9. Distribución de abasto de medicamentos de las unidades (porcentaje del total).....	64
Figura 10. Distribución de servicios de las unidades (porcentaje del total).....	66
Figura 11. Distribución del índice de calidad estructural .....	69
Figura 12. Información, protocolo o guía utilizada por el médico para la atención de la paciente .....	71
Figura 13. Distribución de mujeres en su primera visita prenatal por trimestre de embarazo.....	71
Figura 14. Reporte de los procedimientos realizados en la primera visita prenatal, según médicos y pacientes .....	73
Figura 15. Reporte de los procedimientos realizados en visita subsecuente de atención prenatal, según médicos y pacientes .....	76
Figura 16. Distribución de las mujeres que usan anticonceptivos por tipo de método.....	89
Figura 17. Calificación de médicos de la viñeta de atención al paciente diabético .....	120
Figura 18. Tiempo de espera reportado en comparación con el tiempo de espera aceptable por institución de atención .....	123
Figura 19. Percepción de los médicos sobre la calidad de la atención.....	127

## **1. RESUMEN EJECUTIVO**

### **1.1 Introducción**

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) se ha constituido como el principal programa público para atender las causas estructurales de la pobreza en México. La estrategia de atención del PDHO se basa en un conjunto integrado de acciones en educación, salud y alimentación, orientadas a promover el desarrollo de las capacidades de quienes viven en condiciones de pobreza, y de esta forma contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza.

En el ámbito de la salud, el desarrollo de capacidades asume que los servicios de salud que atienden a la población beneficiaria ofrecen un nivel de calidad que permite que la asistencia a los mismos se traduzca efectivamente en un mejor estado de salud. Este supuesto, la calidad de los servicios, es el tema de este documento.

En particular, el análisis que se presenta en este documento aborda la calidad de los servicios de salud en el ámbito urbano, considerando las condiciones de los mismos previo a la expansión del Modelo Alternativo de Salud para zonas urbanas. Este análisis permite asimismo completar el panorama nacional, considerando el reporte elaborado sobre el tema para las unidades en el ámbito rural.

Por calidad de atención en salud puede definirse como "la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo beneficio para la salud sin aumentar con ello sus riesgos" [2, 3].

El enfoque que se sigue para el análisis de la calidad parte de la propuesta de Donabedian (1984) que identifica tres dimensiones para la medición de la calidad, basadas en el continuo para la provisión de los servicios: estructura, procesos y resultados.

El compuesto de estructura se refiere a la evaluación de los recursos físicos y humanos. Integrado por los siguientes elementos: i) capital humano, ii) Insumos mínimos necesarios con los que deben de contar las unidades en infraestructura, equipamiento, abasto de medicamentos y servicios ofrecidos. El componente de procesos se refiere a las actividades que se llevan a cabo por y para el paciente. El componente de resultados considera el estado de salud, así como la experiencia con los servicios por parte de los usuarios.

## **1.2 Metodología**

El análisis que se reporta en el presente documento parte de la información recolectada en el contexto de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009), que forma parte de la Evaluación Externa del PDHO. El abordaje metodológico que se plantea en este documento se basa principalmente en el seguido para el análisis de las unidades rurales en la fase de evaluación del PDHO 2007-2008, adaptándolo para el entorno urbano. Este abordaje considera la medición de la calidad estructural, de procesos, y de resultados en lo que se refiere a la percepción de la calidad y experiencia con los servicios por parte de los usuarios. El análisis compara 3 estratos de unidades de salud: i) servicios de las Secretarías de Salud estatales acreditadas por la Secretaría de Salud; ii) servicios de las Secretarías de Salud estatales no acreditadas; y iii) servicios de IMSS-Oportunidades.

Para el análisis de la calidad estructural, se revisa la adecuación de las unidades de salud con relación a los mínimos normativos en infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos. Asimismo, se analizan las características del personal de los servicios, y el acceso a servicios públicos.

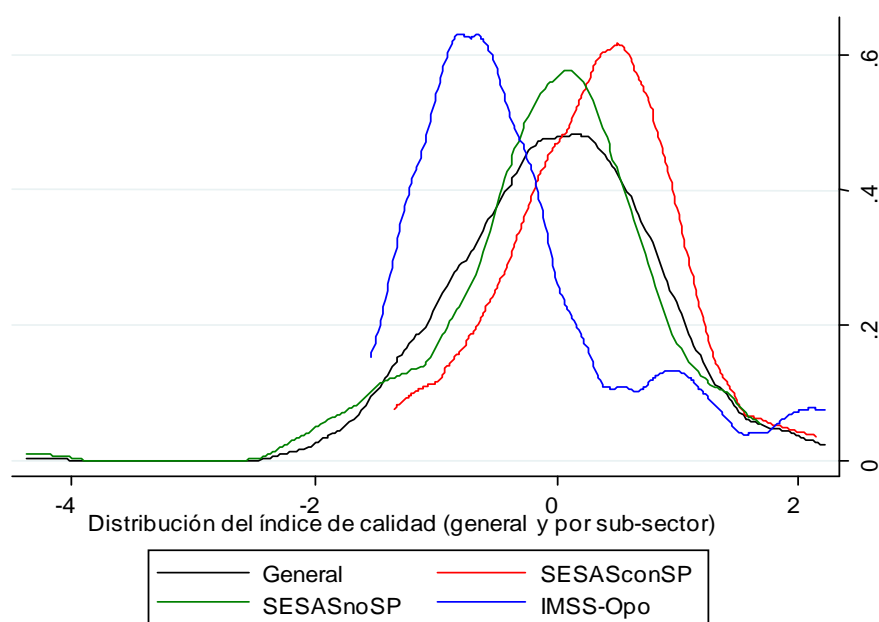
Para el abordaje de procesos, el análisis se enfoca en tres condiciones de salud relevantes para la población mexicana: la atención prenatal, la atención a niños menores de dos años, y la atención al síndrome metabólico. Para el análisis de la calidad de la atención prenatal se consideró la lista de intervenciones sugeridas en la norma oficial de la Secretaría de Salud (Atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, y tomando como referencia la cartilla prenatal Para evaluar la atención al síndrome metabólico, se analizó la calidad de la atención de pacientes con alguna de las alteraciones relacionadas con el síndrome metabólico, específicamente *diabetes* tipo 2, hipertensión arterial, y, las alteraciones en los niveles de colesterol o triglicéridos (grasas o lípidos en sangre), a partir de la estimación de la proporción de cumplimiento de una serie de actividades que se sugieren en las normas oficiales de la Secretaría de Salud para la atención de estas enfermedades. Por lo que se refiere al análisis de atención a niños, se hizo a partir de evaluar la atención proporcionada a niños de acuerdo a los indicadores desarrollados para la evaluación de la estrategia de atención a la salud de la infancia de la OMS (Manejo Integral del niño enfermo por sus siglas en inglés) y los criterios que establece la Norma oficial Mexicana NOM-031-SSA2-199 para la Atención a la Salud del Niño.

## 1.3 Resultados

### 1.3.1 Características de las unidades

El análisis sobre las condiciones estructurales identificó carencias importantes en las condiciones analizadas. A manera de resumen, se generó un índice de la calidad estructural de los servicios, que refleja por un lado la importante heterogeneidad en la misma, y por otro lado condiciones relativas similares a las observadas en el ámbito rural. La distribución del índice se presenta en la figura RE1, en la que se observan las diferencias entre los estratos, que analizadas por pruebas de distribución son significativas. Esto es, la calidad estructural en las unidades visitadas es mayor para las SESAS acreditadas, y menor en las unidades de IMSS-Oportunidades.

**Figura RE1 Distribución del índice de calidad estructural**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Como se puede observar en el cuadro RE1, de forma consistente con la distribución, el porcentaje de unidades clasificadas con calidad baja es mayor entre las unidades de IMSS-Oportunidades (38% vs 8% y 16% en las unidades SESAS-SP y SESAS-noSP, respectivamente). El porcentaje de unidades clasificadas como con calidad alta es similar en los 3 estratos, en tanto que las SESAS-SP tienen un mayor porcentaje

de unidades en la categoría media alta (65%, vs 46% y 17% de SESAS-noSP e IMSS-Oportunidades, respectivamente).

**Cuadro RE1 Calidad relativa de las unidades de salud en zonas urbanas, general y por estrato**

Categoría	Todas %	SESAS-SP %	SESAS-noSP %	IMSS-Oportunidades %
Calidad baja	17.80	8.33	15.63	38.46
Calidad media baja	30.30	20.24	33.59	38.46
Calidad media alta	46.59	65.48	46.09	17.31
Calidad alta	5.30	5.95	4.69	5.77

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

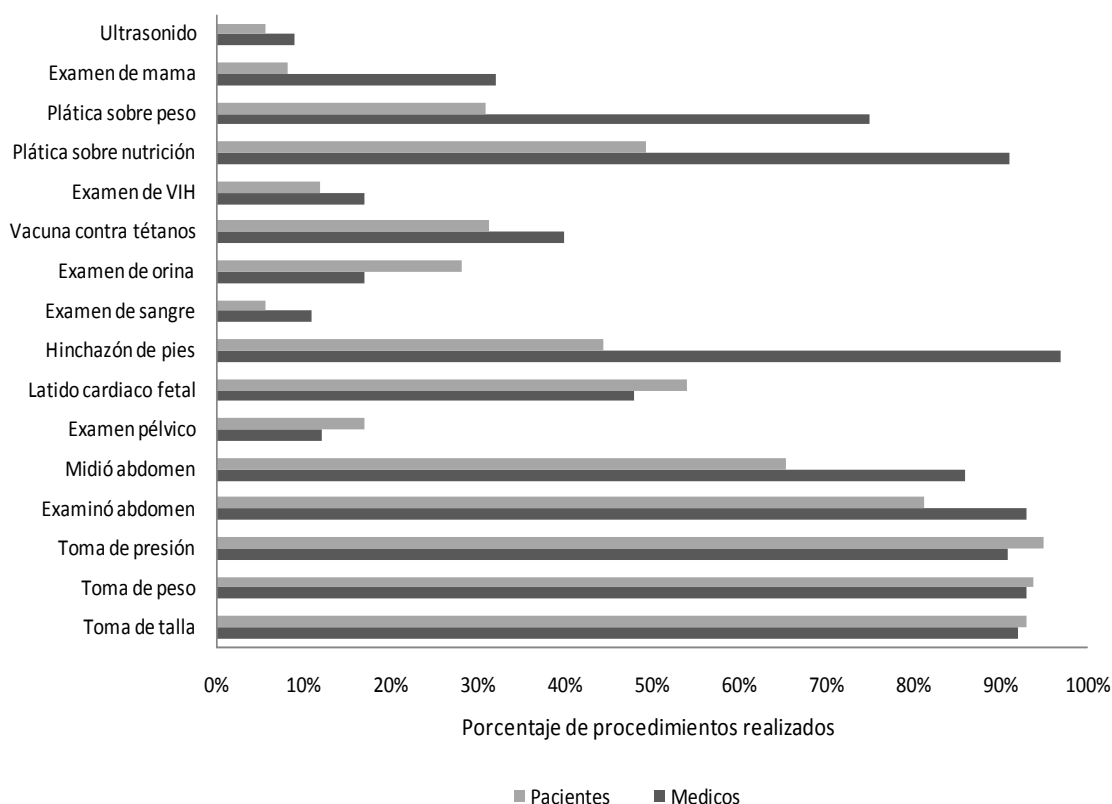
### 1.3.2 Atención prenatal

Con relación a la atención prenatal, destaca por un lado un importante cumplimiento con las acciones básicas que deben realizarse durante las consultas de monitoreo del embarazo, las cuales ocurren de acuerdo al reporte de médicos y usuarias en más de 90% de las veces. En contraste, acciones específicas a la orientación nutricional, altamente relevante en el contexto de sobre-pesos y obesidad, y algunas revisiones como hinchazón de pies o de mamas, son reportadas con menor frecuencia por las usuarios con relación a los médicos, lo que al menos llama a reflexionar sobre la efectividad de estas medidas si efectivamente ocurrieron como lo reportan los médicos (figura RE2).

De igual forma, resalta la baja frecuencia de toma de muestras de sangre, procedimiento necesario para identificar anemia, que suele presentarse de forma común entre mujeres en el grupo de población objetivo del PDHO. De igual forma, consistente con lo observado en la sección de estructura, la realización de la prueba de Papanicolau fue reportada únicamente por 25% de las usuarias.

El análisis de la capacidad técnica de los médicos a través de las viñetas clínicas indica un bajo nivel relativo al ideal que plantea el caso hipotético propuesto. En las 3 etapas consideradas (atención prenatal, al parto, y post-natal), el promedio de calificaciones se ubica por debajo de 50%, es decir, que del total de puntos que se pueden obtener por la atención apropiada a una paciente con las condiciones propuestas, los médicos obtienen menos de la mitad.

**Figura RE2 Reporte de los procedimientos realizados en la primera visita prenatal, según médicos y pacientes**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

### 1.3.3 Atención a los niños

Como se puede observar en el cuadro RE2, los dos principales motivos de consulta de los niños menores de 2 años en el estudio son la atención de enfermedades de vías respiratorias, y la atención a niños sanos.

En cuanto a la atención de niños enfermos, los resultados señalan una baja realización de las acciones de la atención integral, sin identificar diferencias entre los estratos de análisis. A pesar de que la comparación del peso contra una tabla o gráfica de referencia se realiza con mayor frecuencia, las prácticas de alimentación se evalúan en menor medida, lo que limita el monitoreo adecuado del estado de nutrición. Asimismo, menos de la mitad de los médicos capacitaron durante la consulta sobre la identificación de signos de alarma con relación a enfermedades diarreicas y menos de 60% sobre infecciones respiratorias agudas; en este grupo de edad, menores de dos años, la identificación temprana de estas señales es esencial para una atención oportuna. Por lo que se refiere a la prescripción de antibióticos, se identificó que en cerca de la mitad de

los niños, que de acuerdo a la información recolectada puede presumirse que no los requerían, les fueron indicados.

**Cuadro RE2. Motivos de consulta por los que se brindó atención a los niños\***

Motivo <sup>+</sup>	N=785	
	%	n
Enfermedades de vías respiratorias	50.2	394
Niño sano	40.8	320
Gastroenteritis, diarrea, vómito	6.2	49
Fiebre, dolor de cabeza	5.5	43
Anemia/desnutrición	0.8	6
Infección de oídos/otitis	0.4	3
Problemas de la piel (dermatitis)	0.3	2
Paludismo	0.1	1
Otro	6.6	52

\*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

<sup>+</sup>La suma del porcentaje suma más de 100% por la presencia de pacientes con más de un motivo de consulta.

#### **1.3.4 Atención a pacientes con enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico.**

Con relación a la atención al síndrome metabólico, se observó un elevado cumplimiento con los procedimientos que deben ocurrir en todas las consultas de monitoreo, con excepción de los aspectos relacionados con las recomendaciones sobre estilos de vida saludables (ejercicio y dieta). Al analizar las acciones de seguimiento en un abordaje considerando la temporalidad en la que deben ocurrir con relación a la Norma Oficial Mexicana, se aprecia que estas se encuentran por debajo de lo recomendado, y que dado que si se están llevando a cabo el número de consultas esperado, la no realización de las mismas no es resultado de no haber acudido a la consulta, sino a que no se realizó en las mismas (cuadro RE3). Tal es el caso de la medición de cintura, la realización de pruebas de glucosa y colesterol, la revisión de pies, y la revisión del fondo de ojo. Todas estas medidas son esenciales para un adecuado seguimiento de pacientes con las condiciones analizadas. Esto se refleja en que entre 60% y 70% de los pacientes con diabetes se encontraban sin un control adecuado.

Por lo que se refiere al resultado de la viñeta para medir la capacidad técnica de los médicos en el manejo del síndrome metabólico, la calificación total fue de 66%, con un mejor desempeño en lo que se refiere al examen clínico a realizar y las pruebas a solicitar, que en arribar al diagnóstico y tratamiento adecuado.

**Cuadro RE3. Acciones y recomendación que los pacientes refirieron haber recibido previamente a la consulta (1), por tipo de institución**

En los últimos 6 meses.....	Institución					
	SESAS-SP		SESAS-noSP		IMSS-Opor	
	n=288		n=408		n=208	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Acciones</b>						
3. Le midieron la cintura	56.9	51.0, 62.7	58.8	53.8, 63.6	<b>77.4</b>	<b>71.1, 82.8 *</b>
4. Le realizaron prueba de glucosa en sangre venosa	64.2	58.4, 69.7	68.6	63.8, 73.1	65.8	58.9, 72.2
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	69.7	62.3, 76.5	78.9	73.4, 83.8	68.6	58.6, 77.4
5. Le realizaron prueba de colesterol (en el último año)	66.6	60.8, 72.0	65.1	60.3, 69.8	63.9	57.0, 70.4
6. Le revisaron cuidadosamente los pies (solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	66.8	59.2, 73.8	73.8	67.9, 79.1	<b>85.2</b>	<b>76.9, 91.5 *</b>
7. Le revisaron los ojos con una lámpara (en el último año)	48.6	42.7, 54.5	45.5	40.6, 50.5	<b>62</b>	<b>55.0, 68.6 *</b>
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	46.5	38.8, 54.2	46.8	40.5, 53.1	59.8	49.6, 69.3
8. Le realizaron un prueba de orina (en el último año)	54.1	48.2, 60.0	55.8	50.9, 60.7	56.7	49.7, 63.5
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	58.7	50.9, 66.1	61.9	55.5, 67.9	59.8	49.6, 69.3
<b>Recomendaciones</b>						
10. Le explicaron que dieta debe seguir	81.2	76.2, 85.5	84.5	80.6, 87.9	88.9	83.8, 92.8
11. Le explicaron que tipo de ejercicio debe realizar	74.3	68.8, 79.2	74.2	69.7, 78.4	82.2	76.3, 87.1
12. Le aconsejaron no fumar ( solo fumadores <sup>(3)</sup> )	59.4	46.9, 71.0	57.8	47.6, 67.5	68	52.8, 80.9
13. Le explicaron como cuidar los pies (solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	67.4	59.8, 74.3	75.7	70.0, 80.9	82.3	73.5, 89.1
14. Cita con Nutriólogo o especialista en dietas. (alguna vez en la vida)	28.8	23.6, 34.4	28.9	24.5, 33.5	31.2	25.0, 38.0
15. Lo refirieron con Oftalmólogo (alguna vez en la vida)	25.3	20.4, 30.7	27.4	23.1, 32.0	20.6	15.3, 26.8
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	22.6	16.6, 29.6	28.1	22.7, 34.1	20.5	13.2, 29.7
<b>Otras<sup>(4)</sup></b>						
17. Electrocardiograma (alguna vez en su vida)	35	29.5, 40.8	32.3	27.8, 37.1	32.6	26.3, 39.5
18. Al menos 4 consultas en el último año	86.8	82.3, 90.4	82.3	78.3, 85.9	<b>90.8</b>	<b>86.1, 94.4 *</b>

(1). El intervalo de tiempo es siempre 6 meses al menos que se indique lo contrario: Para criterios 5, 7 y 8 es un año, y criterios 14, 15 y 18 alguna vez en la vida

(2) Números totales de pacientes con diabetes por Institución: SESAS-SP=172, SESAS-noSP=252, IMSS-Oport= 252.

(3) Numero de Fumadores por institución: SESAS-SP=66, SESAS-noSP=101, IMSS-Oport= 47

(4) Otras, se refiere a acciones o recomendaciones no presentadas en tabla 2.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).



### **1.3.5 Percepción de usuarios y proveedores**

Por lo que se refiere a la percepción de los usuarios, la mayoría (62%) refirió como demasiado el tiempo que tuvieron que esperar para las consultas (una mediana de 60 minutos). En general, los usuarios se manifestaron de acuerdo con el trato recibido en la consulta, y con la duración de la misma.

Por su parte, los proveedores reportaron como deficientes las condiciones estructura de las unidades (infraestructura, equipamiento, abasto), y como muy adecuado el personal y servicios que se ofrecen.

### **1.4 Discusión**

El diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas que se presenta en este documento permite contar con un panorama general sobre las características relacionadas con la calidad en la atención a la salud de los mismos, y que si bien se trata de una muestra seleccionada a partir de la atención a población del PDHO, refleje las condiciones generales de los servicios públicos de primer nivel en el ámbito urbano.

Este análisis puede ser visualizado a partir de los resultados obtenidos para el ámbito rural, un referente que se esperaría que por las condiciones de menor acceso presentar mayores carencias. No obstante, el abordaje planteado para el análisis de la calidad (enfocado en la parte estructural y de procesos, con un componente adicional de percepciones), permite identificar fuertes restricciones en la operación de los servicios para que estos traduzcan efectivamente la atención en mejores indicadores de salud.

Este resultado es particularmente relevante, porque la teoría de cambio del PDHO lleva como supuesto que existe una calidad adecuada en los servicios, y los resultados que aquí se presentan indican que este supuesto no se cumple en lo general.

Considerando la atención general a la población, es decir, no únicamente a la población del PDHO, y que las unidades visitadas tienen como área de influencia a zonas en las que se concentra población de recursos limitados, es claro que una estrategia orientada a mejorar las condiciones de estos servicios estaría al mismo tiempo orientada a disminuir las inequidades sociales, a través de la efectiva traducción en capital salud de la utilización de sus servicios..

## 2. INTRODUCCIÓN

El fin del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO) puede definirse como la promoción de la movilidad socioeconómica positiva en las familias viviendo en pobreza, a través de incentivar la inversión en capital humano de las nuevas generaciones, en particular enfocado en salud, nutrición, y educación. Mediante la utilización de transferencias asociadas al cumplimiento de un conjunto de corresponsabilidades, el Programa busca incrementar los niveles de salud, nutrición, y educación en los niños, de forma que en su vida adulta hayan acumulado el nivel de capacidades que de acuerdo a Sen, les permitan contar con los recursos suficientes para elegir libremente un esquema funcional, que se esperaría diferentes a condiciones de pobreza. [5]

Para ello, el PDHO ha definido como su población objetivo a los hogares con menores posibilidades de invertir adecuadamente en la acumulación de capital humano de sus integrantes, debido principalmente a restricciones de ingreso asociadas a su nivel socioeconómico. En lo lógica de incentivar esta inversión, Oportunidades integra acciones en educación, salud y nutrición.

El componente de salud busca incrementar la utilización de servicios preventivos de salud, y de cuidado a la salud por parte de la población beneficiaria. Entre las acciones, se incluyen talleres de auto-cuidado a la salud orientados a los temas prioritarios de salud en la población objetivo. El efecto de estas actividades se espera se refleje en un mejor estado de salud.

Un supuesto necesario para el logro del fin del PDHO se refiere a la calidad de los servicios; si el mejor estado de salud que debe traducirse en acumulación de capital humano pasa por incrementar la utilización de servicios de salud preventivos y curativos, es menester que estos servicios traduzcan efectivamente esta utilización en salud. Ciertamente se entiende que la salud es multifactorial, y el papel de los servicios es un elemento en un conjunto más amplio; no obstante, *ceteris paribus*, la efectividad de los servicios en la producción de salud es un elemento necesario en la acumulación de capital salud.

De esta forma, el análisis de la calidad de los servicios de salud se convierte en un elemento de primera importancia en la evaluación del PDHO.

### 2.1 La calidad de los servicios de salud

En general, el abordaje de calidad requiere homogenizar procedimientos, lo que en la práctica clínica se ha dado a través de guías clínicas o normas oficiales de atención. En la práctica, todas las actividades de la acción cotidiana de los servicios de salud afectan la

calidad del servicio que producen. El proceso a través del cual un usuario de los servicios de salud recibe atención es el mismo proceso que debe incluir las actividades orientadas a asegurar la calidad; la dificultad en el análisis de la calidad en salud estriba en que la heterogeneidad individual que se refleja en diversas condiciones de salud, hace complicada la estandarización de las respuesta [6].

La calidad de la atención puede abordarse desde las perspectivas del proveedor, del usuario, de la organización de salud y del gasto en salud [7]. Bajo este contexto, se ha analizado a la calidad de la atención a través de tres componentes interrelacionados: la atención técnica (conocimiento médico y tecnología para maximizar beneficios en la atención del paciente a la vez de minimizar los riesgos implícitos); la atención interpersonal (implica aspectos psicosociales en la atención incluyendo la relación paciente-proveedor), y la organización de la atención (que determina la accesibilidad, eficiencia, etc.) [8].

Siguiendo la propuesta de Donabedian, se han identificado tres dimensiones para la medición de la calidad técnica, basadas en el continuo para la provisión de los servicios: estructura, procesos y resultados [9-11].

Calidad de la estructura se refiere a características de los recursos existentes en el sistema de salud. Por el lado de los proveedores, las variables incluyen las características profesionales tales como la especialidad, la certificación, la edad, el sexo, etc. Hablando de las instituciones, es importante el tamaño y el tipo de la institución, así como algunos atributos físicos (número de camas) y otros factores o indicadores organizacionales como la tasa de paciente/médico, la estructura organizacional, distribución del presupuesto y fuente de pago [9, 10].

El proceso se refiere a lo que se hace por y para el paciente. Se divide en dos aspectos: la excelencia técnica y la calidad interpersonal. Los resultados en salud son el producto del efecto del proceso en la salud y bienestar de la población, es decir, es una medida de la efectividad del sistema de atención.

En general, a partir de estas consideraciones, se habla de calidad técnica bajo la perspectiva de los prestadores de servicios de salud en la búsqueda para garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones a favor de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios. La calidad se define en términos de los atributos y resultados de la atención, lo que lleva a resaltar la excelencia técnica y las características de la interacción médico-paciente [12, 13]. De esta manera,

se ha afirmado que la calidad técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que se brinde beneficios para la salud [7, 12, 14].

Por último, en cuanto a los resultados, esta dimensión se puede medir a través de la calidad de vida de los pacientes, su estatus funcional y su satisfacción posterior a la atención. En este sentido, se habla ahora en términos de una calidad percibida por los propios usuarios, y en esta parte se toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que se desarrollan las acciones o intervenciones en salud.

Aquí, la perspectiva del paciente toma en cuenta sus propias preferencias, valores y su opinión respecto a la atención médica recibida. Así, la calidad es dimensionada como la satisfacción del usuario con la atención que se le brinda, además de los resultados en salud (morbilidad, mortalidad y estado funcional) [7, 12, 13]. La satisfacción del usuario está determinada principalmente por dos factores: sus experiencias con la búsqueda de atención y uso de los servicios y el valor que da a estas experiencias [15]. Por lo tanto la medición de ambos aspectos es esencial para identificar mejoras potenciales en la atención a la salud.

La percepción de la calidad de la atención por parte de los usuarios de los servicios de salud es un elemento clave para la evaluación de la calidad [16]. Se ha argumentado que la respuesta de los servicios de salud a las demandas legítimas no clínicas de los usuarios como autonomía, dignidad y confidencialidad de la información es uno de los objetivos centrales de los sistemas de salud [17]. Por lo tanto, la capacidad del sistema de salud para responder a la demanda de sus usuarios no debe garantizar solo los beneficios para la salud de los usuarios, sino también un trato adecuado [18].

Particularmente, en los últimos diez años se ha debatido sobre cuáles son los aspectos que se deben incluir para medir la calidad de atención de los servicios de salud por parte de los usuarios. Algunas limitantes para su estimación incluyen: i) la falta de conocimiento para juzgar de manera adecuada si la atención de salud fue lo más adecuada de acuerdo con la razón de buscar atención (por ejemplo si el tratamiento recibido fue de acuerdo con las guías clínicas), y ii) la influencia que tiene la percepción de los usuarios principalmente por las experiencias con el servicio y las expectativas respecto al mismo [15]. Así, se ha argumentado que además de la percepción de la calidad por parte de los usuarios de los servicios de salud se debería evaluar las experiencias de los usuarios [19]. Las experiencias son regularmente más verificables y objetivas, algunas de ellas son el tiempo de espera, el gasto de la utilización de los

servicios, la comunicación con el médico. Por su parte, la percepción es un juicio del usuario sobre estas experiencias; por ejemplo, la percepción de que el tiempo de espera es muy largo, depende -además de la experiencia- de sus expectativas: dos pacientes que esperan consulta durante el mismo tiempo pueden percibir este tiempo de espera como muy corto o muy largo dependiendo de sus expectativas.

A parte de los estudios sobre la percepción de la calidad de atención por parte de los usuarios, se ha argumentado que la percepción de la calidad de atención por parte del personal de salud es relevante, dado que tiene influencia en la satisfacción del trabajo y por lo tanto incrementa la calidad técnica entregada en la atención [20].

## **2.2 Calidad de los Servicios de Salud en México: Antecedentes**

Con relación a la evaluación amplia de la calidad de los servicios de salud de primer nivel en México, el único antecedente es para el entorno rural, en que para fines de la evaluación del PDHO se realizó un análisis sobre la calidad de los servicios que atienden a la población beneficiaria en el contexto de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Rurales 2007 (ENCEL 2007).

Entre los resultados de ese análisis se pueden mencionar las deficiencias en el abasto de equipos y/o instrumentos, en un gran porcentaje de las unidades, que son considerados básicos para efectuar una exploración física regular, entre estas básculas, esfigmomanómetro, otoscopio y termómetro. Asimismo, equipo como electrocardiograma, microscopio y *doppler* se ubicaron sólo en unas cuantas unidades de atención. En cuanto a insumos cuyo uso es para el monitoreo de ciertos padecimientos como diabetes y respectivas complicaciones, se encontró carencias importantes de tiras reactivas para glucosa. Con respecto al abasto de los medicamentos –insumos esenciales para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades- se encontraron deficiencias de abasto, entre otros, en la insulina, indispensable en el control de un número substancial de pacientes con diabetes tipo I y II, y que estaba disponible en menos de la mitad de las unidades (40%), así como del fármaco hidroclorotiazida que se utiliza para el tratamiento de hipertensión, disponible en solo 40% de las unidades estudiadas [21].

Con respecto a las acciones que debe realizar el equipo médico, se observó que aproximadamente el 25% no realiza pruebas de monitoreo en pacientes diabéticos, específicamente la medición del nivel de glucosa. Adicionalmente, la frecuencia del examen de colesterol en estos pacientes y en lo que padecen hipertensión, se observó que menos de la mitad se sometió a uno en el último año, lo cual implica menores posibilidad de detectar a tiempo riesgo cardiovascular. En el caso de la prueba de orina

en pacientes con diabetes para la detección de daño renal, se encontró que aproximadamente 30% reportaron un examen en el último año. En dicho estudio, también se abordó la atención de niños y encontraron algunas debilidades que dejaron de manifiesto la falta de atención integrada para el manejo de los casos: desde el interrogatorio y exploración, evaluación del estado de nutrición y la provisión de orientación y capacitación a los cuidadores de los niños [21].

Datos de otros estudios, sugieren que se prefiere la atención de médicos privados aunque la calidad no sea óptima [22]. Otro estudio identificó que entre los factores que aumentaban el riesgo de morir por infecciones respiratorias agudas se encontraba la atención inadecuada [23]. Asimismo, la mortalidad infantil por enfermedades diarreicas también involucra a la calidad de la atención inadecuada como un factor que influye [24].

En México, son varios los estudios sobre la percepción, por parte de los usuarios, de la calidad de la atención de los servicios de salud; estos estudios incluyeron población beneficiaria por el programa de Oportunidades [25, 26]. En comparación con la atención recibida en el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social y Salud de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud, en aquellos centros de salud pertenecientes a IMSS-Oportunidades existe una alta satisfacción de los usuarios [25]. Otro análisis de la percepción de la calidad de atención comparando diferentes proveedores de servicios de salud encontraron que los servicios privados con pago directo de bolsillo fueron evaluados mejores que los servicios de seguridad social [26].

Otro estudio sobre la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios analizó la percepción general de la calidad de atención, la percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta y los motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar. Los resultados arrojaron un nivel de buena atención recibida del 81.2 por ciento, los principales motivos de la mala calidad fueron: i) tiempo de espera (23.7 por ciento), ii) deficiencia en acciones de revisión y diagnóstico (11.7 por ciento). Y los principales motivos de la buena calidad fueron: i) trato del personal (23.2 por ciento), y ii) mejora en la salud (11.9 por ciento). [27].

En contraste al tema de la percepción de la calidad de atención por parte de los usuarios, en general existe una gran carencia de estudios en México sobre la percepción de la calidad de atención por parte del personal de salud.

### **2.3 Efectos de la calidad en las condiciones de salud**

Aproximadamente dos terceras partes de las 10 millones de muertes infantiles que ocurren cada año en países de bajos ingresos podrían ser prevenidas por intervenciones que están disponibles hoy en día y cuya implementación es factible [28]. Desafortunadamente, los mecanismos para la implementación de las intervenciones son deficientes [29] y su utilización es inadecuada especialmente entre los más pobres [30].

Los altos índices de morbi-mortalidad infantil en los países en desarrollo han hecho que se implementen diversas estrategias con el fin de disminuirlos. Algunas de estas estrategias contemplan mejorar la calidad de los servicios de salud en países en desarrollo. Una mejor calidad en el servicio de salud contribuye directamente a mejorar la salud de la población que utiliza los servicios del sistema de salud. La calidad de la atención podría estar involucrada en el mejoramiento indirecto del estado de salud si los servicios de salud fueran más atractivos como para incrementar la demanda de asistencia al servicio de salud [31].

### **3. METODOLOGÍA**

El análisis que se reporta en el presente documento parte de la información recolectada en el contexto de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009), que forma parte de la Evaluación Externa del PDHO. La ENCELURB 2009 es una encuesta multipropósito que se implementó a partir de 4 muestras de hogares: a) hogares en localidades de intervención del panel de evaluación 2002-2004; b) hogares seleccionados para evaluar el efecto de modificaciones en el esquema de becas; c) hogares seleccionados para evaluar el efecto de los cambios en el modelo de salud; y d) hogares seleccionados para analizar el mecanismo de focalización del PDHO. Para las localidades en que se ubican los hogares de los grupos a, b, y c, la ENCELURB 2009 consideró un componente en establecimientos de salud, en los cuales se aplicó una **cédula de unidad de salud con características estructurales de las mismas, y cuestionarios para médicos, enfermeras y usuarios.** Este conjunto de instrumentos aplicados en las unidades de salud es el insumo de información para este documento.

El abordaje metodológico que se plantea en este documento se basa principalmente en el seguido para el análisis de las unidades rurales que se ha descrito previamente. Es, en buena medida, una réplica de dicho documento en el entorno urbano, con las adaptaciones relevantes en los instrumentos.

### **3.1 Información recolectada**

El componente de unidades de salud en la Encelurb 2009 consideró, como se mencionó, **información de los proveedores y de los usuarios**. Los instrumentos utilizados fueron versiones adaptadas al entorno urbano a partir de los utilizados en la Encel 2007, con ajustes realizados para identificar de mejor forma a las unidades de IMSS-Oportunidades.

Para el análisis de la **calidad estructural**, se trabajó a partir de una **lista de recursos materiales elaborada a partir de los mínimos con los que debería contar una unidad para dar atención de primer nivel**, siguiendo instrumentos utilizados previamente.

Por lo que se refiere a la dimensión de **procesos**, y siguiendo la experiencia previa, y en la lógica de que la diversidad de condiciones y problemas de salud no permiten realizar un abordaje comprehensivo sobre la atención a los usuarios, esta se enfocó a eventos o condiciones trazadores. Para ello, se seleccionaron eventos de salud relevantes para la población mexicana, que por ser de atención estandarizada, cuentan con recomendaciones relativamente claras sobre su manejo. Ese es el caso de la **atención al embarazo, el manejo de pacientes con diabetes e hipertensión (dos de las principales causas de morbilidad en adultos mexicano), y la atención al niño sano y al niño enfermo de 0 a 23 meses**. Un aspecto que se ha considerado esencial para la atención de calidad es el uso de procedimientos estandarizados, ya sea a partir de normas o de guías de atención. De esta forma, este aspecto forma parte del modelo de evaluación de la calidad propuesto.

Los instrumentos utilizados para la medición de calidad técnica (procesos) identifican dos aspectos básicos: por un lado, mediante el uso de casos estandarizados como una metodología recomendada en la literatura, se evaluó el mejor escenario de atención, en una medición que podría estar más cercana a una medida de eficacia, al tratarse de un caso estandarizado. El diseño de las viñetas se basa en la evidencia clínica y las guías médicas que se han desarrollado para diversos padecimientos, así como la opinión de diversos expertos en el tema. Para este estudio se aplicaron tres viñetas: un caso de una visita prenatal con el fin de identificar pre-eclampsia, un caso de manejo de un parto con complicaciones y un caso de diabetes melitus tipo 2 (con hipertensión arterial). Estas viñetas fueron aplicadas a un médico trabajando en los sitios dónde se llevó a cabo las encuestas. Para estos centros de salud de primer nivel sin médico, se pidió a la enfermera encargada completar la viñeta. Adicionalmente, se identificó el protocolo seguido en la atención, es decir, guías o modelos de atención que se utilizan para atender a los pacientes, como medida de referencia para calidad.



Finalmente, el aspecto sobre resultados abordado se limita al análisis de la **percepción de los usuarios** sobre la atención, y su experiencia con los servicios. En este aspecto, se buscó identificar **satisfacción con la atención, tiempos de espera y acceso efectivo a medicamentos.**

### **3.2 Muestra de análisis**

En total, la muestra de unidades de salud considero 275 establecimientos de salud en zonas urbanas, distribuidos en **29 entidades**, de los cuales se realizaron efectivamente **262** o 95%. En estas unidades, se entrevistaron a **705 médicos, 573 enfermeras, 2 205 usuarios.**

Para el análisis, los establecimientos se clasificaron en tres grupos: unidades de las Secretarías de Salud Estatales (SESAS) con y sin acreditación para prestar servicios del Seguro Popular (SESAS-SP y SESAS-noSP), y las adscritas al IMSS-Oportunidades.

### **3.3 Estructura: unidades de atención a la salud**

Para analizar la estructura de las unidades, en un primer momento se hace una clasificación de las mismas con relación al nivel de complejidad de su operación; es decir, el tamaño en términos de núcleos básicos de salud, y población de influencia para cada una. Adicional a permitir contar con un panorama del tipo de unidades en las que se atiende a la población del PDHO en zonas urbanas, esta clasificación es fundamental para el análisis realizado, ya que permite identificar los mínimos normativos de la estructura con la que debe contar cada unidad, y que están en relación a su tamaño en las medidas mencionadas.

Para el análisis, se dividió a las unidades en de acuerdo a los **3 estratos** mencionados (**SESAS-SP, SESAS-noSP, e IMSS-Oportunidades**); esta estratificación se utiliza para identificar potenciales diferencias en la estructura.

Para el análisis de la **calidad de la estructura** de las unidades de salud se utilizó la sección número cuatro correspondiente a los **recursos humanos y materiales** del cuestionario a unidades de atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009. Esta sección permitió contar con información completa para infraestructura de 264 unidades de las 275 unidades de la muestra.

En el análisis se incluyeron observaciones de 267 unidades que reportaron información completa (pregunta 4.1.1) aunque para tres de ellas no se encontró clasificación alguna en la tipología de la SSA. Esta sección proporcionó información acerca de las características generales de las unidades como la disponibilidad de

**servicios (agua, luz y servicio sanitario)** (preguntas 4.1.2- 4.1.5). Además permitió contar con información para conocer la **distancia a las unidades de referencia de emergencias** obstétricas y para niños enfermos y el tiempo que tardan en llegar a las mismas (preguntas sobre distancia, 4.1.9 y 4.1.13; tiempo, 4.1.10 y 4.1.14; transporte, 4.1.11 y 4.1.15). Para examinar la disponibilidad de copias del Prontuario, el CAUSES 2008-2009 y otros documentos se examinaron las fuentes de información con las que cuentan las unidades de salud (pregunta 4.1.20). En el caso de las unidades con Seguro Popular se procedió a revisar su acreditación por la Secretaría de Salud (pregunta 4.1.21). Asimismo, se reportó el número de familias registradas en las 264 unidades (4.1.27) distinguiendo por estratos.

Por otra parte, se incluyeron 708 observaciones de médicos y 575 de enfermeras que respondieron a diferentes secciones del cuestionario a médicos y del cuestionario a enfermeras. Esta información condujo a una **descripción promedio de las características** del personal médico de las 264 unidades, sexo, edad, formación académica, experiencia, nivel socioeconómico, entendimiento de lengua indígena y condición indígena (preguntas sobre sexo, 5.1.1; edad, 5.1.2; **formación académica y experiencia** 9.1-9.4; **nivel socioeconómico** con preguntas que proporcionaron información para la construcción del decil (secciones 6- 8), lengua indígena (pregunta 5.1.5); condición indígena, (pregunta 5.1.8). Para la información acerca de los **cursos de capacitación** se distinguieron tres tipos de atención: i) a **pacientes con síndrome metabólico** (pregunta 9.6), ii) **atención prenatal** (pregunta 9.7), iii) **atención de complicaciones obstétricas** (pregunta (9.7.2) y iv) **atención a niños** (pregunta 9.8), aunque también se reportó si el personal había recibido capacitación de *Oportunidades* (pregunta 9.10) y para impartir talleres de auto-cuidado de la salud (pregunta 9.14). Adicionalmente se menciona información laboral con respecto a la **antigüedad** del médico y la enfermera **en la unidad en la que labora** actualmente (pregunta 10.1), así como los **días que trabajo en la unidad, estuvo en capacitación o descansó en las últimas cuatro semanas** (pregunta 10.3). Finalmente, para el **uso de guías para las prácticas clínicas** (guías, normas, lineamientos y otros) se examinó la información acerca de su uso durante los últimos seis meses para la atención de pacientes (pregunta 12.1), así como las **fuentes de información a las que acudieron para la información sobre medicamentos** (uso de cuadro básico u otra) en el último mes (pregunta 12.4).

La verificación de la **disponibilidad de los recursos materiales** se concentro en la información acerca de la de **infraestructura para la atención de pacientes como**

consultorios, enfermería, sala de espera, etc. (pregunta 4.3) que se reportó en el cuestionario de unidades de atención. Esta factibilidad estuvo en función de los requerimientos para cada tipo de unidad y también se reportó por subsectores. Asimismo, se analizó el abastecimiento de equipo médico (pregunta 4.4) y de material médico (pregunta 4.5) en las unidades de salud. En cuanto a los medicamentos se examinaron las existencias reportadas por las unidades el día de la entrevista de acuerdo al cuadro básico de la unidad (pregunta 4.8), así como los servicios mínimos que según la normatividad se deberían de ofrecer en las mismas (pregunta 4.11).

En términos de la estructura, un elemento central es el capital humano que opera las unidades; un primer análisis realizado se refiere a la descripción de este personal, dividido en médicos y enfermeras, reportando sus características principales con relación a la atención, incluyendo el tiempo de experiencia, y la capacitación específica que han recibido. Adicionalmente, se reporta el uso de fuentes de información como referencia para la atención, bajo el supuesto que un elemento necesario para una atención estandarizada (de calidad), es justamente el seguimiento de procedimientos estándares.

Posteriormente, y en la misma lógica que como se presentó en el documento sobre las zonas rurales, para el análisis de la calidad estructural de los servicios de salud en zona urbanas, a partir de los insumos mínimos normativos por tipo de unidad, se hace una descripción de la adecuación a estos mínimos en forma porcentual, Los ejes temáticos considerados en los instrumentos en los que se agrupan los ítems para los que se verifica su existencia en las unidades son infraestructura, equipamiento, abasto de medicamentos, y servicios ofrecidos. Este análisis adicional a los mínimos normativos se realiza también identificando los insumos que de acuerdo a expertos son necesarios para la atención de las condiciones trazadoras identificadas (atención prenatal, atención a niños, y atención a síndrome metabólico).

Adicional a presentar los porcentajes de adecuación por estrato, con el objeto de analizar una potencial heterogeneidad en esta adecuación, se presentan las distribuciones de las mismas por estrato.

Para las unidades adscritas a alguna de las Secretaría de Salud Estatales (SESAS), la referencia sobre los mínimos normativos se obtuvo del Modelo de Unidades Médicas de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, y a las Guías de equipamiento para Centros de Salud y Hospitales Comunitarios del Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud. Según la propuesta del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), en el primer nivel de atención se distinguen cinco tipos de unidades que conforman la red de

servicios; las casas de salud, los centros de salud rurales, los centros de salud para la población rural no dispersa y urbana, los centros de salud con servicios ampliados (Cessa) y los hospitales comunitarios. Para cada uno de estos tipos de unidades, los documentos mencionados integran las características de la organización y funcionamiento, diseño, etc., de cada una de ellas, y se hace una distinción por núcleos de atención [32-34].

Dado que en el Midas no se efectúa un análisis de los requisitos mínimos necesarios para las unidades móviles y brigadas móviles, y puesto que el documento establece que “las casas de salud son unidades auxiliares donde operan las brigadas móviles”, todo lo relacionado con las casas de salud se aplica de la misma manera a unidades o brigadas móviles para fines de evaluación. Si bien los documentos contienen aspectos sustantivos de organización, funcionamiento, diseño arquitectónico y equipamiento básico, lo relacionado con medicamentos y material de curación se consideró a partir de los Manuales de Contenido Múltiple que datan de 1998, documentos en realidad que se establecieron junto con el Modelo de Atención de la salud a la Población Abierta. Asimismo, para la conformación de los servicios que deberían de proporcionar las unidades, el conteo se realizó de acuerdo a la cartera de servicios de los Modelos de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud, en el Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta y a la Planeación de Unidades Médicas del MIDAS [34-36].

En relación al IMSS-Oportunidades, la información con la que se cuenta sobre las características de las unidad(es) de Medicina Rural y de Hospital(es) Rural (es) procede de los listados proporcionados por el área de Evaluación de la Unidad IMSS-Oportunidades del IMSS, así como las Reglas de Operación del Programa. Para el Hospital General se revisó la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, así como lo establecido en el MIDAS [37-39].

De las 275 unidades en la muestra, para el análisis de estructura se contó con información completa para 264 (96%). En este sentido, los insumos mínimos necesarios con los que deberían contar las unidades de atención de acuerdo con los documentos mencionados. Los insumos mínimos necesarios con los que deberían contar las unidades de atención de acuerdo con los documentos mencionados se presentan en el Cuadro 1.

Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

Cuadro 1. Insumos mínimos necesarios con los que deben de contar las unidades

TIPO DE UNIDAD	CS <sup>a</sup>	BM <sup>b</sup>	CESSA <sup>c</sup>	CSH <sup>d</sup>	CAAPS <sup>e</sup>	CD <sup>f</sup>	HR <sup>g</sup>	HG <sup>h</sup>	HC <sup>i</sup>	CSRJ <sup>j</sup>	CSRC <sup>k</sup>	UMR <sup>l</sup>	UMU <sup>m</sup>	UM <sup>n</sup>	CSU <sup>o</sup>													
	1	1	3	5	1	1	6	2	10	15	11	23	7	38	2	20	14	22	18	9	15	8	3	4	7	2	16	
NÚCLEOS VARIABLES											2	3				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES</b>																												
Consultorio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Enfermería			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sala de espera			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sala de talleres	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Área de almacenamiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Área de almacenamiento suplementos																												
Red fría med	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Red Fría Vacunas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sala de labor	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Baño p/personal							x	x	x				x	x														
Baño p/pacientes			x	x	x		x	x	x				x	x														x
Baño compartido	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Farmacia			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cuarto de curación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sala de expulsión			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Área de internamiento			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Dormitorio							x	x	x				x	x														
Almacén para DB							x	x	x																			
Sala de urgencias							x	x	x				x	x														
Quirófano				x			x	x	x																			
Laboratorio AC			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cuarto inmunización	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cuarto limpieza			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>17</b>
<b>INFRESTRUCTURA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO</b>																												
Ambulancia				x			x	x	x																			
Archiveros			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aspirador AMEU			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Esterilizador				x			x	x	x																			
Báscula infantil	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Báscula adulto	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Continúa...

Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

Continuación...

TIPO DE UNIDAD	CS <sup>a</sup>	BM <sup>b</sup>	CESSA <sup>c</sup>	CSH <sup>d</sup>	CAAPS <sup>e</sup>	CD <sup>f</sup>	HR <sup>g</sup>	HG <sup>h</sup>	HC <sup>i</sup>	CSR <sup>d</sup>	CSRC <sup>k</sup>	UMR <sup>l</sup>	UMU <sup>m</sup>	UM <sup>n</sup>	CSU <sup>o</sup>													
N	1	1	3	5	1	1	6	2	10	15	11	23	7	38	2	20	14	22	18	9	15	8	3	4	7	2	16	
NÚCLEOS VARIABLES											2	3				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>INFREESTRUCTURA EN EQUIPAMIENTO MÉDICO</b>																												
Báscula adulto	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Bolsa AMBU			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Camilla				x			x	x	x																			
Cilindro oxígeno							x	x	x				x	x														
Cinta métrica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contenedores	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Doppler			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cirugía menor	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Equipo para LIU			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Equipo AMEU			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Electrocardiograma			x	x			x	x	x																			
Equipo US			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Equipo radiológico			x	x	x		x	x	x							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Esfigmomanometro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estadímetro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estetoscopio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estetecopio Pinar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Glucómetro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Infantometro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Lámpara de exploración	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Lavabo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Libro reg med	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Libro reg vacuna	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Martillo de reflejos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mesa de Mayo			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Microscopio			x	x	x		x	x	x							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monofilamento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Oftalmoscopio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Otoscopio	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Prueba rápida de colesterol	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Refrigerador	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Reloj			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tabla agud visual							x	x	x				x	x														
Termómetro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tococardiograma			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Suero oral	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Total	23	23	36	39	35	23	41	41	41	23	33	33	35	35	23	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35

Continúa...

Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

Continuación...

TIPO DE UNIDAD	CS <sup>a</sup>	BM <sup>b</sup>	CESSA <sup>d</sup>	CSH <sup>d</sup>	CAAPS <sup>e</sup>	CD <sup>f</sup>	HR <sup>g</sup>	HG <sup>h</sup>	HC <sup>i</sup>	CSR <sup>d</sup>	CSRC <sup>k</sup>	UMR <sup>l</sup>	UMU <sup>m</sup>	UM <sup>n</sup>	CSU <sup>o</sup>														
	N	1	1	3	5	1	1	6	2	10	15	11	23	7	38	2	20	14	22	18	9	15	8	3	4	7	2	16	
NÚCLEOS VARIABLES											2	3					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
MATERIAL MÉDICO																													
Abatelenguas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Alcohol	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Algodón	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Benzal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Condomes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cubrebocas			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DIU	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Espejo vaginal			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estuche de disección			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gasas	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Guantes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Isodine	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Jalea lubricante			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Jabón líquido			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Jabón p/manos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Jeringas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Juego instrumental	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ropa de cama			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Lancetas para glucómetro			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Punzocat							x	x	x																				
Ropa quirúrgica							x	x	x																				
Sonda			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sonda Foley			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Suturas			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tela adhesiva	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Toallas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tiras p/glucosa			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tiras p/orina			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Termo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Toallas desechables	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vacutainer			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vendas elásticas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Venuset			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vasos recolectores			x	x	x		x	x	x												x	x	x	x	x	x	x	x	x
Total	17	17	32	32	32	17	34	34	34	17	31	31	31	31	19	31	31	31	31	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32

Continúa...

Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

Continuación...

MEDICAMENTOS																						
Acido acetilsalicílico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Paracetamol tab			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Paracetamol sol			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Metamizol sódico							x	x	x				x	x								
Lidocaína sol iny			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Clorfenamina tab	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Clorfenamina jar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Propranolol			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Captopril							x	x	x				x	x								
Nefedipina cap							x	x	x				x	x								
Metroprolol			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Hidroclorotiazida			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Hidralazina			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Labetalol																						
Clortalidona																						
Enalapril																						
Lisinopril																						
Telmisartan																						
Losartan																						
Irbesartan																						
Pravastatina tab																						
Acido aceti salicilico 300 mg	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aluminio/magnesio			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Ranitidina	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Butilnoscina grag			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Butilnoscina iny			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Albendazol tab							x	x	x				x	x								
Albendazol susp							x	x	x				x	x								
Metronidazol tab			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Metronidazol susp			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Gilbenclamida tab			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Metformina			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Insulina acción inter			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Insulina acción rap <sup>3</sup>			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Insulina glargina <sup>3</sup>			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Pravastatina tab																						
Trimetopri tab			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Trimetopri susp			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Bencilpenicilina 1			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Bencilpenicilina 2			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Bencilpenicilina 3			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Benzatina																						

Continúa...



Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

Continuación...

TIPO DE UNIDAD	CS <sup>a</sup>	BM <sup>b</sup>	CESSA <sup>c</sup>	CSH <sup>d</sup>	CAAPS <sup>e</sup>	CD <sup>f</sup>	HR <sup>g</sup>	HG <sup>h</sup>	HC <sup>i</sup>	CSR <sup>d</sup>	CSRC <sup>k</sup>	UMR <sup>l</sup>	UMU <sup>m</sup>	UM <sup>n</sup>	CSU <sup>o</sup>																								
	N	1	1	3	5	1	1	6	2	10	15	11	23	7	38	2	20	14	22	18	9	15	8	3	4	7	2	16											
NÚCLEOS VARIABLES												2	3				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
<b>MEDICAMENTOS</b>																																							
Dicloxacilina cap							x	x	x				x	x																									
Dicloxacilina susp							x	x	x				x	x																									
Ampicilina tab			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ampicilina susp			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Eritromicina tab			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Eritromicina susp			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cloramfenicol cap			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Amoxicilina susp							x	x	x				x	x																									
Amoxicilina cap							x	x	x				x	x																									
Cloramfenicol sol			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cloramfenicol ungu			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Neomicina							x	x	x				x	x																									
Atropina							x	x	x				x	x																									
Salbutamol susp			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Salbutamol jar			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ambroxol							x	x	x				x	x																									
Bencilo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Oxido de zinc	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Lindano			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Clioquinol			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Miconazol			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Acido fólico 1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Acido fólico 2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fumarato tab			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fumarato susp			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Levonorgestrel	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Desogestrel	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Medroxiprogesteron	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Enantato	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Condomes masculinos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
DIU T de cobre			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DIU Mirena			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DMPA iny			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Glucosa al 5%			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
NaCl 0.9%3							x	x	x				x	x																									
Sol Hartman							x	x	x				x	x																									

Continúa...

Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

Continuación...

TIPO DE UNIDAD	CS <sup>a</sup>	BM <sup>b</sup>	CESSA <sup>c</sup>	CSH <sup>d</sup>	CAAPS <sup>e</sup>	CD <sup>f</sup>	HR <sup>g</sup>	HG <sup>h</sup>	HC <sup>i</sup>	CSRD <sup>j</sup>	CSRC <sup>k</sup>	UMR <sup>l</sup>	UMU <sup>m</sup>	UM <sup>n</sup>	CSU <sup>o</sup>													
	1	1	3	5	1	1	6	2	10	15	11	23	7	38	2	20	14	22	18	9	15	8	3	4	7	2	16	
NÚCLEOS VARIABLES											2	3				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>MEDICAMENTOS</b>																												
Electrolitos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estreptomina			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Isoniazida							x	x	x				x	x														
Sabin	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
BCG	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
DPT2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tetravalente	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pentavalente	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Triple viral	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Influenza	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
VPH	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sarampión	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Toxoide tetánico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vitaniño <sup>2</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nutrisano <sup>2</sup>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vitavida	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nutrivida	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Oxitocina			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ergometrina			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sulfato de magnesio iny			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Misoprostol tab			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Total	29	29	74	74	74	29	89	89	89	70	74	74	89	89	33	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
<b>SERVICIOS OFRECIDOS A LA POBLACIÓN DE PACIENTES</b>																												
Aborto (AMEU)							x	x	x																			
Aborto (LIU)							x	x	x																			
Baciloscopia							x	x	x																			
Biopsia							x	x	x																			
Cesárea			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cirugía menor	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Citología vaginal			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Consulta dental			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Consulta adulto	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Consulta emb	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Consulta niño	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Continúa...

Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

Continuación...

TIPO DE UNIDAD	CS <sup>a</sup>	BM <sup>b</sup>	CESSA <sup>c</sup>	CSH <sup>d</sup>	CAAPS <sup>e</sup>	CD <sup>f</sup>	HR <sup>g</sup>	HG <sup>h</sup>	HC <sup>i</sup>	CSR <sup>d</sup>	CSRC <sup>k</sup>	UMR <sup>l</sup>	UMU <sup>m</sup>	UM <sup>n</sup>	CSU <sup>o</sup>													
N	1	1	3	5	1	1	6	2	10	15	11	23	7	38	2	20	14	22	18	9	15	8	3	4	7	2	16	
NÚCLEOS VARIABLES											2	3				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
SERVICIOS OFRECIDOS A LA POBLACIÓN DE PACIENTES																												
Cuidado recién nacido	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cultivo microbacterial			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Detección de sífilis			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Electrocardio			x	x	x			x												x	x	x	x	x	x	x	x	x
Examen de mama	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Examen orina			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Exudado			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
GS y Rh			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hemos glucosila			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mastografía							x	x	x																			
Niveles de glucosa			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Niveles hemoglobinas			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Papanicolaou							x	x	x																			
Parto							x	x	x																			
Perfil de lípidos							x	x	x				x	x														
Práctica odontológica							x	x	x				x	x														
Prueba cutánea de la tuberculina			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pruebas de orina			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Punciones							x	x	x																			
Química sanguínea			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rayos X			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Revisión oftálmica							x	x	x				x	x														
Salpingoclasia							x	x	x																			
Talleres de salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Tamiz neonatal							x	x	x																			
Tiempos de sangre			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ultrasonido			x	x	x		x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ultrasonido obstétrico			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Urgencias							x	x	x				x	x														
Urocultivo			x	x	x		x	x	x											x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vacunación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vasectomía							x	x	x																			
Vigilancia del estado nutricional de niños	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Total	9	9	29	29	29	9	43	44	43	10	13	13	17	17	9	13	13	13	13	29	29	29	29	29	29	29	29	29

## Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

CS= casa de salud, BM= brigada móvil, CSSA=centro de salud con servicios ampliados, CSH= centro de salud hospitalario, CAAPS= Centros Avanzados de Atención Primaria, CD=Consultorio delegacional, HR= hospital rural, HG= hospital general, HC= hospital comunitario, CSR= centro de salud rural disperso, CSRC= centro de salud rural concentrado, UMR= unidad médica rural, UMU= unidad médica urbana, UM= unidad móvil, CSU= centro de salud urbano.

que se realizan curaciones sencillas, así como alcohol, algodón, benzal, gasas, guantes, isodine, jabón, suturas, contenedores, tela adhesiva, vendas. Por su participación en programas de

<sup>b</sup>Se establecen los mismos requisitos que la casa de salud, ya que ahí es donde llega la brigada móvil o unidad móvil.

<sup>c</sup>Se establecen los mismos requisitos que para un CSU con 12 núcleos básicos de acuerdo con el Modelo Integrador de Atención a la Salud MIDAS.

<sup>d</sup>De acuerdo al Manual de organización del centro de salud con hospitalización de la SS.

<sup>e</sup>Se establecen los mismos requisitos que para un Hospital general dado que ahí es donde están presentes estos centros avanzados.

<sup>f</sup>Se establece el mismo equipamiento que para un consultorio periférico.

<sup>g</sup>Se establecen los mismos requerimientos que la Unidad Médica Rural más lo estipulado en las Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades. Para HR talleres de salud es

<sup>h</sup>Se establece el equipamiento de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000 sobre los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de

<sup>i</sup>Insumos de HC de acuerdo con guía de equipamiento de Cenetec.

<sup>j,k</sup> De acuerdo con Midas y Guía de equipamiento Cenetec para centros de salud.

<sup>n</sup>Se establece el mismo equipamiento que una CS.

Supuestos:

1. Sala de talleres se relaciona con área de usos múltiples para SSA y con medicina preventiva para IMSS.
2. Cualquier tipo de unidad de la SSA requiere cesto de basura, baño, toallas y jabón. Se consideraron los tres tipos de baños (para personal, pacientes y compartido), toallas y toallas desechables y jabón para manos y jabón líquido.
3. Cualquier tipo de unidad de salud (IMSS o SSA) cuenta con consultorio, sala de espera y se ofrece consultas para adulto, niño y mujer embarazada.
4. Se consideró el oftalmoscopio y el otoscopio en aquellas unidades de SSA donde se requiere equipo de diagnóstico.
5. Bote para desperdicios se relaciona con almacén para residuos peligrosos biológicos-infecciosos.
6. Unidades que requieren portatermómetro se considera termómetro.
7. El requisito área de curaciones/inmunizaciones se relaciona con cuarto de curación y cuarto de inmunización.
8. El requisito equipo de cirugía menor se relaciona con equipo de cirugía menor, servicio de cirugía menor, urgencias, sala de urgencias.
9. Requisitos como bisturí, pinzas de cierto tipo y marca están relacionados con estuche de disección.
10. Parto de urgencias se relaciona con servicio de parto y partos.
11. El requisito consultorio de odontología se relaciona con consulta odontológica y práctica odontológica.
12. El requisito de registro de expedientes se relaciona con archivero para expedientes clínicos.
13. Se consideraron todos los tipos de análisis del instrumento de la Encel para el caso de centros de salud urbanos, ya que es el tipo de unidad que requiere laboratorios de una variedad de análisis clínicos.
14. Rayos X para el caso de centros de salud urbanos se relaciona con servicios de rayos X y equipo radiológico.
15. Aseo se relaciona con cuarto de limpieza.
16. Ropa limpia se relaciona con ropa de cama para el caso de unidades que requieren área de internamiento.
17. A su vez, el área de internamiento está determinada por unidades que requieren oxígeno, portasuero o área de observación.
18. Las unidades que requieren el servicio de partos de emergencia se los relaciona con atención y cuidado del recién nacido. Asimismo deben de contar con bolsa y máscara para reanimación neonatal.
19. Habitación se relaciona con dormitorio.
20. Antisépticos germicidas se refieren a alcohol, necesario en cualquier tipo de unidad de salud.
21. Lanceta se relaciona con la variable punciones del instrumento.
22. Para el caso del UMR del IMSS-Oportunidades el requisito cómodo para adulto se relaciona con área de internamiento, oxígeno y ropa de cama.
23. Complemento niño y monitoreo nutricional se consideran equivalentes a centro de educación nutricional.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario a Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Para contar con una medida resumen de la calidad estructural de las unidades, que permita hacer comparaciones entre el grupo de unidades visitadas, se elaboró un índice a partir de los porcentajes de adecuación estimados para cada rubro de la estructura. Al ser los porcentajes indicadores de adecuación, son valores que reflejan mayor calidad a mayor valor del mismo, por lo que permiten generar una variable única de desempeño en esta categoría. Para el índice de calidad de estructura, se consideraron como variables indicadoras los porcentajes de áreas, equipamiento, insumos, medicamentos y servicios, reportados por las unidades. La inspección visual de la distribución mostró que esta se asemejaba a la observada en el caso rural. Debido a ello, el índice se categorizó siguiendo la agrupación que se generó en el análisis para las zonas rurales, de forma que adicionalmente son comparables. Los puntos de corte identifican unidades de baja calidad, calidad media baja, calidad media alta, y calidad alta. Por la forma de construir las, estas categorías son de referencia interna a la muestra, y para la comparación con el análisis rural. Al contar con estos dos análisis, y observando la semejanza en la distribución, puede proponerse que esta categorización parecería ser apropiada para los servicios de salud en el país.

### **3.4 Procesos: Calidad de la Atención Prenatal**

Para el análisis de la calidad de la atención prenatal se utilizó la sección número 15 correspondiente a la visita prenatal del cuestionario a pacientes y del cuestionario para médicos. No se analizó la sección respectiva del cuestionario a enfermeras debido a que prácticamente no hubo pacientes que fueran atendidas únicamente por una enfermera (pregunta 13.3). Por consiguiente, se asume que las actividades de las enfermeras se limitaron a proporcionar apoyo al médico con acciones como tomar los datos de la paciente, pesarla o tomarle la presión.

En el análisis se incluyeron observaciones de 698 mujeres que respondieron estar embarazadas (pregunta 15.1) y haber acudido a la unidad de atención para una consulta de control prenatal (pregunta 13.7). Para estas mujeres, se obtuvo información sobre sus características socio-demográficas: edad (pregunta 5.2.1), estado civil (pregunta 5.7), escolaridad (pregunta 5.8) y condición indígena (pregunta 5.14); su participación en programas: Seguro Popular (pregunta 11.1) y Oportunidades (pregunta 11.4), y su acceso a servicios de salud: medio de transporte utilizado, tiempo y costo del mismo (preguntas 9.4 a 9.6). Además, se examinó la información relacionada con los medicamentos o vitaminas administrados por la paciente durante la semana previa a la consulta (preguntas 10.1 y 10.3) y la relativa a los que fueron administrados o recetados durante la consulta

prenatal (preguntas 13.10 y 13.11). También se consideró la información referente a los pagos realizados por la atención médica (preguntas 13.12 a 13.19).

Por otra parte, se incluyeron 406 observaciones de médicos que respondieron la sección de visita prenatal por haber atendido alguna paciente embarazada que a su vez respondió el cuestionario a pacientes. Adicionalmente se examinó la sección 18 del cuestionario a pacientes que se refiere al uso de métodos anticonceptivos. En este caso se incluyeron los datos de 210 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que respondieron no estar embarazadas (pregunta 15.1). Cabe señalar que las mujeres de esta sección fueron, en su mayoría, pacientes con síndrome metabólico.

Adicionalmente, se construyen sub-muestras de información relacionada con la cartilla prenatal para mujeres embarazadas por los 3 estratos de análisis: servicios estatales de salud (SESAS) acreditados por el Seguro Popular (SP), SESAS no acreditados por el SP y unidades de salud del IMSS-Oportunidades. La información disponible nos permite realizar cruces de información entre pacientes y médicos, así como entre éstos últimos y la cartilla prenatal.

La verificación de los procedimientos médicos de seguimiento y atención a los que las mujeres embarazadas tienen acceso en las unidades de salud es un indicador de la calidad de la atención que reciben durante el embarazo. De esta forma, la verificación de las intervenciones básicas realizadas durante la atención prenatal permite conocer si las mujeres beneficiarias y no beneficiarias de Oportunidades se exponen a servicios de salud prenatal con un mínimo de calidad. En cada visita prenatal hay aspectos como el examen físico (toma de TA, peso, frecuencia cardiaca fetal) exámenes de laboratorio que se deben realizar sólo una vez (como grupo RH, VDRL, VIH) y exámenes de laboratorio que dependen de la edad gestacional o la condición del embarazo (como análisis de orina o glucosa) Por ello los procedimientos que los médicos mencionaron haber realizado durante las visitas prenatales se dividen en primera visita y visitas subsecuentes. Para la verificación de las intervenciones mínimas que deben realizarse en la primera visita prenatal y en las visitas subsecuentes se utiliza como referencia la norma oficial de la Secretaría de Salud (NOM-007-SSA2-1993). Estas acciones se clasificaron en procedimientos de rutina (toma de talla, peso, presión arterial, latido cardiaco fetal, examen pélvico y de mama, detección de hinchazón de pies, entre otros); exámenes de laboratorio (de sangre, orina y VIH); consejería (pláticas sobre peso y nutrición), y auxiliares (ultrasonido).

La información registrada en la cartilla prenatal hace posible constatar el número de procedimientos documentados a los que se expusieron las mujeres. La cartilla prenatal es un documento de la SS entregado a las mujeres embarazadas para que mantengan el registro de la información clave relacionada con su embarazo. Este documento es fundamental para la referencia de pacientes de un nivel de atención a otro. Dicho documento es relevante porque es un indicador del grado en el que las mujeres embarazadas están siendo monitoreadas en su centro de salud durante el desarrollo de su embarazo, lo que de alguna forma refleja la calidad de los servicios de atención prenatal. En la cartilla prenatal se describen los procedimientos médicos relacionados con la atención prenatal a los que las mujeres embarazadas tienen acceso una vez que visitan los centros de salud. El uso de la cartilla prenatal tiene dos funciones, una es mantener un registro del progreso del embarazo con información clave (como el grupo sanguíneo y RH, así como el VIH) que puede ser muy útil entre proveedores, el otro es para ayudar en la identificación oportuna de complicaciones como anemia, pre-eclampsia y diabetes gestacional.

A fin de verificar los procedimientos médicos que se reportan, con los que se registran en los expedientes (cartilla y expediente médico), la información de pacientes y proveedores se complementa con la revisión del contenido de la cartilla prenatal. Así, el cruce de información de médicos, pacientes y cartilla busca identificar procedimientos y acciones de rutina y procedimientos que son también parte de la NOM para la atención a las mujeres embarazadas, y su nivel de cumplimiento, así como aquellos procedimientos médicos que pudieran estar siendo sobre/sub-reportados por médicos y pacientes.

El análisis de la información contempló las posibles diferencias que pudieran existir entre los procedimientos a los que acceden las mujeres que fueron a la clínica médica por primera ocasión y las mujeres que fueron a una visita subsecuente. Adicionalmente se considera el trimestre de embarazo en el que se encuentran. Este esquema de análisis permite diferenciar entre los procedimientos que se realizan en cada visita prenatal (como el peso, la presión, etc.) y aquellos procedimientos que se realizan una sola vez (grupo sanguíneo, VIH, VDRL, etc.). Mientras que hay otros estudios que dependen de la edad gestacional como el examen de glucosa, orina, etc.

Otro aspecto analizado es el acceso de las mujeres a medicamentos básicos necesarios durante el período prenatal específicamente ácido fólico y pastillas de hierro; así como el costo de la consulta prenatal. Se analizan además medios de transporte,

tiempos de traslado a las clínicas, así como los tiempos de espera en la clínica y duración de la consulta.

Finalmente se analiza el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres no embarazadas con enfermedades crónicas (como diabetes, hipertensión o hiperlipidemia) con el propósito de conocer si los proveedores están proporcionando anticonceptivos a este grupo de mujeres cerca del fin de su ciclo reproductivo, especialmente con alto riesgo de presentar una complicación durante el embarazo. Se espera que si el uso de métodos de planificación familiar en general en mujeres de edades reproductiva casadas-unidas en México es de 74.5% en 2003 podría esperarse una prevalencia más alta en el uso de métodos de planificación familiar sobre todo entre mujeres que asisten a visitas clínicas regularmente.

Como se señaló previamente, para evaluar la calidad técnico-médico, se utilizaron como herramientas las viñetas clínicas. Con el fin de identificar la calidad de atención a la mujer embarazada, se aplicó una viñeta clínica compuesta de tres partes: una visita prenatal con el fin de identificar pre-eclampsia, un caso de manejo de un parto con complicaciones, y una visita posparto. Estas viñetas fueron aplicadas a un médico que estaba trabajando en los sitios dónde se llevaron a cabo las encuestas. Adicionalmente, se identificó el protocolo seguido en la atención, es decir, guías o modelos de atención que se utilizan para atender a los pacientes, como medida de referencia para el análisis del desempeño del médico.

### **3.5 Procesos: Calidad de la atención a niños**

Para la medición de la calidad de la atención a niños se contó con 3 tipos de cuestionarios en cada unidad de salud visitada: 1) entrevistas de salida, las cuales fueron respondidas por los acompañantes a la consulta en relación a la atención recibida durante la consulta; 2) cuestionarios para el proveedor del servicio de salud (médicos y enfermeras) acerca de las prácticas de atención realizadas en el último niño menor de 2 años atendido; y 3) el cuestionario en el que se recolectó la información acerca del funcionamiento e infraestructura de la clínica.

En las entrevistas de salida para la sección de niños se preguntó a los acompañantes a la consulta el/los motivo(s) de asistencia a la unidad de salud, si al paciente se le recetó tratamiento vida suero oral (VSO) y en caso afirmativo el método de preparación; se indagó el uso de la Cartilla Nacional de Salud a través de la verificación de la existencia de registro de las mediciones antropométricas del paciente (peso y talla) y del resultado de la consulta. En los cuestionarios dirigidos al proveedor se exploraron sus



principales características socio-demográficas. Además se incluyeron preguntas para conocer las acciones que efectuaron durante la atención a los niños menores de 2 años. En general se indagó acerca de las preguntas o acciones incluidas durante la revisión (interrogatorio y exploración física) al paciente, si realizaron mediciones antropométricas (peso y talla), cuál fue el diagnóstico médico emitido, si se realizó prescripción de medicamentos y/o tratamiento vida suero oral y si se capacitó al responsable del cuidado del paciente en términos de alimentación e identificación de signos de alarma. El cuestionario que recolectó la información del funcionamiento e infraestructura de la clínica sirvió para contextualizar la existencia de instrumentos funcionales para las mediciones antropométricas (báscula e infantómetro) y distinguir el subsector de pertenencia de cada unidad de salud considerada en el análisis de la atención a los niños.

### **3.5.1 Conformación de la muestra de análisis**

En total se conformaron 796 observaciones con información proveniente de los cuestionarios completos que respondieron los proveedores del servicio de salud. Las observaciones equivalen a las atenciones que proporcionaron 370 enfermeras y 426 médicos. Por la naturaleza de la dinámica del trabajo de campo, ocurrió que, en algunos casos, la información reportada tanto del médico como de la enfermera fuera en torno al mismo paciente. Dicha situación se presentó en 350 observaciones (44.0%) para las cuales se contó con el reporte de las acciones realizadas durante la atención brindada por ambos proveedores de salud al respecto del mismo paciente. Además se obtuvo información al respecto de la atención de 435 (54.6%) pacientes distintos (atendidos por médico o enfermera). En las 11 (1.4%) observaciones restantes no fue posible distinguir si la información recolectada se trataba acerca del mismo paciente debido a la ausencia de folio de identificación del paciente que permitiera corroborarlo por lo tanto, estas observaciones no fueron incluidas en el análisis. Por otra parte, se contó con datos de 900 entrevistas de salida completas en la sección de niños que permiten describir sus principales características y las de la consulta que recibieron.

### **3.5.2 Medición de la calidad de la atención: Niños enfermos**

A partir de la información recolectada en las entrevistas a los proveedores de salud (médico y enfermera) se construyó un conjunto de indicadores que permitieran medir la calidad de la atención a niños enfermos. La principal referencia metodológica en la que se basa el desarrollo de los indicadores de la calidad técnica de la atención proporcionada en este trabajo fue la serie de indicadores que se utilizan para evaluar la estrategia de

atención a la salud de la infancia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) conocida como Manejo Integral del Niño Enfermo [31] (*Integrated Management of Child Illness* o IMCI por sus siglas en inglés). Brevemente, la estrategia tiene como finalidad contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de la población infantil y a la promoción de su crecimiento y desarrollo óptimos mediante intervenciones que mejoren la capacidad técnica de los trabajadores de salud en la identificación y manejo correcto de los casos; y el involucramiento de la familia y la comunidad fomentando prácticas preventivas, cuidados adecuados y búsqueda de atención oportuna.

Debido a que la Cartilla Nacional de Salud [40] es el documento que orienta el proceso de atención integral de acuerdo a la edad, además constata la realización de actividades y para el usuario del servicio de salud significa tener el seguimiento y control de su estado de salud; y en la Norma Oficial Mexicana para a la Atención a la Salud del Niño (NOM-031-SSA2-1999) se encuentran descritos todos los procedimientos que deben seguirse para asegurar la atención integral, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento, y el desarrollo de los niños menores de 5 años, ambas referencias se utilizaron para completar la definición y construcción de los indicadores que se refieren a la orientación (consejería).

Los indicadores propuestos para esta sección abarcan 3 componentes primordiales de la atención: el interrogatorio y evaluación o exploración clínica, el tratamiento y la orientación (consejería). En el interrogatorio y evaluación o exploración clínica se abordó la identificación de los principales signos y síntomas de las enfermedades más comunes en la infancia (presencia de tos, presencia de diarrea y presencia de fiebre) y la valoración del estado de nutrición a través de la comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia y valoración de las prácticas de alimentación. El tratamiento correcto se midió evaluando cuando la prescripción de antibióticos se hizo correctamente: cuando por el padecimiento se requerían y cuando no se requerían. La orientación se midió en torno a la provisión de orientación de alimentación, la demostración del uso del tratamiento VSO, el reporte correcto del modo de preparación del tratamiento VSO (a partir de las entrevistas de salida) y la capacitación hacia la identificación de signos de alarma de enfermedades diarreicas y dificultad respiratoria. La definición y construcción completa de los indicadores para medir la calidad de la atención a los niños enfermos se muestra en el cuadro 5.

### **3.5.3 Medición de la calidad de la atención: Niños sanos**

Para la medición de la calidad de la atención a niños sanos se utilizó la información recolectada en las entrevistas de salida y se consideró como referencia lo que establece la Guía Técnica para la Cartilla Nacional de Salud [40] para el cuidado de la salud de los niños de 0 a 9 años de edad y la Norma Oficial Mexicana para la Atención a la Salud del Niño (NOM-031-SSA2-1999) [41]. Además, con la información reportada por los proveedores, se midió la provisión de signos de alarma hacia la identificación de enfermedades diarreicas y dificultad respiratoria en los pacientes con diagnóstico de niño sano. Con información obtenida de las entrevistas de salida, se midió el registro del peso y la talla en la cartilla. La definición y construcción completa de los indicadores de calidad de la atención a niños sanos se muestra en el cuadro 6.

Con estos enfoques definimos calidad como la ejecución del conjunto de actividades que realizan los proveedores de salud dirigidas a identificar y restablecer el estado de salud de los niños enfermos, así como la promoción de acciones para mantener la salud del niño sano basados en los estándares de referencia de la práctica de atención integral a la salud del niño.

### **3.5.4 Análisis de la información**

Para el estudio de la calidad de la atención a niños enfermos se presentan los indicadores de la siguiente forma. En primer lugar, se describen los resultados de los indicadores de forma global y por proveedor de salud (médico o enfermera). Los indicadores que se reportan de forma global tuvieron un abordaje especial debido a que, como se comentó antes, se tenía información de la atención brindada a pacientes vistos por un solo proveedor (médico o enfermera) y además la información de la atención a pacientes que fueron vistos por los 2 proveedores de salud (médico y enfermera). Los indicadores que recibieron el abordaje especial fueron el A4, C1, C2 y C4 (cuadro 2) en el caso de los niños enfermos y el indicador para el paciente con diagnóstico de niño sano (cuadro 3). El abordaje consistió en considerar, en el grupo de las observaciones con información al respecto del mismo paciente, como acción realizada cuando al menos 1 de los proveedores hubiese reportado la ejecución de la acción definida en el indicador, y, en el grupo de observaciones únicas, simplemente se consideró si se realizó o no la acción en cuestión. Ahora bien, en cuanto a los resultados de los indicadores por proveedor de salud, los indicadores que permiten medir las acciones llevadas a cabo durante el interrogatorio y evaluación o exploración física (con excepción del indicador A4) y los 2 indicadores que abordan la esfera del tratamiento de niños enfermos (B1 y B2) se

limitaron exclusivamente a los médicos. La decisión de hacerlo así fue tomada por 2 razones. Primero, porque tales indicadores pueden considerarse actividades circunscritas, en su mayoría, a la práctica de los médicos por lo que cualquier diferencia que pudiera encontrarse podría explicarse básicamente por tal hecho y no por una diferencia en el desempeño entre ambos proveedores de salud. La segunda razón tiene que ver con el hecho del número reducido de atenciones directas que el personal de enfermería reportó haber realizado a los pacientes: en total, realizaron 13 atenciones de las cuales sólo 4 fueron para niños enfermos. Esta situación provocó contar con un insuficiente número de casos que permitiera realizar comparaciones entre los proveedores de salud. Esta segunda razón aplica también como argumento que valida la decisión de presentar sólo los indicadores por médico para el caso de la capacitación hacia la identificación de los signos de alarma para niños enfermos (C5 y C6) y sanos. En general, los indicadores relacionados con la orientación sí permiten la comparación del desempeño entre proveedores de salud al no ser acciones exclusivas a ningún tipo de proveedor y que, en la práctica, podían ser realizadas por médicos y por enfermeras. Específicamente, los indicadores desagregados por tipo de proveedor fueron los consejos de alimentación brindados y la demostración de cómo suministrar el tratamiento vida suero oral (C1, C2 y C4).

En segundo lugar, los resultados de los indicadores para niño enfermo y del indicador para niño sano se compararon de acuerdo con el subsector al que pertenecían, es decir, los estratos definidos como SESAS-SP, SESAS-noSP o IMSS-*Oportunidades*. Finalmente, para observar las posibles diferencias se realizaron pruebas estadísticas de ji cuadrada o la prueba exacta de Fisher cuando las celdas a estudiar eran pequeñas.

**Cuadro 2. Indicadores para evaluar calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos**

# Indicador	Definición	Construcción	Fuente de información		
			Cuestionario Médicos	Cuestionario Enfermera	Entrevista de salida
<b>A Interrogatorio y evaluación o exploración clínica</b>					
A1	Evaluación de la presencia de tos	La proporción de niños evaluados sobre la presencia de tos	<b>Numerador:</b> Número de niños enfermos evaluados sobre la presencia de tos <b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos	Si	
A2	Evaluación de la presencia de diarrea	La proporción de niños evaluados sobre la presencia de diarrea	<b>Numerador:</b> Número de niños enfermos evaluados sobre la presencia de diarrea (interrogatorio: <i>si tiene diarrea, si hay sangre en heces, frecuencia de heces</i> ; evaluación o exploración clínica: <i>si hay sangre en las heces</i> ) <b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos	Si	
A3	Evaluación de la presencia de fiebre	La proporción de niños evaluados sobre la presencia de fiebre	<b>Numerador:</b> Número de niños enfermos evaluados sobre la presencia de fiebre (interrogatorio: <i>si tiene fiebre</i> ; evaluación o exploración clínica: <i>toma de la temperatura</i> ) <b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos	Si	
A4	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	La proporción de atenciones a niños enfermos en las que el resultado del peso se comparó contra una tabla/ gráfica de referencia el mismo día de su visita a la clínica	<b>Numerador:</b> Número de atenciones a niños enfermos en las que el resultado del peso se comparó contra una tabla/gráfica de referencia el mismo día de su visita a la clínica <b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos	Si	Si
A5	Evaluación de las prácticas de alimentación	La proporción de niños enfermos evaluados sobre las prácticas de alimentación durante el episodio de enfermedad	<b>Numerador:</b> Número de niños enfermos evaluados sobre las prácticas de alimentación ( <i>si el niño es amamantado, si come otros alimentos/líquidos además de la leche materna y si cambia el patrón de alimentación cuando está enfermo</i> ) durante el episodio de enfermedad <b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos	Si	

## Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

A6	Evaluación de las prácticas de alimentación en niños con bajo peso y/o baja talla	La proporción de niños enfermos con bajo peso y/o baja talla evaluados sobre prácticas de alimentación (lactancia materna, alimentación complementaria y patrón de alimentación)	<p><b>Numerador:</b> Número de niños enfermos con bajo peso y/o baja talla, clasificado por el reporte del proveedor de salud, evaluados sobre las prácticas de alimentación (<i>si el niño es amamantado, si come otros alimentos/líquidos además de la leche materna y si cambia el patrón de alimentación cuando está enfermo</i>) durante el episodio de enfermedad</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos con bajo peso y/o baja talla clasificado por el reporte del proveedor de salud</p>	Si
<b>B Tratamiento de niños enfermos</b>				
B1	Prescripción correcta de antibióticos orales I: cuando se requieren	La proporción de niños que necesitan antibióticos orales y recibieron una prescripción correcta	<p><b>Numerador:</b> Número de niños enfermos que necesitan antibióticos orales (<i>neumonía, y/o disentería, y/o infección aguda de oído</i>) y que recibieron una prescripción correcta</p> <p><b>Denominador:</b> Número de niños enfermos que necesitan antibióticos orales</p>	Si
B2	Prescripción correcta de antibióticos orales II: cuando no se requieren	La proporción de niños que no requieren antibióticos orales y que no se los prescribieron	<p><b>Numerador:</b> Número de niños que no necesitan de antibióticos orales (<i>sin neumonía: tos o gripa, sin faringitis, sin infección de oído, diarrea con o sin deshidratación, diarrea persistente, infección crónica de oído, anemia, bajo peso</i>) y que no se los prescribieron</p> <p><b>Denominador:</b> Número de niños que no necesitan antibióticos orales</p>	Si
<b>C Orientación</b>				
C1	Demostración de cómo suministrar el tratamiento oral (VSO)	La proporción de atenciones a niños enfermos que no requerían referencia a otra unidad de salud, a quienes se les prescribió o recibieron el tratamiento VSO y que tuvieron una demostración de cómo suministrar el tratamiento VSO	<p><b>Numerador:</b> Número de atenciones a niños enfermos, que no requerían referencia a otra unidad de salud, a quienes se les prescribió o recibieron el tratamiento VSO en las que se realizó la demostración de cómo se suministra el tratamiento VSO</p> <p><b>Denominador:</b> Número de atenciones a niños enfermos, que no requerían referencia a otra unidad de salud, a quienes se les prescribió o recibieron el tratamiento VSO</p>	Si Si

## Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

C2	Conocimiento correcto de la preparación del tratamiento oral (VSO)	La proporción de acompañantes a la consulta de niños enfermos a quienes se les prescribió el tratamiento VSO u conocen la preparación correcta del tratamiento VSO	<p><b>Numerador:</b> Número de acompañantes a la consulta de niños enfermos (a quienes se les prescribió el tratamiento VSO) que conocen la preparación correcta del tratamiento VSO</p> <p><b>Denominador:</b> Número de acompañantes a la consulta de niños enfermos a quienes se les prescribió el tratamiento VSO</p>	Si	
C3	Provisión de consejos de alimentación en la atención de niños enfermos y con bajo peso y/o baja talla	La proporción de atenciones a los niños enfermos y con bajo peso y/o talla, que no requerían referencia a otra unidad de salud y se otorgó 1 o más consejos de alimentación	<p><b>Numerador:</b> Número de atenciones a los niños enfermos y con bajo peso y/o talla, que no requerían referencia a otra unidad de salud, en las que se otorgó 1 o más consejos de alimentación (<i>dar más líquidos o leche materna en casa y continuar la alimentación o dar leche materna en casa</i>)</p> <p><b>Denominador:</b> Número de atenciones a los niños enfermos y con bajo peso, que no requerían referencia a otra unidad de salud</p>	Si	Si
C4	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de alarma por enfermedades diarreas	La proporción de atenciones a niños con diagnóstico de enfermedad diarreica, que no requerían referencia a otra unidad de salud, en las que se transmitieron 2 o más signos de alarma por enfermedades diarreas	<p><b>Numerador:</b> Número de atenciones a niños con diagnóstico de enfermedad diarreica (<i>diarrea, gastroenteritis y amibiasis</i>), que no requerían referencia a otra unidad de salud, en las que se transmitieron 2 o más signos de alarma por enfermedades diarreas (<i>poca ingesta de líquidos, fiebre, presencia de sangre en las evacuaciones</i>)</p> <p><b>Denominador:</b> Número de atenciones a niños con diagnóstico de enfermedad diarreica (<i>diarrea, gastroenteritis y amibiasis</i>), que no requerían referencia a otra unidad de salud</p>	Si	

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

**Cuadro 3. Indicadores para evaluar la calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos**

#	Indicador	Definición	Construcción	Fuente de información		
				Cuestionario Médicos	Cuestionario Enfermeras	Entrevista de salida
6.1	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	La proporción de atenciones a niños sanos en las que el resultado del peso se comparó contra una tabla/ gráfica de referencia el mismo día de su visita a la clínica	<b>Numerador:</b> Número de atenciones a niños sanos en las que el resultado del peso se comparó contra una tabla/gráfica de referencia el mismo día de su visita a la clínica <b>Denominador:</b> Número total de niños sanos	Si	Si	
6.2	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de alarma por enfermedades diarreicas	La proporción de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano en las que se transmitieron 2 o más signos de alarma por enfermedades diarreicas	<b>Numerador:</b> Número de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano en las que se transmitieron 2 o más signos de alarma por enfermedades diarreicas ( <i>poca ingesta de líquidos, fiebre, presencia de sangre en las evacuaciones</i> ) <b>Denominador:</b> Número de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano	Si		
6.3	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de dificultad respiratoria	La proporción de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano en las que se transmitieron 2 o más signos de dificultad respiratoria	<b>Numerador:</b> Número de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano en las que se transmitieron 2 o más signos de dificultad respiratoria ( <i>respiración rápida, avance de la enfermedad, dificultad para respirar, beber y amamantarse</i> ) <b>Denominador:</b> Número de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano	Si		
6.4	Registro del peso y la talla en la cartilla	Proporción de niños que acudieron a consulta de niño sano con cartilla cuyo peso y estatura se registró en la cartilla	<b>Numerador:</b> Número de niños que acudieron a consulta de niño sano con cartilla cuyo peso y estatura se registró en la cartilla <b>Denominador:</b> Número de niños que acudieron a consulta de niño sano con cartilla			Si

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.



### **3.6 Procesos: Calidad de la atención al síndrome metabólico**

Para cubrir el objetivo específico de evaluar la calidad técnica en la atención de pacientes con alguna enfermedad crónica en clínicas que regularmente atienden a beneficiarios de Oportunidades en el ambiente urbano, se seleccionaron tres enfermedades crónicas asociadas al síndrome metabólico que por su alta prevalencia representan una gran carga de atención en todos los niveles de atención especialmente en el primer nivel e impacto en mortalidad y morbilidad en nuestro país: diabetes mellitus tipo 2 (DT2), hipertensión arterial (HTA) y alteraciones en los niveles de colesterol o triglicéridos (grasas o lípidos en sangre). No se utilizó una definición estricta de síndrome metabólico, que incluye otros estados pre-clínicos ya que no es diagnóstico reconocido en el primer nivel de atención y no se realizaron exámenes de laboratorio para poder tener una definición completa.

Al igual que para otros trazadores, se obtuvo información de entrevistas de salida tanto de pacientes como de los médicos que lo trataron sobre los procedimientos realizados al último paciente con al menos uno de estos diagnósticos. Con base en lo estipulado en las normas oficiales mexicanas para la atención y manejo de estas enfermedades crónicas, se definieron una serie de indicadores que reflejaban una adecuada calidad en la atención de estos pacientes. Se estimaron las frecuencias (tanto puntuales como IC 95%) de cumplimiento de estos indicadores estratificado por el tipo de clínica: Secretaría de Salud sin certificación por el Seguro Popular (SP), Secretaría de Salud con certificación por el SP y clínicas del IMSS Oportunidades.

### **3.7 Resultados: percepción de la calidad y experiencia con la utilización de los servicios**

#### ***3.7.1 Medición de las experiencias y percepciones de los usuarios***

La percepción de la calidad de los servicios de salud por parte de los usuarios y del personal de salud se midió con base en variables *de acceso* a los servicios de salud y de *proceso* de atención en los estratos definidos (Secretaría Estatal de Salud con acreditación para proveer servicios a afiliados de Seguro Popular, Secretaría Estatal de Salud sin acreditación, IMSS-Oportunidades). En el caso de los niños menores de 10 años, a quienes no se les aplicó los cuestionarios, fueron los acompañantes como padres o tutores quienes respondieron a las preguntas correspondientes.

Las variables para medir *la experiencia* con el acceso y el proceso de atención incluyeron tiempo de transporte a la clínica, el medio de transporte y su costo, el tiempo de espera para la atención, la comunicación con el médico, y el tratamiento recibido. La percepción de estas experiencias fueron medidas a través variables, ampliamente

documentadas, de tipo ordinales captadas a través de preguntas como: ¿le pareció el tiempo de espera para la atención corto, aceptable, mucho o demasiado tiempo, clasificándose como percepción aceptable a las respuestas “corto” y “aceptable” y como no aceptables a las respuestas “mucho” o “demasiado”. Para identificar si existió discrepancia entre las expectativas de los usuarios y la experiencia con respecto al tiempo de espera para ser atendidos se calculó la diferencia entre la mediana del tiempo esperado de todos los usuarios y la mediana de tiempo clasificado como ‘corto’ o ‘aceptable’ reportado por los usuarios. Así, una discrepancia grande hace referencia a una percepción negativa de la atención.

Además de un análisis descriptivo de los variables de la percepción y experiencia de los usuarios, se describieron las principales características demográficas y socioeconómicas de los usuarios (sexo, edad, escolaridad, si tiene trabajo con ingresos).

En muchas de las evaluación de la percepción y experiencia de la atención se evaluó no solamente las dimensiones del acceso y del proceso de atención si no los resultados percibidos en la salud. Sin embargo en esta evaluación la medición de la percepción de los resultados en salud no fue posible, dado que el usuario fue entrevistado en las clínicas inmediatamente después de la consulta, situación que impide juzgar si la atención mejoró o no su estado de salud.

### ***3.7.2 Medición de las percepciones el personal de salud***

Para medir la percepción del personal de salud se aplicó una serie de preguntas a los médicos y enfermeras de las clínicas sobre cómo percibieron las instalaciones de la clínica, su equipamiento, la disponibilidad de los insumos, el personal y el servicio de atención. Al igual que en caso de los usuarios, aquí la naturaleza de las variables que captan la percepción es ordinal e incluyeron las categorías: malo, regular, bueno y excelente. Para fines de este análisis las respuestas pre-diseñadas “excelente” y “bueno” fueron interpretadas como una percepción positiva y las opciones “regular” y “malo” como una percepción negativa. Además se analizaron las características demográficas del personal como sexo, edad, si entiende la lengua indígena, nivel de estudios, horas de trabajo, y porcentaje de personal con otro trabajo.

## **4. RESULTADOS**

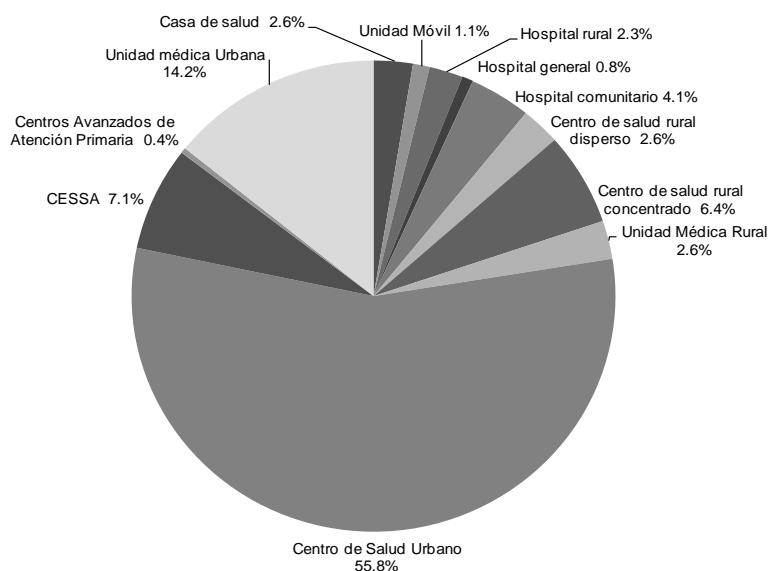
### **4.1 Estructura de las unidades de atención a la salud**

La calidad estructural puede resumirse como el entorno necesario para proporcionar una atención adecuada. Es una condición necesaria, pero no suficiente, ya que una vez contando con los elementos, los procesos son los que van a señalar el resultado a obtener. En ese sentido, la identificación de las condiciones estructurales de las unidades ofrece un primer panorama sobre su capacidad para ofrecer una atención de calidad. Si en los aspectos estructurales hay deficiencias, éstas no pueden ser subsanadas con los procesos.

En el análisis que se presenta a continuación, se hace una revisión de estas condiciones estructurales, haciendo el contraste entre los estratos incluidos en el análisis (SESAS-SP, SESAS-noSP, e IMSS-Oportunidades), y buscando igualmente identificar las posibles heterogeneidades en la muestra de unidades visitada. La heterogeneidad estructural en este caso se analiza como un elemento relacionado con la calidad de atención a los usuarios, en el sentido que denota la no factibilidad de una atención estándar para la población; una heterogeneidad amplia indica que dependiendo del lugar al que se acuda serán las condiciones de la atención prestada, lo que significa un punto de partida diferente para población similar.

Para identificar el conjunto de unidades visitadas, se partió de la clasificación por tipología de las mismas que reporta el Sistema de Salud, a partir de la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES); adicional a la información general obtenida en el catálogo (<http://clues.salud.gob.mx>), se hizo una búsqueda sobre algunas unidades para las que no se identifica tipología en el mismo, en los registros públicos vía internet de las SESAS. Los resultados de esta clasificación se presentan en la figura 1. Como se puede observar, la mayor parte de las unidades visitadas, 56%, son Centros de Salud Urbanos; es importante notar que por las condiciones de operación del PDHO, en ocasiones la unidad de salud más cercana para un hogar se ubica en otra localidad. Es por ello que la muestra captó centros de atención clasificados como rurales, aunque se trata de unidades que atienden a población de las localidades urbanas visitadas. Esto es importante porque dependiendo del tamaño relativo de cada unidad (con relación a personal y población objetivo), se define la complejidad de acciones que se ofrecen. Esta diversidad en la tipología de las unidades visitadas, que atienden a una población en teoría más homogénea, implica por definición una atención diferencial, y relacionada con el sitio de residencia.

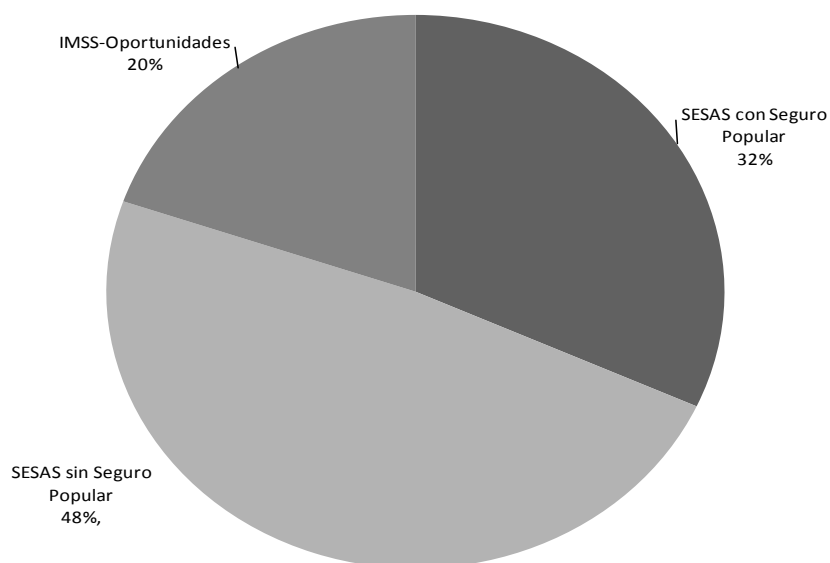
**Figura 1. Distribución de las unidades de atención por tipo de proveedor**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Por lo que se refiere a los estratos generados con relación a los sub-sistemas de atención, del conjunto de unidades visitadas, la mayor pertenece a las SESAS, 79%, en tanto que 21% es parte del sistema IMSS-Oportunidades (figura 2). Al hacer la diferenciación de las SESAS con relación al reporte de acreditación proporcionado por las unidades, se distinguieron aquellas unidades que de acuerdo a la normatividad podrían brindar servicios del Seguro Popular, de las que no están acreditadas para hacerlo. Para realizar esta clasificación se utilizó como información de referencia el reporte de las unidades con relación a la acreditación establecida por la Secretaría de Salud. Como se observa en la figura 2, la mayoría de las unidades de las SESAS no estaban acreditadas en el momento de la visita: 60% de las unidades de estas dependencias reportaron no contar con un documento de acreditación, o el documento que reportaron no era lo suficientemente reciente. No obstante, cuando se inquirió sobre la atención a población del Seguro Popular, 95% de las unidades señaló atender a familias afiliadas al Seguro Popular. Esta inconsistencia si bien puede indicar problemas en la información reportada, también sugiere otras dos posibilidades: i) que el criterio de acreditación no opere de forma estricta, y/o ii) que familias afiliadas al SP pudieran estar recibiendo atención en dos unidades diferentes, una para los servicios del SP, y otra en la que cubren las corresponsabilidades para el PDHO.

**Figura 2. Distribución de las unidades de atención por subsectores**

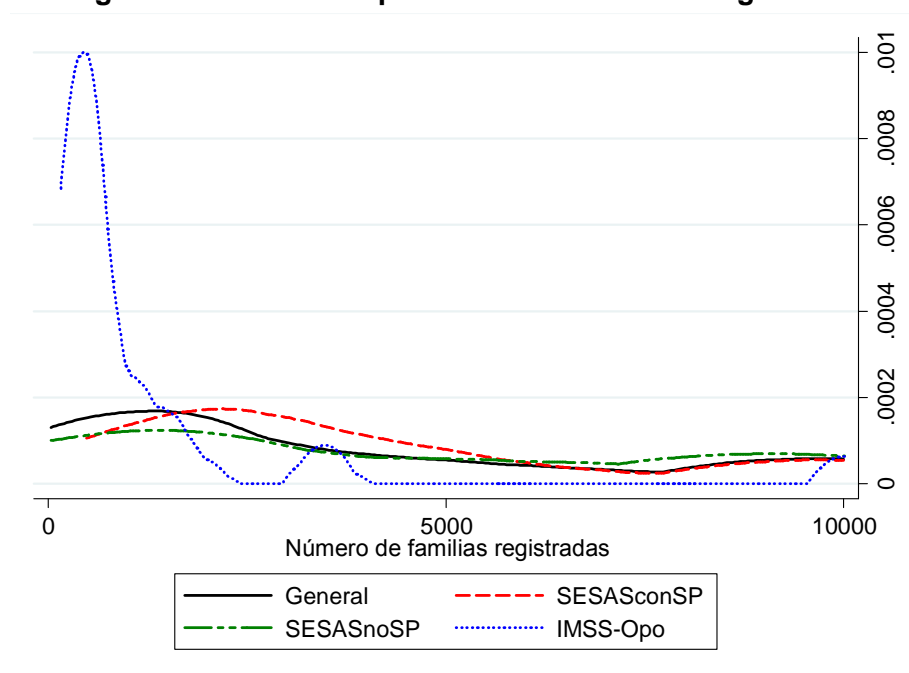


Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Por lo que se refiere al tamaño de la población atendida, en la figura 3 se presenta la distribución de las unidades de acuerdo al número de familias que reportan como registradas. El promedio fue de 2702 familias registradas, y la mediana de 1 659. Además para el conjunto de las unidades, el punto más alto de la distribución se observa alrededor de las 2 500 familias registradas, y se incluyen unidades de hasta cerca de 10 mil.

El hecho de que las unidades adscritas al IMSS-Oportunidades en zonas urbanas están dedicadas únicamente a la población del PDHO se refleja en el hecho que son justamente estas unidades las que reportan el menor número de familias registradas. Es decir, para las unidades de las SESAS, las familias del PDHO son una parte del total de familias registradas, en tanto que en las Unidades Médicas Urbanas (UMUs), son el total.

Figura 3. Distribución por número de familias registradas



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

En términos del capital humano que opera las unidades visitadas, se obtuvo información sobre las características socio-demográficas y de formación de médicos y enfermeras. Del total de médicos entrevistados, 708, poco más de la mitad son del sexo masculino (53%). En términos de perfil de los mismos, si bien 15% se identificó como indígena, únicamente 7% dijeron entender algún idioma indígena. El personal médico en promedio tenía 43 años en el momento de la encuesta, y de acuerdo a las características de sus hogares, se ubicaron en promedio en el decil nueve de la distribución nacional de ingreso, es decir, se trata de un grupo con condiciones socioeconómicas por arriba del promedio nacional.

En términos de su preparación y experiencia, 49% parte tienen estudios de medicina general, y concluyeron en promedio hace 17 años la licenciatura; en este caso, los médicos de IMSS-Oportunidades reportaron menos experiencia. La mayor parte reportó haber asistido a algún curso de capacitación sobre atención a pacientes de alguna de las condiciones trazadoras, y más de la mitad reporta haber recibido capacitación sobre Oportunidades. No obstante, no utilizan como fuente de información el prontuario del Programa y muy pocos consultan las guías o normas oficiales de atención (cuadro 4).

Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

De acuerdo con lo reportado, trabajan en promedio cuatro días a la semana, con una media de 6 horas de trabajo al día. La antigüedad promedio en las unidades es de 7 años.

**Cuadro 4. Características de los médicos de las unidades**

VARIABLES	SUBSECTOR								VALOR p*		
	Todos		SESAS con SP		SESAS sin SP		IMSS-Oportunidades		a	b	c
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Sexo (% hombres)	708	53	122	49	189	49	25	34		*	*
	<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>			
Sexo (% hombres)	0.53	0.50	0.51	0.50	0.51	0.50	0.66	0.48		*	*
Edad (años)	43	11.4	44	11.4	44	11.05	32	6.84		*	*
Entiende lengua indígena (%)	0.07	0.25	0.06	0.25	0.07	0.26	0.05	0.23			
Se considera indígena (%)	0.15	0.36	0.20	0.40	0.14	0.34	0.10	0.30	*	*	
Nivel Socioeconómico (decil de ingreso)	9	1.07	9	1.05	9	1.06	9	1.25			
Experiencia posterior al año en que concluyó los cursos de la licenciatura en medicina	17	10.6	18	10.01	19	10.65	8	6.57		*	*
Experiencia posterior al año en que se graduó de la licenciatura en medicina	16	10.5	17	9.95	18	10.65	7	6.37		*	*
<b>Cursos de capacitación: años desde el último curso sobre atención a...</b>											
...pacientes con síndrome metabólico	0.68	1.48	0.67	1.41	0.66	1.52	0.83	1.57			
...mujeres embarazadas	0.68	1.70	0.72	1.95	0.67	1.56	0.63	1.55			
...complicaciones obstétricas	0.66	1.67	0.61	1.47	0.71	1.84	0.57	1.35			
...niños	0.76	1.52	0.79	1.47	0.80	1.64	0.44	0.96			
Capacitación sobre Oportunidades (%)	0.59	0.49	0.58	0.49	0.54	0.50	0.81	0.40		*	*
Capacitación para impartir talleres de autocuidado (%)	0.34	0.47	0.39	0.49	0.29	0.45	0.41	0.50	*		*
<b>Actividad laboral</b>											
En las últimas cuatro semanas...											
...número de días trabajados en la unidad	17	4.75	16	4.95	17	4.46	19	4.99	*	*	*
...número de días de capacitación	1	1.90	1	1.48	1	1.64	1	3.58		*	*
...número de días de descanso	7	3.64	7	3.80	7	3.58	6	3.32			*

\*Para la diferencia de medias se utiliza el valor de la probabilidad de la prueba t, donde la hipótesis nula es que las medias de distribución entre dos grupos son iguales.

a: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS

b: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS con Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

c: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS sin Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario a Médicos de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

Por lo que se refiere a las enfermeras, estas tienen a tener una mayor antigüedad en las unidades (8 años en promedio), y el porcentaje de las que se consideran indígenas es de 25% (cuadro 5). El nivel socioeconómico de las enfermeras muestra que se ubican igualmente en promedio en el noveno decil del ingreso nacional. La edad promedio de este grupo del personal fue de 39 años, y son mayoritariamente mujeres. Igualmente, reportaron asistencia reciente a cursos sobre las condiciones trazadoras, y 59% sobre el PDHO.

**Cuadro 5. Características de las enfermeras de las unidades**

VARIABLES	SUBSECTOR								VALOR p*		
	Todos		SESAS con SP		SESAS sin SP		IMSS-Oportunidades		a	b	c
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Sexo (% mujeres)	575	92	178	93	285	93	67	89			
	<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>			
Sexo (% mujeres)	0.92	0.27	0.93	0.26	0.93	0.26	0.89	0.31			
Edad (años)	38	10.7	37	10.4	38	11.58	37	7.44			
Entiende lengua indígena (%)	0.09	0.28	0.08	0.28	0.06	0.23	0.21	0.41	*	*	
Se considera indígena (%)	0.25	0.43	0.28	0.45	0.21	0.41	0.33	0.47		*	
Nivel Socioeconómico (decil de ingreso)	9	1.35	9	1.36	9	1.31	9	1.45			
Experiencia posterior al año en que concluyó los cursos de la licenciatura en medicina	13	10.3	13	10.66	13	10.72	11	7.26			
Último grado en enfermería (2=Auxiliar)	2	1.1	2	1.04	2	1.07	2	1.44		*	
<b>Cursos de capacitación: años desde el último curso sobre atención a...</b>											
...pacientes con síndrome metabólico	0.63	1.70	0.63	1.56	0.63	1.78	0.63	1.77			
...mujeres embarazadas	0.57	1.69	0.67	2.00	0.55	1.58	0.37	1.18			
...complicaciones obstétricas	0.37	1.42	0.38	1.47	0.36	1.39	0.41	1.44			
...niños	0.65	1.83	0.64	2.09	0.74	1.79	0.26	1.12		*	
Capacitación sobre Oportunidades (%)	0.59	0.70	0.59	0.49	0.54	0.70	0.79	1.08	*	*	
Capacitación para impartir talleres de autocuidado (%)	0.46	0.50	0.48	0.50	0.40	0.49	0.66	0.48	*	*	
<b>Actividad laboral</b>											
En las últimas cuatro semanas...											
...número de días trabajados en la unidad	17	4.90	17	4.89	17	4.94	18	4.67			
...número de días de capacitación	1	1.39	1	1.18	1	1.61	0	0.71			
...número de días de descanso	7	3.94	6	4.15	7	4.02	7	2.95			

\*Para la diferencia de medias se utiliza el valor de la probabilidad de la prueba t, donde la hipótesis nula es que las medias de distribución entre dos grupos son iguales.

a: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS

b: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS con Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

c: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS sin Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario a Enfermeras de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

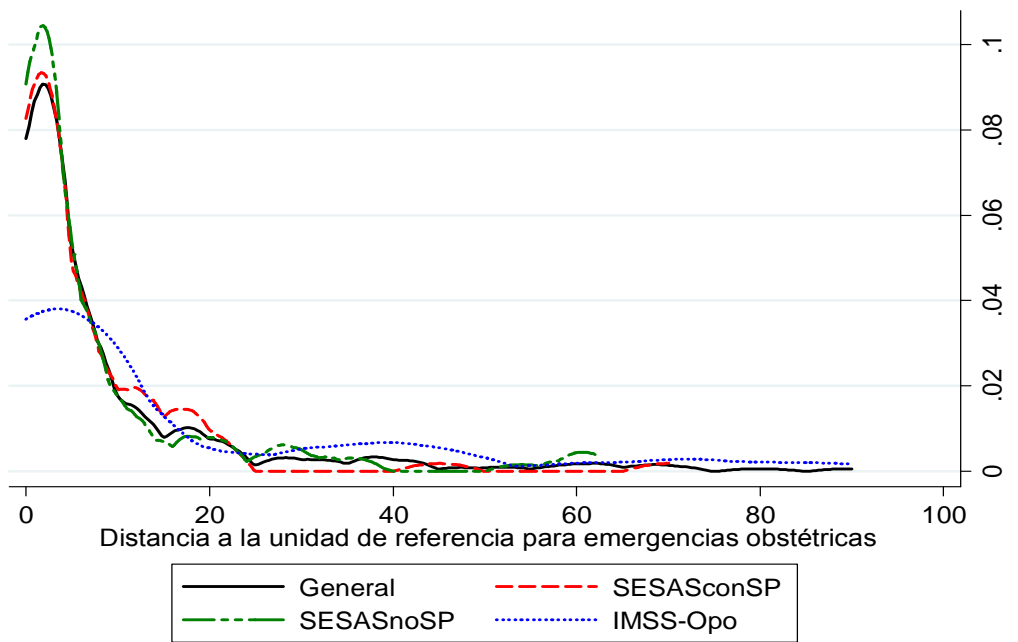


## *Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas*

Por lo que se refiere a las condiciones generales para la operación de las unidades, 97% de las unidades cuenta con energía eléctrica, aunque presentan cortes con cierta regularidad en el suministro. Considerando que en general se trata de unidades urbanas, el acceso a servicios públicos es elevado: 98% de las unidades tiene acceso al servicio de agua, y 92% tiene un sanitario conectado al sistema de drenaje.

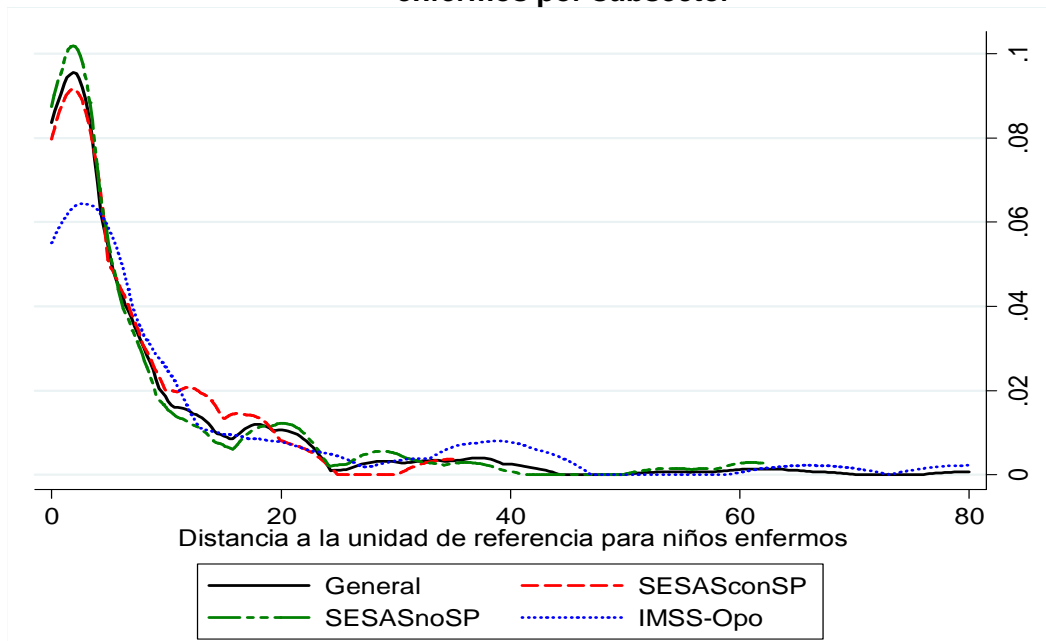
En términos del sistema de referencia y contra-referencia, considerando la importancia del mismo para asegurar la atención a casos complicados, en particular para las unidades que funcionan únicamente con primer nivel de atención (la mayoría en la muestra), se analizó la capacidad real para dirigir a usuarios a otros centros. Los centros para referir a mujeres en situaciones de emergencias o niños muy enfermos se localizan en promedio en lugares cercanos, a 7 kilómetros de distancia, que de acuerdo al reporta se recorren en promedio en 8 minutos. De acuerdo con lo notificado en las unidades en la muestra, en general para las referencias, el transporte que se utiliza es el que por sus propios medios pueden disponer los usuarios (figuras 4 y 5).

**Figura 4. Distribución de las distancia a las unidades de referencia para emergencias obstétricas por subsector**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

**Figura 5. Distribución de las distancia a las unidades de referencia para niños enfermos por subsector**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

## *Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas*

Con relación a la disponibilidad de material de consulta en las unidades de salud (copia de documentos normativos) lo que se encontró fue que del total de unidades visitadas, 54% señaló no contar con el listado de fármacos del cuadro básico y 49% no tener copia del prontuario básico de *Oportunidades*. La inexistencia del prontuario no implica que no lo haya conocido en algún evento de capacitación, pero si indica que este no puede ser consultado de forma regular para verificar las acciones y actividades del Programa que deben llevar a cabo las unidades de salud.

Por otra parte, con relación a la posibilidad de consultar sobre la farmacología y posología de los medicamentos, de acuerdo a lo reportado 56% de las unidades cuenta con una copia del PLM, y un porcentaje adicional con algún otro documento de referencia, incluyendo el cuadro básico.

Cabe resaltar que la existencia del documento del CAUSES 2008-2009 se puede asumir como indispensable para las unidades que prestan atención del SP; no obstante, de acuerdo a lo reportado, 57% de las unidades con servicios del Seguro Popular dijeron no contar con una copia del mismo.

El siguiente aspecto revisado se refiere al uso de documentos o guías sobre los procedimientos a seguir para la atención de pacientes, así como para el uso adecuado de medicamentos. El uso de información estandarizada se considera un criterio importante para ofrecer servicios de calidad; en ese sentido, contar con información actualizada debería ser una condición necesaria para la operación cotidiana de los servicios de salud.

Por lo que se refiere a la documentación para ofrecer atención estandarizada, el uso de normas y guías es limitado y sólo en el caso de las guías sobre diabetes e hipertensión más de la mitad de los médicos reportaron haberlas usado en los seis meses anteriores a la encuesta. Por otra parte, 24% del personal (médicos y enfermeras) dijo utilizar otro tipo de información diferente de las NOM y guías (Cuadros 6 y 7). La fuente de información más importante sobre medicamentos para los médicos es el PLM o diccionario de especialidades farmacéuticas.

**Cuadro 6. Características del uso de información de los médicos para las prácticas clínicas**

VARIABLES	SUBSECTOR								VALOR p*			
	Todos N=704		SESAS con SP		SESAS sin SP		IMSS-Oportunidades					
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE				
<b>Guías clínicas usadas en los últimos seis meses (%)</b>												
Ninguna	0.08	0.27	0.05	0.22	0.10	0.30	0.05	0.23	*			
Diagnóstico y control de la DM	0.55	0.50	0.56	0.50	0.52	0.50	0.70	0.46		*	*	
Control de la hipertensión arterial	0.51	0.50	0.53	0.50	0.46	0.50	0.73	0.45		*	*	
Atención prenatal	0.36	0.48	0.38	0.49	0.33	0.47	0.49	0.50			*	
Monitoreo de nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de cinco años	0.30	0.46	0.33	0.47	0.27	0.45	0.38	0.49				
NOM-174-SSA1-1998 para el Manejo Integral de la Obesidad	0.33	0.47	0.35	0.48	0.33	0.47	0.29	0.46				
NOM-037-SSA2-2002 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Dislipidemias	0.30	0.46	0.37	0.48	0.27	0.44	0.27	0.45	*			
NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y	0.44	0.50	0.45	0.50	0.43	0.50	0.47	0.50				
Monitoreo y control de la hemorragia obstétrica	0.09	0.29	0.10	0.30	0.09	0.28	0.08	0.28				
Monitoreo y control de la preclampsia/eclampsia	0.11	0.31	0.12	0.32	0.09	0.29	0.12	0.33				
Monitoreo y control de la infección puerperal...	0.08	0.27	0.10	0.30	0.07	0.26	0.05	0.23				
Atención para el embarazo saludable, parto y puerperio seguros	0.15	0.35	0.13	0.34	0.14	0.35	0.21	0.41				
Atención para el recién nacido sano	0.17	0.38	0.18	0.39	0.16	0.37	0.16	0.37				
Lineamiento de cesárea segura	0.01	0.09	0.02	0.13	0.00	0.05	0.01	0.12				
Otro	0.24	0.42	0.29	0.45	0.21	0.41	0.21	0.41	*			
<b>Fuentes sobre medicamentos (%)</b>												
Cuadro básico	0.28	0.45	0.28	0.45	0.29	0.45	0.19	0.40				
Prontuario de la SSA	0.06	0.24	0.06	0.24	0.07	0.26	0.00	0.00		*	*	
PLM	0.56	0.50	0.55	0.50	0.55	0.50	0.63	0.49				
Vademécum	0.20	0.40	0.19	0.39	0.19	0.39	0.26	0.44				
Internet	0.26	0.44	0.23	0.42	0.25	0.43	0.36	0.48		*		
Otro	0.12	0.33	0.12	0.33	0.12	0.32	0.14	0.35				
Ninguna	0.03	0.17	0.05	0.21	0.01	0.11	0.04	0.20	*			
<b>Disponibilidad del CAUSES 2008-2009 en la unidad de salud (%)</b>	0.45	0.50	0.43	0.50	0.47	0.50	0.38	0.51				

\*Para la diferencia de medias se utiliza el valor de la probabilidad de la prueba t, donde la hipótesis nula es que las medias de distribución entre dos grupos son iguales.

a: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS

b: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS con Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

c: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS sin Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

**Cuadro 7. Características del uso de información de las enfermeras para las prácticas clínicas**

VARIABLES	SUBSECTOR								VALOR p*
	Todos N=572		SESAS con SP		SESAS sin SP		IMSS-Oportunidades		
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	
<b>Guías clínicas usadas en los últimos seis meses (%)</b>									
Ninguna	0.24	0.43	0.28	0.45	0.23	0.42	0.21	0.41	
Diagnóstico y control de la DM	0.25	0.43	0.24	0.43	0.24	0.43	0.29	0.46	
Control de la hipertensión arterial	0.24	0.43	0.24	0.43	0.22	0.42	0.29	0.46	
Atención prenatal	0.16	0.37	0.16	0.37	0.15	0.36	0.21	0.41	
Monitoreo de nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de cinco años	0.17	0.38	0.18	0.39	0.17	0.37	0.19	0.40	
NOM-174-SSA1-1998 para el Manejo Integral de la Obesidad	0.11	0.31	0.13	0.33	0.10	0.30	0.11	0.31	
NOM-037-SSA2-2002 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Dislipidemias	0.09	0.29	0.11	0.31	0.08	0.27	0.10	0.30	
la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido	0.23	0.42	0.23	0.42	0.23	0.42	0.22	0.42	
Monitoreo y control de la hemorragia obstétrica	0.02	0.15	0.01	0.10	0.03	0.16	0.04	0.20	
Monitoreo y control de la preclampsia/eclampsia	0.04	0.19	0.02	0.14	0.05	0.21	0.05	0.23	
Monitoreo y control de la infección puerperal....	0.02	0.15	0.02	0.14	0.02	0.14	0.04	0.20	
Atención para el embarazo saludable, parto y puerperio seguros	0.09	0.29	0.09	0.29	0.08	0.27	0.12	0.33	
Atención para el recién nacido sano	0.14	0.35	0.16	0.37	0.12	0.33	0.18	0.39	
Lineamiento de cesárea segura	0.01	0.09	0.01	0.10	0.01	0.08	0.01	0.12	
Planes de cuidados de enfermería	0.06	0.24	0.05	0.21	0.08	0.27	0.01	0.12	*
Otro	0.26	0.44	0.23	0.42	0.27	0.44	0.29	0.46	
<b>Fuentes sobre medicamentos (%)</b>									
Cuadro básico	0.20	0.40	0.16	0.36	0.20	0.40	0.29	0.46	*
Prontuario de la SSA	0.03	0.17	0.04	0.19	0.03	0.18	0.00	0.00	
PLM	0.23	0.42	0.22	0.41	0.23	0.42	0.26	0.44	
Vademécum	0.07	0.25	0.07	0.26	0.07	0.26	0.03	0.16	
Internet	0.12	0.33	0.15	0.36	0.11	0.31	0.08	0.28	
Otro	0.07	0.25	0.06	0.24	0.07	0.25	0.07	0.25	
Ninguna	0.44	0.50	0.45	0.50	0.43	0.50	0.41	0.50	

\*Para la diferencia de medias se utiliza el valor de la probabilidad de la prueba t, donde la hipótesis nula es que las medias de distribución entre dos grupos son iguales.

a: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS

b: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS con Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

c: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS sin Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario a Enfermeras de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

## *Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas*

Como se describe en el apartado metodológico, la verificación de los recursos disponibles se llevó a cabo contrastando las condiciones de la unidad con las condiciones mínimas normativas, para cada uno de los ejes en que se organizaron los ítems de las unidades.

En primer lugar, se abordaron los espacios disponibles, en la lógica de que la existencia de espacios completos permite ofrecer mayor higiene y privacidad. Como se observa en el Cuadro 8, casi la totalidad de las unidades cuentan con los espacios mínimos indispensables para ser considerados lugares de atención: consultorio, enfermería y sala de espera. En más de la mitad hay área para talleres (con una diferencia relativamente pequeña entre ambos subsectores), y la mayoría de las unidades tiene red fría para medicamentos y para vacunas, aunque es mayor para las vacunas. Más limitada es la existencia de otros espacios de mayor complejidad (aunque aún limitada) como laboratorio, sala de expulsión, sala de urgencias y quirófano. Es importante recordar que el porcentaje de adecuación estimado hace referencia a lo que normativamente debe tener cada unidad; es decir, este porcentaje solo considera como no existente para una unidad un espacio que la norma dice que debe tener.

**Cuadro 8. Infraestructura para la atención de pacientes**

VARIABLES	SUBSECTOR				VALOR p*		
	GENERAL	SESAS con SP	SESAS sin SP	IMSS-Oportunidades	a	b	c
	%	%	%	%			
Consultorio <sup>1,3</sup>	99	99	98	100			
Enfermería <sup>3</sup>	90	89	92	87			
Sala de espera	94	98	94	88		*	
Sala de talleres	62	71	54	65	*		
Área de almacenamiento <sup>1</sup>	85	83	87	83			
Red fría med <sup>1,2</sup>	71	74	75	56		*	*
Red fría vacunas <sup>1,2</sup>	85	96	91	52		*	*
Sala de labor <sup>1</sup>	19	21	18	17			
Baño p/personal	65	100	88	53			
Baño p/pacientes <sup>1</sup>	72	100	89	57		*	*
Baño compartido	17	8	15	35		*	*
Farmacia <sup>3</sup>	89	95	87	85			
Cuarto de curación	71	85	71	50	*	*	*
Sala de expulsión <sup>1</sup>	18	20	17	17			
Área internamiento <sup>1,3</sup>	21	24	20	19			
Dormitorio	19	25	25	18			
Almacén para DB <sup>1</sup>	83	100	63	100		*	
Sala de urgencias <sup>1</sup>	32	100	50	24		*	
Quirófano	65	100	42	83	*		
Laboratorio AC <sup>1,3</sup>	53	68	41	86	*		*
Cuarto inmunización	69	85	76	27		*	*
Cuarto limpieza	59	73	57	40	*	*	*

‡SSA: centros de salud rural dispersos y concentrados, centros de salud urbanos de 1 a 12 núcleos, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles, centros avanzados de atención primaria, centros de salud con servicios ampliados, centros de salud con hospitalización, consultorio delegacional y hospitales.

<sup>1</sup> Insumos necesarios para la atención del parto

<sup>2</sup> Insumos necesarios para la atención de niños

<sup>3</sup> Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

\*Para la diferencia de medias se utiliza el valor de la probabilidad de la prueba t, donde la hipótesis nula es que las medias de distribución entre dos grupos son iguales.

a: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS

b: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS con Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

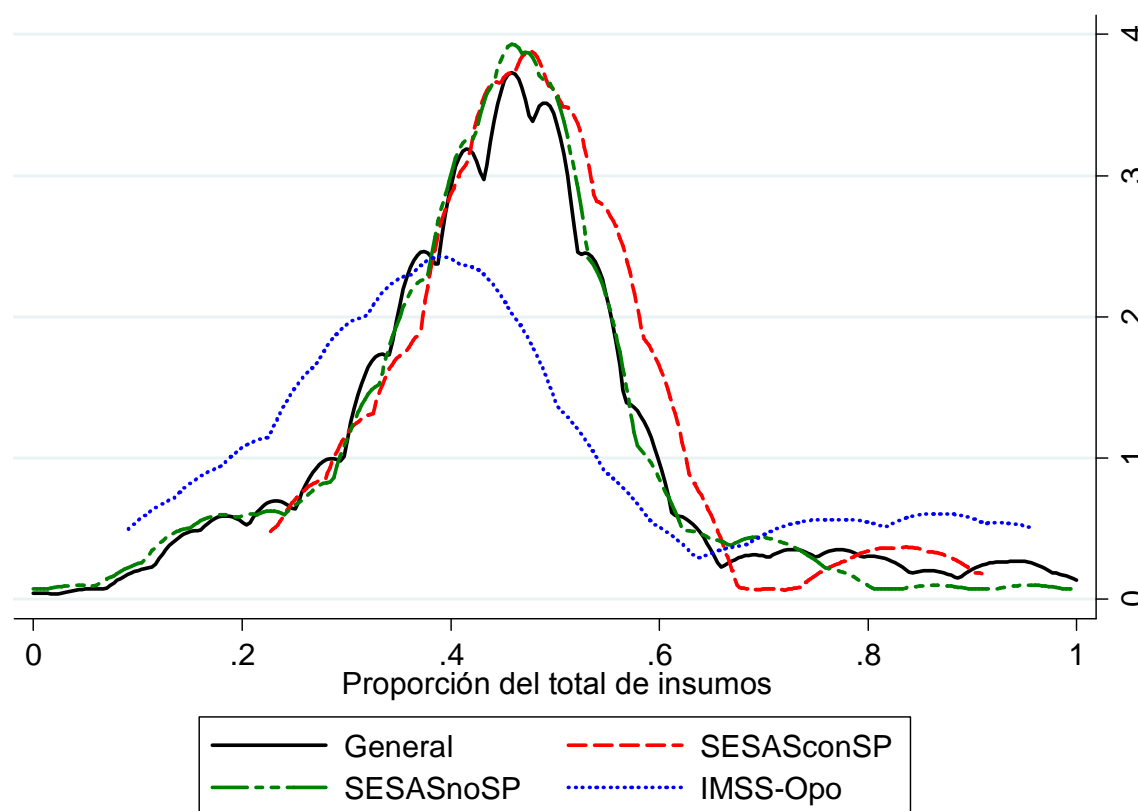
c: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS sin Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario a Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Al analizar la variabilidad en la adecuación de espacios, es claro que hay una gama amplia, en la cual algunas unidades son prácticamente inexistentes físicamente,

contrastadas con otras en las cuales se cuenta con todos los espacios normativos. Como puede observarse en la figura 6, en promedio, las unidades cuentan con alrededor de 50% de los espacios normativos, siendo este porcentaje aún menor en el caso de las unidades de IMSS-Oportunidades. En la figura es posible observar que junto a ese conjunto amplio de alrededor de 50%, conviven unidades con 20% o menos, y otras con 80% o más. Esta alta heterogeneidad es un elemento que claramente afecta la calidad esperada.

**Figura 6. Distribución de las instalaciones de las unidades para atención de pacientes (porcentaje del total)**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Una vez que se cuenta con los espacios, el equipamiento es lo que permite atender a la población usuaria; como se ha mencionado, se trata de parte del entorno que hace posible la atención, ya que es en general a través del equipo médico como el recurso humano puede operacionalizar la atención. El análisis de la adecuación en



equipamiento, como en el caso anterior, se refiere al porcentaje de equipos para la atención de usuarios con los que dispone cada unidad con relación a los que normativamente debe tener. Como se observa en el cuadro 9, existen deficiencias importantes en los equipos disponibles, comparado con lo esperado normativamente. Esto ocurre en casos en los que los equipos están presentes en un porcentaje importante de las unidades, pero que por al considerarse como esenciales para la atención, se esperaría que estuvieran presentes en todas las unidades. Este es el caso del esfigmomanómetro (equipo para la medición de la tensión arterial), otoscopios (revisión de oído, actividad básica en la exploración regular) y termómetros. También se pueden identificar otros de mayor complejidad, pero aún básicos con relación al tipo de condiciones para las que se requieren como el Doppler (utilizado para el monitoreo del producto durante el embarazo), y la prueba rápida de colesterol, cuya insuficiencia es inconsistente con el énfasis de política en salud con relación a la obesidad.

De igual manera, otro equipamiento relativamente más complejo, pero necesario para ofrecer resultados de calidad para los usuarios con afecciones altamente prevalentes como el equipo de electrocardiograma o el microscopio, se encuentran sólo en una minoría de las unidades visitadas. Asimismo, únicamente 64% de las clínicas cuenta con ambulancia para traslados; no obstante, aún en las que existe, puede asumirse que es insuficiente, considerando que como se señaló previamente, el reporte de las unidades es que los traslados de referencias para casos complicados ocurre por cuenta de los usuarios.

En cuanto a la heterogeneidad del equipamiento, y tal y como se observa en la figura 7, la distribución permite identificar un panorama en el que en promedio las unidades cuentan con 60% del equipo necesario para operar. Es de notar que las unidades del IMSS-Oportunidades cuentan con una menor proporción de los insumos y las que tienen Seguro Popular son las que presentan los mayores equipamientos. Al igual que en el caso de los espacios, esta heterogeneidad está mostrando la co-existencia de unidades de atención que cuentan con la mayor parte del equipamiento que requieren, con otras en las cuales hay carencias generales de equipo.

**Cuadro 9. Equipo médico**

VARIABLES	SUBSECTOR				VALOR p*		
	GENERAL	SESAS con SP	SESAS sin SP	IMSS-Oportunidades	a	b	c
	%	%	%	%			
Ambulancia <sup>1</sup>	64	80	41.67	100			*
Archiveros	53	68	55	25		*	*
Aspirador AMEU <sup>1</sup>	10	11	9	8			
Esterilizador <sup>1,2</sup>	95	100	92	100		*	
Báscula infantil <sup>1,2</sup>	92	95	89	94			
Báscula adulto <sup>1,2,3</sup>	100	100	99	100		*	
Bolsa AMBU	26	29	29	16			
Camilla <sup>1,3</sup>	68	100	50	80			
Cilindro oxígeno <sup>1</sup>	19	100	25	12	*	*	
Cinta métrica <sup>1</sup>	95	98	94	96			
Contenedores	94	99	90	98	*		
Doppler <sup>1</sup>	33	51	27	24	*	*	
Cirugía menor	42	49	37	42			
Equipo para LIU <sup>1</sup>	14	16	15	10			
Equipo AMEU <sup>1</sup>	6	7	4	8			
Electrocardiograma <sup>3</sup>	40	50	14	100			*
Equipo ultrasonido <sup>1</sup>	7	4	8	10			
Equipo radiológico	14	15	9	83		*	*
Esfigmomanómetro <sup>1,3</sup>	87	85	86	94			
Estadímetro <sup>1,3</sup>	87	89	83	94			
Estetoscopio <sup>1,3</sup>	96	96	95	96			
Estetoscopio Pinar <sup>1</sup>	90	93	90	88			
Glucómetro <sup>3</sup>	92	94	91	94			
Infantometro	57	63	48	69	*		*
Lámpara de exploración	95	99	91	96	*		
Lavabo <sup>1</sup>	92	99	87	96	*		
Libro reg med <sup>2</sup>	70	67	63	90		*	*
Libro reg vacuna <sup>2</sup>	85	95	87	63	*	*	*
Martillo de reflejos	68	66	67	76			
Mesa de Mayo	84	85	85	82			
Microscopio	31	34	26	83		*	*
Monofilamento	12	15	12	4		*	
Oftalmoscopio <sup>3</sup>	67	71	56	86	*		*
Otoscopio	72	74	65	86			*
Prueba rápida de colesterol <sup>3</sup>	19	15	27	6			*
Refrigerador <sup>1,2</sup>	90	96	94	73		*	*
Reloj <sup>1,2</sup>	54	64	61	25		*	*
Tabla agud visual <sup>1,3</sup>	77	77	75	80			
Termómetro <sup>1</sup>	98	99	97	98			
Tococardiograma <sup>1</sup>	4	4	3	6			
Suero oral <sup>2</sup>	89	94	86	86			

<sup>4</sup>SSA: centros de salud rural dispersos y concentrados, centros de salud urbanos de 1 a 12 núcleos, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles, centros avanzados de atención primaria, centros de salud con servicios ampliados, centros de salud con hospitalización, consultorio delegacional y hospitales.

<sup>1</sup> Insumos necesarios para la atención del parto

<sup>2</sup> Insumos necesarios para la atención de niños

<sup>3</sup> Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

\*Para la diferencia de medias se utiliza el valor de la probabilidad de la prueba t, donde la hipótesis nula es que las medias de

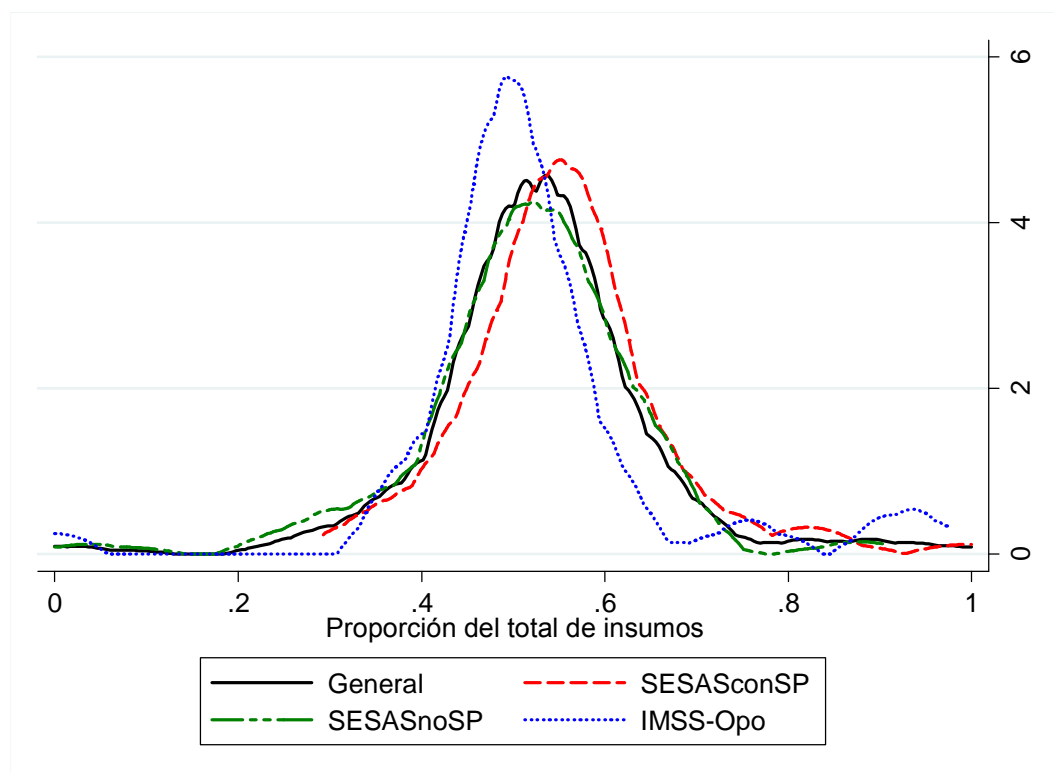
a: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS

b: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS con Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

c: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS sin Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario a Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

**Figura 7. Distribución de equipamiento mínimo de las unidades (porcentaje del total)**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

El siguiente eje en el análisis de las condiciones estructurales de las unidades de atención visitadas es la adecuación con relación a los insumos disponibles. De igual forma, la construcción de la adecuación de refiere a los insumos disponibles con relación a los mínimos normativos. Para ello, en la visita a las unidades, se preguntó sobre las existencias en ese día, buscando en general observar la revisión del inventario, para asegurar la confiabilidad de la información. El tipo de insumos incluidos en la lista de verificación están asociados con condiciones de salud altamente prevalentes.

En el cuadro 10 se muestran los porcentaje de adecuación de las unidades en el momento de la visita. Es cierto que estas existencias son dinámicas, y que podrían haber ocurrido que la visita se diera en el momento de menores niveles de abastecimiento, pero se esperaría que dado que estas visitas ocurrieron a las unidades en un periodo relativamente amplio, los promedios sean informativos de las condiciones generales de las unidades. Como se puede observar, en general todas las unidades cuentan con abatenguas o gasas, así como con alcohol, jeringas y vendas elásticas; sin embargo,

existe un conjunto de unidades en las que aún para estos insumos básicos hay carencias. Por otra parte, hay insumos de alta relevancia para el perfil epidemiológico de la población que se esperaba estuvieran presentes en mayor proporción, como las tiras reactivas para orina que imposibilitan la aplicación de la misma en mujeres embarazadas, y las tiras reactivas para glucosa cuya falta de disponibilidad en unidades de ambos sectores cuestiona la factibilidad de la detección de la diabetes en un país con alta prevalencia de este padecimiento

Como en los ejes anteriores, nuevamente para los insumos médicos, es notoria la importante heterogeneidad en la adecuación, con un grupo de clínicas con carencias notorias, si bien la distribución en este caso está más hacia la derecha, lo que señalaría una mayor adecuación con relación a los otros ejes (figura 8).

**Cuadro 10. Material médico**

VARIABLES	SUBSECTOR				VALOR p*		
	GENERAL	SESAS con SP	SESAS sin SP	IMSS-Oportunidades	a	b	c
	%	%	%	%			
Abatelenguas <sup>2</sup>	93	92	93.6	94			
Alcohol	94	96	92	96			
Algodón	93	95	90	98			
Benzal	66	70	69	55			
Condomes <sup>1</sup>	86	84	85	90			
Cubrebocas <sup>1</sup>	87	92	84	86			
DIU <sup>1</sup>	86	92	81	90	*		
Espejo vaginal <sup>1</sup>	94	95	92	96			
Estuche de disección	44	38	44	50			
Gasas <sup>1</sup>	91	96	87	96	*		
Guantes	93	95	91	92			
Isodine	92	94	94	83		*	*
Jalea lubricante <sup>1</sup>	83	85	82	83			*
Jabón líquido <sup>1</sup>	72	75	75	60			*
Jabón p/manos	78	84	75	75			
Jeringas <sup>2</sup>	92	100	96	69		*	*
Juego de instrumental <sup>1</sup>	25	29	23	21			
Ropa de cama	59	67	54	60			
Lancetas para glucómetro <sup>3</sup>	82	85	77	88			
Punzocat	76	100	75	67			
Ropa quirúrgica	59	100	25	83	*		*
Sonda	21	23	25	10			*
Sonda Foley	29	34	27	25			
Suturas	79	89	82	58		*	*
Tela adhesiva	89	0	86	92			
Toallas	45	46	48	33			
Tiras p/ glucosa <sup>1,3</sup>	71	71	64	85			*
Tiras p/ orina <sup>1,3</sup>	47	39	40	73		*	*
Termo	75	81	82	46		*	*
Toallas desechables	50	51	52	40			
Vacutainer	30	26	38	17			
Vendas elásticas	82	87	79	81			
Venaset	33	33	36	25			
Vasos recolectores	79	76	81	71			

\*SSA: centros de salud rural dispersos y concentrados, centros de salud urbanos de 1 a 12 núcleos, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles, centros avanzados de atención primaria, centros de salud con servicios ampliados, centros de salud con hospitalización, consultorio delegacional y hospitales.

<sup>1</sup> Insumos necesarios para la atención del parto

<sup>2</sup> Insumos necesarios para la atención de niños

<sup>3</sup> Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

\*Para la diferencia de medias se utiliza el valor de la probabilidad de la prueba t, donde la hipótesis nula es que las medias de distribución entre dos grupos son iguales.

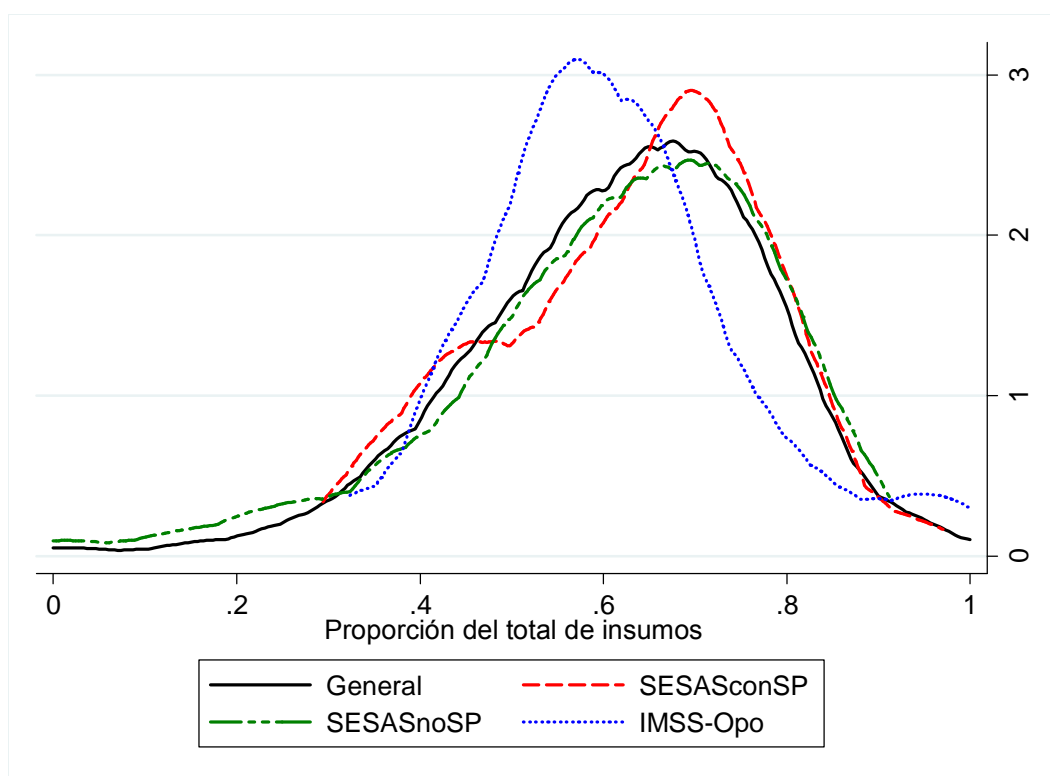
a: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS

b: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS con Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

c: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS sin Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario a Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Figura 8. Distribución de insumos médicos de las unidades (porcentaje del total)



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

El siguiente eje del análisis es el abasto de medicamentos básicos. Como se observa, la adecuación también sugiere una gran heterogeneidad, y desabasto importante. El listado de fármacos que se presenta es que el incluido en el cuadro básico de estas unidades, es decir, se consideran los insumos que deberían de estar presentes en las unidades, mismos que van desde aquellos necesarios para atender problemas comunes hasta algunos con aplicaciones de mayor complejidad. En este caso, son las unidades de IMSS-Oportunidades en donde se observaron los mayores abastos, y aún en este caso no es superior a 70% para la mayoría de las unidades (cuadro 11 y figura 9).

**Cuadro 11. Abasto de medicamentos**

VARIABLES	SUBSECTOR				VALOR p*		
	GENERAL	SESAS con SP	SESAS sin SP	IMSS-Oportunidades	a	b	c
	%	%	%	%			
Ácido acetilsalicílico <sup>3</sup>	84	83	89.68	71			*
Paracetamol tab <sup>1,2</sup>	81	78	78	94		*	*
Paracetamol sol <sup>1,2</sup>	77	76	76	79			
Metamizol sódico	84	75	100	82			
Lidocaina sol iny <sup>1</sup>	79	75	84	77			
Clorfenamina tab	79	76	77	88			
Clorfenamina jar	67	64	72	62			
Propranolol <sup>3</sup>	77	75	78	78			
Captotril <sup>3</sup>	90	100	100	88	*		
Nifedipino caps <sup>1,3</sup>	78	100	75	76			
Metoprolol <sup>3</sup>	81	81	82	81			
Hidroclorotiazida <sup>3</sup>	49	49	55	35			*
Hidralazina	51	48	57	41			
Acido aceti salicilico 300 mg	52	43	47	77		*	*
Aluminio/magnesio	85	81	87	88			
Ranitidina	82	75	83	92		*	
Butilnoscina grag	81	73	80	94		*	*
Butilnoscina iny	84	78	86	88			
Albendazol tab <sup>2</sup>	87	100	75	88			
Albendazol susp <sup>2</sup>	94	100	88	94			
Metronidazol tab <sup>2</sup>	87	81	87	98		*	*
Metronidazol susp <sup>2</sup>	87	80	88	98		*	*
Glibenclamida tab <sup>3</sup>	86	78	89	90	*		
Insulina acción inter <sup>3</sup>	61	60	66	52			
Insulina acción rap <sup>3</sup>	35	33	43	23			*
Insulina glargina <sup>3</sup>	23	18	33	10	*		*
Metformina <sup>3</sup>	81	78	81	85			
Trimetoprima tab <sup>1,2</sup>	86	83	87	87			
Trimetoprima susp <sup>1,2</sup>	88	86	86	96		*	
Bencilpenicilina 1 <sup>1,2</sup>	74	71	75	77			
Bencilpenicilina 2 <sup>1,2</sup>	70	67	67	81			
Bencilpenicilina 3 <sup>1,2</sup>	68	70	66	71			
Dicloxacilina cap <sup>2</sup>	92	100	100	90	*		
Dicloxacilina susp <sup>2</sup>	90	100	100	88	*		
Ampicilina tab <sup>2</sup>	66	57	63	88		*	*
Ampicilina susp <sup>2</sup>	77	72	71	96		*	*
Eritromicina tab <sup>2</sup>	74	64	76	83		*	
Eritromicina susp <sup>2</sup>	82	75	84	87			
Cloramfenicol cap	40	40	36	50			
Amoxicilina susp <sup>2</sup>	74	100	88	70			
Amoxicilina cap <sup>2</sup>	74	100	88	70			
Cloramfenicol sol <sup>2</sup>	80	73	83	85			
Cloramfenicol ung <sup>2</sup>	40	35	30	71		*	*

Continúa...

Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

Continuación...

VARIABLES	SUBSECTOR				VALOR p*		
	GENERAL	SESAS con SP	SESAS sin SP	IMSS-Oportunidades	a	b	c
	%	%	%	%			
Neomicina	89	100	88	88			
Atropina	30	75	63	22		*	*
Salbutamol susp	82	84	85	73			
Salbutamol jar	84	81	85	87			
Ambroxol	83	75	75	84			
Bencilo	75	67	77	83			
Óxido de zinc	83	78	87	83			
Lindano	17	24	18	4		*	*
Clioquinol	77	72	76	87			
Miconazol	85	78	85	94		*	
Ácido fólico 1 <sup>1</sup>	71	65	71	81			
Ácido fólico 2 <sup>1</sup>	67	70	78	35		*	*
Fumarato tab <sup>1</sup>	75	71	71	88		*	*
Fumarato susp <sup>1</sup>	77	71	74	96		*	*
Levonorgestrel <sup>1</sup>	86	86	84	92			
Desogestrel <sup>1</sup>	68	64	63	85		*	*
Medroxiprogesterona	81	80	77	92			*
Enantato	67	69	60	81			*
Condomes masculino	85	84	83	90			
DIU T de cobre	85	88	80	90			
DIU Mirena	41	46	41	33			
DMPA iny	20	14	26	16	*		
Glucosa al 5%	61	64	56	67			
NaCl 0.9% <sup>3</sup>	68	100	63	67			
Sol Hartman <sup>2,3</sup>	63	100	63	61			
Electrolitos <sup>2</sup>	89	89	87	90			
Estreptomina	13	8	17	10			
Isoniazida	11	0	0	14	*		
Sabín	23	20	26	17			
BCG <sup>2</sup>	69	77	77	38		*	*
DPT (trivalente) <sup>2</sup>	74	85	80	42		*	*
Tetraivalente <sup>2</sup>	21	18	28	12			*
Pentavalente	73	82	79	44		*	*
Triple viral	75	85	79	50		*	*
Influenza	72	82	82	31		*	*
VPH	10	8	12	10			
Sarampión <sup>2</sup>	51	52	59	31		*	*
Toxoide tetánico <sup>1,2</sup>	83	92	89	52		*	*
Vitaniño <sup>2</sup>	42	33	43	54		*	
Nutrisano <sup>2</sup>	72	74	64	88		*	*
Vitavida	36	33	34	46			
Nutrivida	73	76	65	85			*
Oxitocina	25	30	23	25			
Ergometrina	16	14	16	21			
Sulfato de magnesio iny	14	15	9	23			*
Misoprostol tab	2	4	2	0			

\*SSA: centros de salud rural dispersos y concentrados, centros de salud urbanos de 1 a 12 núcleos, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles, centros avanzados de atención primaria, centros de salud con servicios ampliados, centros de salud con hospitalización, consultorio delegacional y hospitales.

<sup>1</sup> Insumos necesarios para la atención del parto

<sup>2</sup> Insumos necesarios para la atención de niños

<sup>3</sup> Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

\*Para la diferencia de medias se utiliza el valor de la probabilidad de la prueba t, donde la hipótesis nula es que las medias de distribución entre dos grupos son iguales.

a: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS

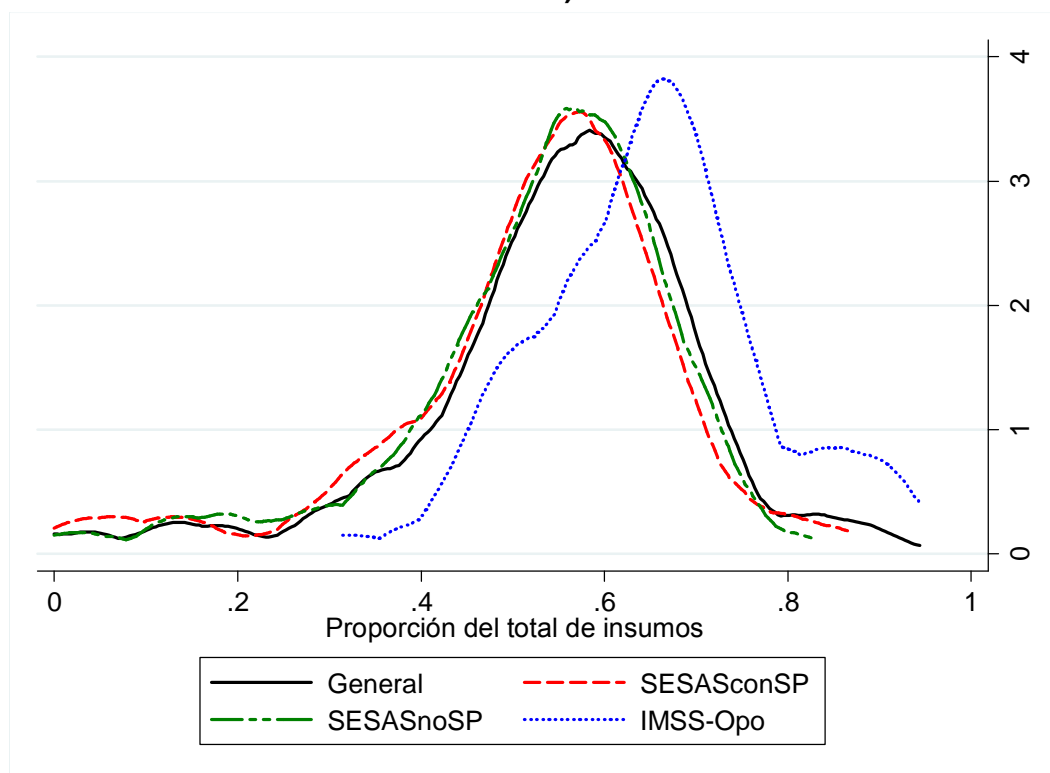
b: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS con Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

c: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS sin Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario a Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.



**Figura 9. Distribución de abasto de medicamentos de las unidades (porcentaje del total)**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Por último, el eje final del análisis es la oferta de servicios disponible en las unidades visitadas. El listado de procedimientos que sirve de referencia para la adecuación considera las características de cada unidad, para al igual que en los casos anteriores, analizar el porcentaje de adecuación. A partir de la lista de verificación de procedimientos realizados en cada unidad, se observa que de forma consistente con las carencias de equipos e insumos, en un porcentaje importante de las unidades no ofrecen los servicios considerados. Con un porcentaje de adecuación reducido, es particularmente relevante la baja proporción de unidades que ofrecen servicio de Papanicolau, que solo se ofrece en 7% de las unidades, aunque se trata de una prueba a la que se le ha dado promoción importante por su rol en la detección temprana de cáncer de cérvix y útero. (cuadro 12 y figura 10).

**Cuadro 12. Servicios ofrecidos a la población**

VARIABLES	SUBSECTOR				VALOR p*		
	GENERAL	SESAS con SP	SESAS sin SP	IMSS-Oportunidades	a	b	c
	%	%	%	%			
Aborto (AMEU)	50	75	13	83	*		*
Aborto (LIU)	50	75	12.5	83	*		*
Baciloscopia	61	75	38	83			
Biopsia	33	25	0	83			*
Cesárea <sup>1</sup>	5	5	3	8			
Cirugía menor	50	100	13	67	*		*
Citología vaginal <sup>1</sup>	77	82	78	69			
Consulta dental (limpieza bucal) adultos <sup>3</sup>	57	76	61	17	*	*	*
embarazadas <sup>1</sup>	99	100	100	96	*		*
niños <sup>2</sup>	99	100	98	100		*	
Cuidado del recién nacido <sup>1</sup>	79	77	83	71			
Cultivo y antibiograma de bacterias	13	7	16	14			
Detección de sífilis <sup>1</sup>	53	57	48	71			
Electrocardiograma <sup>3</sup>	12	14	4	71		*	*
Examen de mama	30	32	37	10		*	*
Examen orina <sup>1,3</sup>	48	54	43	71			
Exudado faríngeo	12	14	4	71		*	*
Grupo sanguíneo y RH <sup>1</sup>	48	54	43	71			
Hemos glucosilada <sup>1,3</sup>	80	75	80	100			
Mastografía	22	50	13	17			
Niveles de glucosa <sup>1,3</sup>	44	46	39	71			
Niveles de hemoglobina <sup>1,3</sup>	24	21	25	29			
Papanicolaou <sup>1</sup>	7	25	13	4			
Parto <sup>1</sup>	17	100	25	10		*	
Perfil de lípidos	73	50	88	72			
Prácticas Odontológicas	32	100	63	22		*	*
Prueba cutánea de la tuberculina reactivas <sup>1,3</sup>	22	14	21	57		*	*
Punciones	93	86	96	100	*		*
Química sanguínea <sup>3</sup>	39	75	0	67			
Rayos X	30	36	24	57			*
Revisión oftalmológica <sup>3</sup>	10	14	6	29			
Salpingoclasia	35	0	13	41			
Talleres de salud <sup>3</sup>	40	75	25	40			
Tamiz neonatal	83	84	80	88			
Tiempos de sangrado	61	75	50	67			
Ultrasonido	17	21	7	71		*	*
Ultrasonido obstétrico <sup>1</sup>	53	67	54	29		*	*
Urgencias	10	4	6	71	*	*	
Urocultivo	24	100	38	16			*
Vacunación	20	23	13	57			*
Vasectomía	88	96	95	58	*	*	*
niños	44	75	13	67	*		*
	91	92	89	92			

\*SSA: centros de salud rural dispersos y concentrados, centros de salud urbanos de 1 a 12 núcleos, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles, centros avanzados de atención primaria, centros de salud con servicios ampliados, centros de salud con hospitalización, consultorio delegacional y hospitales.

<sup>1</sup> Insumos necesarios para la atención del parto

<sup>2</sup> Insumos necesarios para la atención de niños

<sup>3</sup> Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

\*Para la diferencia de medias se utiliza el valor de la probabilidad de la prueba t, donde la hipótesis nula es que las medias de

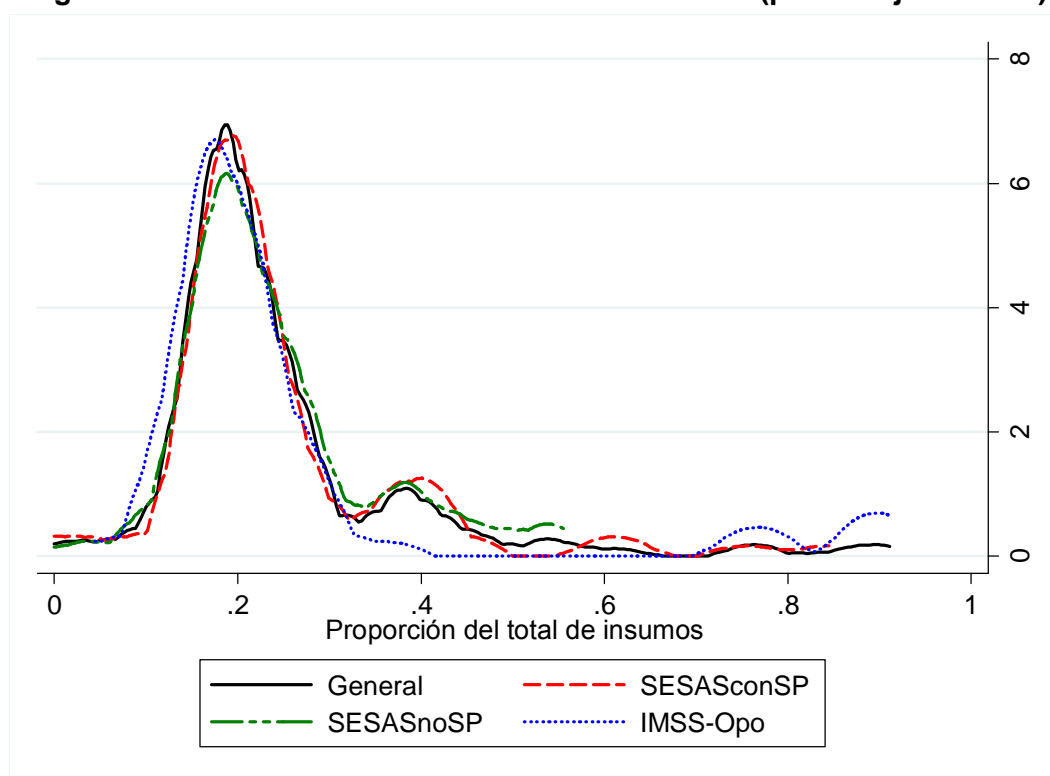
a: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS

b: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS con Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

c: Diferencias estadísticamente significativas (p<0.05) al 95% entre SESAS sin Seguro Popular e IMSS-Oportunidades

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario a Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Figura 10. Distribución de servicios de las unidades (porcentaje del total)



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Una forma alternativa de presentar la información se refiere al porcentaje de adecuación de acuerdo a la tipología de las unidades (definida por su tamaño en términos de personal y población de influencia). Este análisis permite comparar las carencias en estructura con relación a esta tipología, que refleja la infraestructura. Como puede observarse, se presenta una acentuación de las carencias, siendo las unidades con menor infraestructura las que del mismo modo reportan las mayores carencias en términos de los ejes de estructura analizados. Esta acentuación de igual forma indica que el conjunto de población que es asignada a estas unidades va a de hecho estar en condiciones comparativamente desfavorables para la atención de la salud, generando en los hechos una barrera adicional para la acumulación de capital salud. (cuadro 13).

**Cuadro 13. Porcentaje de adecuación de los ejes de estructura de las unidades de salud de acuerdo a su tipología, y por ítems necesarios para las condiciones trazadoras**

TIPO DE UNIDAD N NÚCLEOS	CS <sup>a</sup>	BM <sup>b</sup>	CESSA <sup>c</sup>	CSH <sup>d</sup>	CAAPS <sup>e</sup>	CD <sup>f</sup>	HR <sup>g</sup>	HG <sup>h</sup>	HC <sup>i</sup>	CSR <sup>d</sup>	CSRC <sup>k</sup>	UMR <sup>l</sup>	UMU <sup>m</sup>	UM <sup>n</sup>	CSU <sup>o</sup>													
	1	1	3	5	1	1	6	2	10	15	11	23	7	38	2	20	14	22	18	9	15	8	3	4	7	2	16	
VARIABLES	INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES																											
<b>Proporción de áreas de atención</b>	44	56	69	86	76	N.D.	92	68	75	79	68	66	71	42	39	50	64	62	66	69	64	65	67	64	71	59	64	
Proporción de áreas de atención para parto y visita prenatal	40	80	54	93	67	N.D.	95	59	79	68	66	67	73	35	60	43	57	51	58	56	51	58	54	53	64	44	55	
Proporción de áreas de atención para salud de niños	0	100	83	100	100	N.D.	100	50	100	70	95	91	100	38	50	58	86	80	97	83	83	94	83	100	93	75	84	
Proporción de áreas de atención del síndrome metabólico	100	100	60	92	80	N.D.	93	70	78	73	70	76	86	67	100	63	79	70	71	71	71	68	80	70	77	60	66	
<b>Proporción de equipo médico</b>	48	74	72	74	64	N.D.	72	49	70	66	63	62	66	57	28	50	60	60	64	61	60	65	63	59	65	59	64	
Proporción de equipo médico para parto y visita prenatal	60	80	78	81	73	N.D.	76	60	76	89	76	78	74	64	40	59	72	72	73	71	71	72	71	75	73	73	71	
Proporción de equipo médico para salud de niños	83	100	100	93	100	N.D.	79	88	88	88	81	81	84	72	42	69	84	84	87	90	87	93	95	89	90	86	88	
Proporción de equipo médico del síndrome metabólico	80	80	93	83	100	N.D.	81	56	71	56	85	86	93	91	50	77	83	88	91	87	88	85	87	85	89	90	93	
<b>Proporción de material médico</b>	41	88	78	83	84	N.D.	80	57	75	86	76	66	72	62	50	62	75	67	71	70	66	73	65	59	71	64	69	
Proporción de material médico para parto y visita prenatal	0	67	85	84	89	N.D.	78	61	76	78	83	71	81	74	50	65	72	70	73	70	66	72	74	50	73	50	72	
Proporción de material médico para salud de niños	100	100	100	100	100	N.D.	83	100	95	97	100	89	100	75	75	88	89	98	92	100	93	100	100	88	100	100	91	
Proporción de material médico de síndrome metabólico	0	0	89	67	100	N.D.	67	67	60	0	73	51	90	82	0	70	62	61	67	59	56	67	67	17	57	50	60	
<b>Proporción de medicamentos</b>	45	93	70	61	11	N.D.	84	79	75	67	70	67	69	63	81	54	61	59	60	48	62	54	64	64	63	68	63	
Proporción de medicamentos para parto y visita prenatal	20	100	87	75	7	N.D.	91	75	85	77	84	74	80	77	70	69	79	71	77	63	81	62	69	78	78	93	79	
Proporción de medicamentos para salud de niños	75	100	90	71	13	N.D.	89	80	87	74	75	74	81	74	69	61	69	68	67	59	73	64	75	71	73	80	75	
Proporción de medicamentos del síndrome metabólico	100	100	67	49	0	N.D.	82	81	85	61	72	62	55	64	100	47	62	63	62	49	71	69	70	67	78	78	79	
<b>Proporción de servicios ofrecidos</b>	56	89	43	64	69	N.D.	78	28	57	84	56	60	56	45	67	56	60	59	63	41	45	49	53	40	53	52	50	
Proporción de servicios ofrecidos para parto y visita prenatal	50	100	49	75	77	N.D.	80	30	65	84	45	46	54	44	100	47	51	49	52	47	42	54	54	42	57	54	59	
Proporción de servicios ofrecidos para salud de niños	100	100	100	100	100	N.D.	100	100	100	100	100	91	100	100	100	100	93	86	94	100	100	100	100	100	100	100	88	
Proporción de servicios ofrecidos del síndrome metabólico	100	100	37	71	89	N.D.	78	35	66	97	86	83	86	74	75	98	71	80	86	43	51	49	48	39	59	61	58	

CS= casa de salud, BM= brigada móvil, CESSA=centro de salud con servicios ampliados, CSH= centro de salud hospitalario, CAAPS= Centros Avanzados de Atención Primaria, CD=Consultorio delegacional, HR= hospital rural, HG= hospital general, HC= hospital comunitario, CSR= centro de salud rural disperso, CSRC= centro de salud rural concentrado, UMR= unidad médica rural, UMU= unidad médica urbana, UM= unidad móvil, CSU= centro de salud urbano.

<sup>a</sup>Para la CS, los espacios indispensables se consideran de acuerdo con el plano arquitectónico (consultorio, sala de labor, baño compartido, lavabo, etc.). Se incluye el cuarto de curación dado que se realizan

<sup>b</sup>Se establecen los mismos requisitos que la casa de salud, ya que ahí es donde llega la brigada móvil o unida móvil.

<sup>c</sup> Se establecen los mismos requisitos que para un CSU con 12 núcleos básicos de acuerdo con el Modelo Integrador de Atención a la Salud MIDAS.

<sup>d</sup> De acuerdo al Manual de organización del centro de salud con hospitalización de la SS.

<sup>e</sup> Se establecen los mismos requisitos que para un Hospital general dado que ahí es donde están presentes estos centros avanzados.

<sup>f</sup> Se establece el mismo equipamiento que para un consultorio periférico perla unidad entrevistada no cuenta con información sobre infraestructura según lo reportado en la base de datos de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009

<sup>g</sup>Se establecen los mismos requerimientos que la Unidad Médica Rural más lo estipulado en las Reglas de Operación del Programa IMSS -Oportunidades. Para HR talleres de salud es equivalente a trabajo

<sup>h</sup> Se establece el equipamiento de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000 sobre los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada y al Modelo de Unidades Médicas de la SSA.

<sup>i</sup>Insumos de HC de acuerdo con guía de equipamiento de Cenetec.

<sup>j,k, o</sup> De acuerdo con Midas y Guía de equipamiento Cenetec para centros de salud.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario a Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

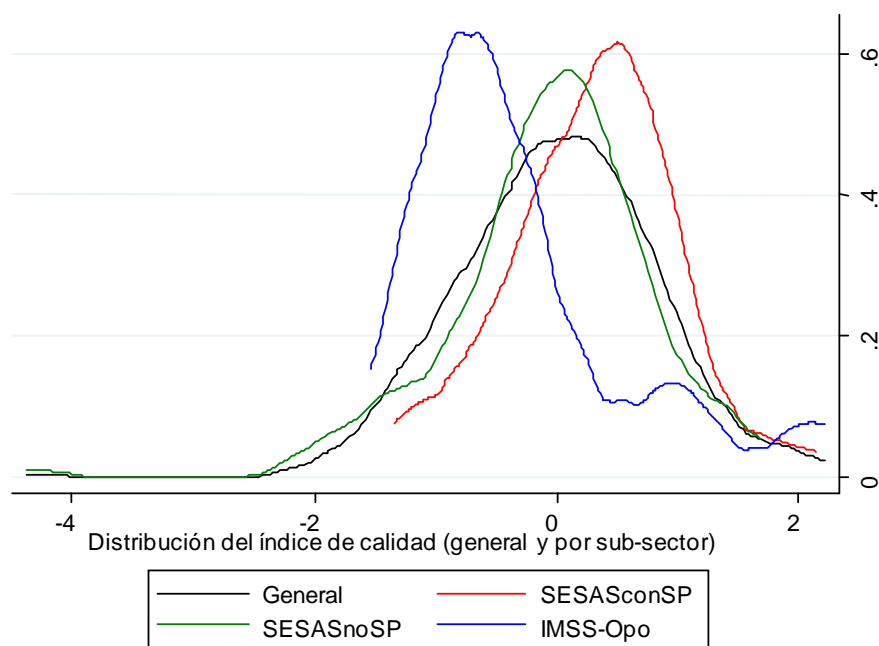
Con relación al índice de calidad estructural generado, en la figura 11 se presenta la distribución del mismo, para el caso general, y por sub-sector. Se analizó a través de pruebas de Kolmogorov-Smirnov la similitud de las distribuciones de acuerdo a los estratos de análisis, rechazando con 95% de confianza la hipótesis de similitud, es decir, la distribución del índice es diferente para los 3 estratos, y sugiere una mayor calidad en las unidades de las SESAS-SP, con los resultados más bajos para las unidades del IMSS-Oportunidades.

Por lo que se refiere a la categorización de las unidades, en el cuadro 14 se muestra para cada estrato. Como se puede observar, de forma consistente con la distribución, el porcentaje de unidades clasificadas con calidad baja es mayor entre las unidades de IMSS-Oportunidades (38% vs 8% y 16% en las unidades SESAS-SP y SESAS-noSP, respectivamente). El porcentaje de unidades clasificadas como con calidad alta es similar en los 3 estratos, en tanto que las SESAS-SP tienen un mayor porcentaje de unidades en la categoría media alta (65%, vs 46% y 17% de SESAS-noSP e IMSS-Oportunidades, respectivamente).

Un resultado interesante es que los porcentajes generales son similares a los observados para el caso rural, lo que indicaría que las condiciones de estructura relativa son similares en ambos ámbitos; esto es, considerando lo que deben tener las unidades, no hay diferencias importantes en lo que encuentran los usuarios en el medio urbano comparado con el rural.

Otro elemento a destacar es que se identificó una mayor calidad estructural entre las unidades acreditadas para el Seguro Popular, lo que sugiere que este mecanismo de estandarización efectivamente propicia un mejoramiento en las condiciones de la atención a los usuarios.

**Figura 11. Distribución del índice de calidad estructural**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009. Las pruebas de igualdad de distribuciones Kolmogorov-Smirnov sugieren que se rechaza la hipótesis de igualdad, es decir, las distribuciones son diferentes para los estratos de análisis

**Cuadro 14. Calidad relativa de las unidades de salud en zonas urbanas, general y por estrato**

Categoría	Todas %	SESAS-SP %	SESAS-noSP %	IMSS-Oportunidades %
Calidad baja	17.80	8.33	15.63	38.46
Calidad media baja	30.30	20.24	33.59	38.46
Calidad media alta	46.59	65.48	46.09	17.31
Calidad alta	5.30	5.95	4.69	5.77

Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

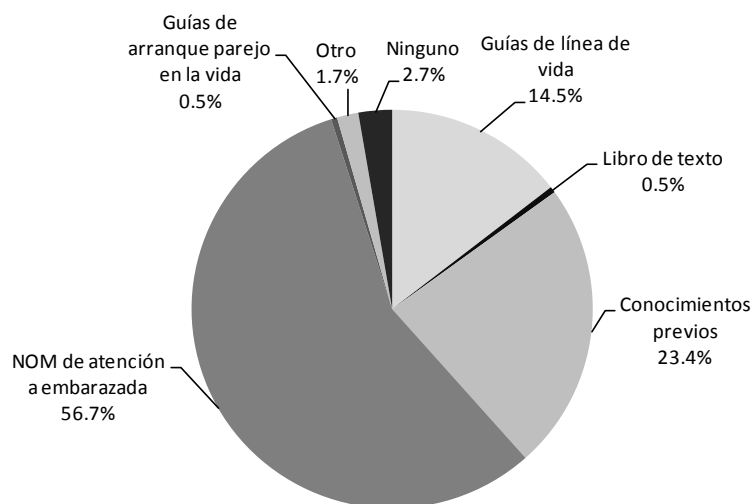
#### 4.2 Calidad de la atención prenatal

Durante el proceso de recolección de información de la Encelurb 2009, y como parte de los cuestionarios para usuarios de los servicios de salud, se obtuvo información de 698 mujeres embarazadas, que en promedio tenían 23.9 años de edad y una escolaridad de

8.5 años. La mayor parte de estas mujeres está casada o vive en unión libre (82.4%). Sólo 7.7% de ellas entiende alguna lengua indígena, 26.5% pertenece a hogares beneficiarios del programa de Oportunidades y 68.2% a familias afiliadas al Seguro Popular.

Asimismo, se obtuvo información de 406 de los médicos que atendieron a estas usuarias entrevistadas. De acuerdo a lo reportado por los médicos, 21.2% de las pacientes mencionaron algún problema de salud o complicación del embarazo como razón para acudir a consulta, mientras que 78.2% acudió para control prenatal de rutina. Respecto a la información, protocolo o guía utilizada para la atención de la paciente, 56.7% de los médicos reportaron haber seguido la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, 23.4% mencionó haberse basado en sus conocimientos previos, y 14.5% en las guías de línea de vida (figura 12). Adicionalmente se constató que aproximadamente 80% de las pacientes que asistieron a control prenatal cuenta con expediente en la clínica a la que acudió.

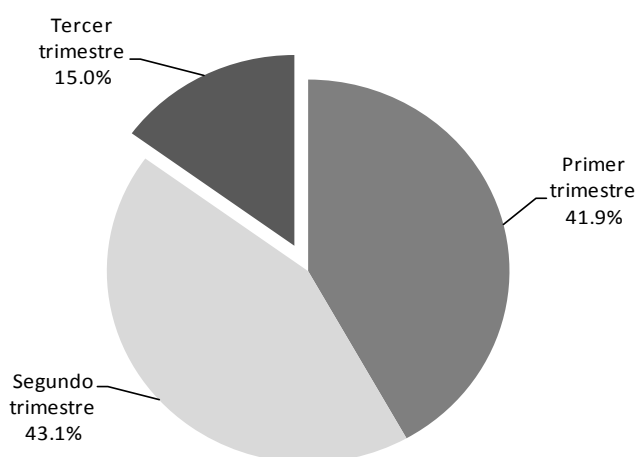
**Figura 12. Información, protocolo o guía utilizada por el médico para la atención de la paciente**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

Aproximadamente 56% de las mujeres dijeron que su embarazo fue planeado. De un total de 160 mujeres que asistían a su primera visita prenatal, 41.9% se hallaba en el primer trimestre del embarazo, 43.1% en el segundo y 15% en el tercero (figura 13). Es decir que las mujeres que inician tarde la atención prenatal son un porcentaje menor.

**Figura 13. Distribución de mujeres en su primera visita prenatal por trimestre de embarazo**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.



El promedio de visitas prenatales entre mujeres que se encontraban en el tercer trimestre del embarazo fue de 5.4 visitas en un rango de 1 a 20 visitas, lo que muestra que en promedio las mujeres cumplen por lo menos con el número mínimo de visitas prenatales recomendado en las guías generales de atención del embarazo que promueve el Programa Oportunidades (cinco visitas). Al dividir la muestra en mujeres con derecho a *Oportunidades* o Seguro Popular y mujeres sin acceso a estos programas, se encontró que el promedio de visitas en el tercer trimestre de embarazo es de una visita menos para el grupo sin acceso a los programas (4.5 visitas) en relación con el grupo que cuenta con al menos uno de ellos (5.7 visitas). Cuando se divide la muestra por los estratos planteados para el análisis, es decir servicios estatales de salud acreditados para proveer atención del Seguro Popular (SESAS-SP), servicios estatales de salud no acreditados (SESAS-noSP) y servicios de IMSS-Oportunidades, la media de la visitas prenatales es de 5.4, 5.2 y 6.1 visitas prenatales respectivamente, lo que sugiere un mayor monitoreo del embarazo en los servicios de IMSS-Oportunidades.

#### **4.2.1 Procedimientos realizados por médicos durante las visitas prenatales**

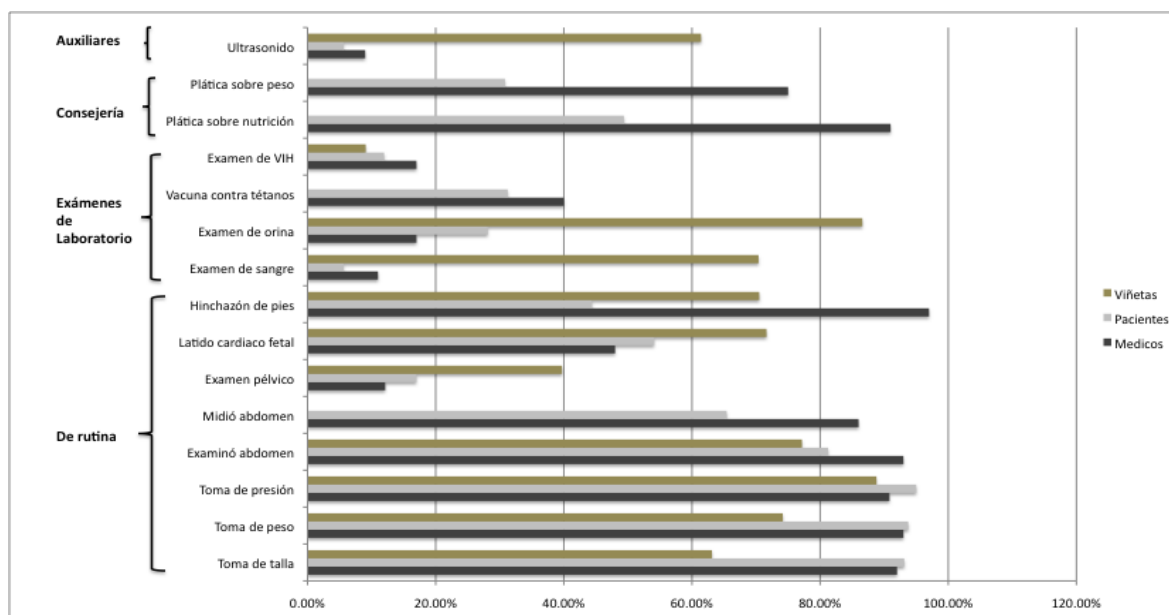
##### **4.2.1.1 Procedimientos realizados en la primera visita prenatal**

Al revisar la realización de procedimientos básicos en la primera visita prenatal entre médicos y pacientes, se observó que los pacientes señalan con menor frecuencia, en relación con médicos, la realización de procedimientos vinculados con consejería (pláticas sobre peso y nutrición), exámenes de laboratorio (sanguíneo y VIH), la aplicación de la vacuna contra tétanos, el ultrasonido y algunos procedimientos regulares, como la medición y examen del abdomen, el examen de mama y la hinchazón de los pies. Al analizar la frecuencia con la que se dice llevar a cabo ciertos procedimientos entre médicos, se advirtió que la práctica de exámenes de laboratorio, como examen de orina, examen de sangre y examen para detección de VIH, son poco frecuentes (menos de 20%), así como algunos procedimientos regulares, como el examen pélvico y de mama. Lo mismo sucede con la vacuna contra tétanos, que tiene una frecuencia menor de 50% en cualquiera de los dos casos (pacientes y médicos) (figura 14). Adicionalmente, a través de los viñetas clínicas los médicos reportan el uso aún mayor de exámenes de laboratorio, principalmente de análisis de orina, sangre y de ultrasonido (respectivamente 86.59%, 70.39% y 61.42%) en su respuesta al caso ficticio. El uso mayor de ultrasonido se puede atribuir en parte al hecho de que el caso de la viñeta clínica es para una mujer

en su último trimestre del embarazo, examen que normalmente no se hace en el primer trimestre.

Es importante resaltar dos aspectos. Por un lado, la elevada frecuencia de las acciones regulares como la medición de peso, talla y presión arterial, para las que tanto médicos como pacientes notifican su realización en más de 90% de las veces. Cabe señalar que las pacientes informan la práctica de tales procedimientos con mayor frecuencia que los médicos, pero esto puede deberse a que en algunos casos es la enfermera quien realizó el procedimiento y no el médico. En contraste, los médicos señalan una alta frecuencia sobre la revisión de pies para detectar hinchazón y el otorgamiento de información sobre nutrición y peso (97%, 91% y 75% de los médicos respectivamente), mientras que los pacientes lo hacen en menos del 50% de los casos. Esto es relevante porque la presencia de mala nutrición y obesidad tiene claras implicaciones que al final pueden influir en la mortalidad y morbilidad maternas y neonatal. Al respecto, cabe resaltar que el otorgamiento de información sobre el peso promedio de las mujeres durante el embarazo así como aspectos relacionados con su nutrición debería ser información otorgada de manera rutinaria durante el embarazo, con el propósito de garantizar el desarrollo de un embarazo saludable. En este punto, la discrepancia entre los médicos y los pacientes lleva a poner en duda las respuestas de los médicos acerca de los procedimientos que reportan realizar durante el seguimiento prenatal.

**Figura 14. Reporte de los procedimientos realizados en la primera visita prenatal, según médicos y pacientes**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos reportados del Cuestionario de Unidades de Atención de la Encuesta de las Características de los Hogares Urbanos 2009.

#### **4.2.1.2 Procedimientos realizados en las visitas prenatales subsecuentes**

En general la distribución del promedio de visitas prenatales de acuerdo con el trimestre de embarazo para las mujeres que asistieron a alguna visita subsecuente es de dos en el primer trimestre, tres en el segundo y cerca de seis en el tercero.

En esta sección se informan los procedimientos señalados por médicos y pacientes correspondientes a visitas prenatales subsecuentes. Para ello se eligieron las respuestas de pacientes sobre el reporte de procedimientos que les fueron realizados durante visitas prenatales subsecuentes y el reporte de los médicos sobre los procedimientos efectuados en las visitas subsecuentes o en alguna previa (también subsecuente).

Al igual que en la sección anterior, el porcentaje de pacientes que señala la realización de procedimientos vinculados con consejería sobre nutrición y peso y algunos procedimientos regulares como son la medición y examen del abdomen, el examen de mama y la revisión de los pies para detectar hinchazón durante la atención prenatal en visitas subsecuentes es menor que la reportada por médicos. Cabe resaltar que la revisión de mama se realiza regularmente sólo una vez durante el embarazo. Entre los procedimientos de atención prenatal en los que en menos del 50% de la muestra de médicos se señala haber realizado figuran el ultrasonido, exámenes de sangre, orina y VIH, examen pélvico y de mama así como la aplicación de la vacuna contra tétanos. No obstante, con excepción del examen de mama, en los procedimientos anteriores las pacientes indican una frecuencia de realización mayor a la de los médicos, lo que podría explicarse si el procedimiento les haya sido realizado en visitas prenatales anteriores por un médico diferente<sup>1</sup> (figura 14).

Entre las intervenciones que tienen un papel fundamental para la identificación de embarazos de alto riesgo son aquellos procedimientos para reconocer preclampsia, entre ellos la toma de TA, el examen de orina y verificación de hinchazón en pies y piernas, los cuales de acuerdo al reporte de las mujeres (esta información difiere considerablemente con la reportada por los médicos cuando la información se analiza en los diferentes trimestres del embarazo) se realizan con baja frecuencia en cualquiera de los 3 trimestres de embarazo, aunque dicha verificación va aumentando conforme el embarazo avanza. Además, es importante subrayar la baja frecuencia con la que se toman muestras de sangre en cualquiera de los trimestres (tanto en lo reportado por pacientes como por

---

<sup>1</sup> A las pacientes se les preguntó sobre la realización de los procedimientos durante la visita o en visitas previas de su embarazo independientemente del médico que los efectuó, por su parte a los médicos se les cuestionó sobre la realización de los procedimientos en la consulta o en consultas previas pero de la misma paciente.

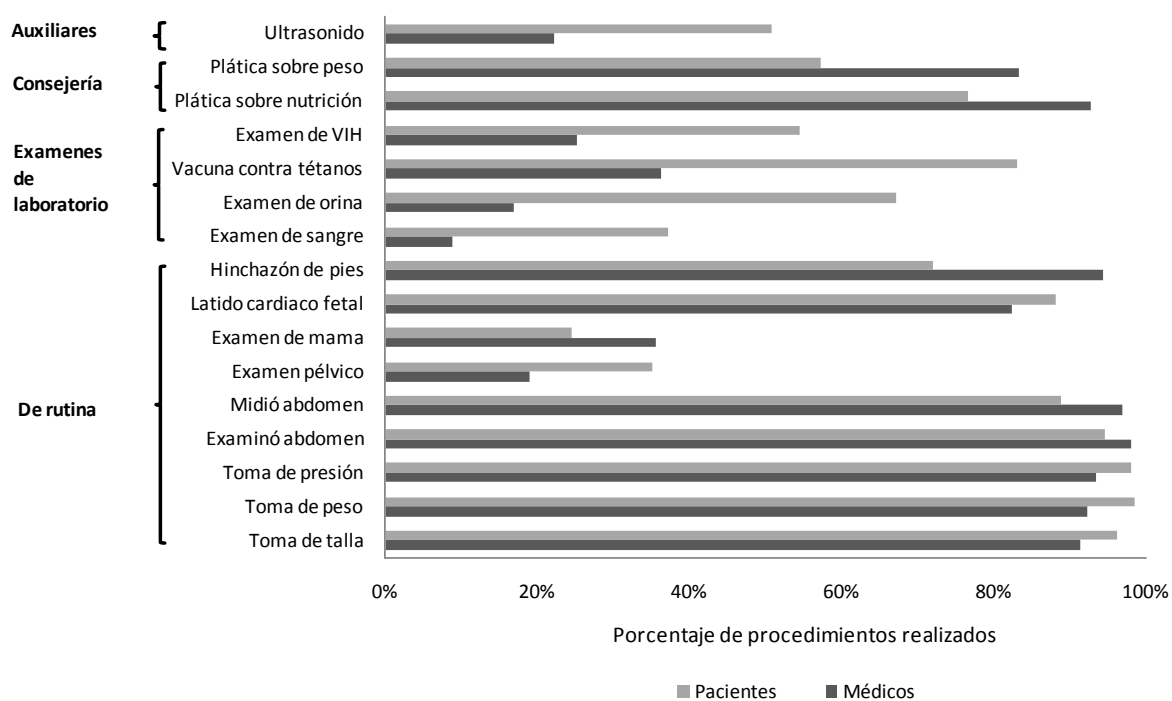
médicos), procedimiento que es necesario realizar para saber el hematócrito para la identificación el reconocimiento de anemia durante el embarazo, y que es un problema común entre mujeres de zonas de bajos recursos.

Al dividir la muestra por tipo de unidad médica el patrón de reporte de los procedimientos realizados en visitas subsecuentes reportados por médicos y pacientes es similar en relación a la muestra total. En general los procedimientos de rutina son reportados con alta frecuencia en todos los tipos de unidades y tanto entre médicos y pacientes. Únicamente dos tipos de procedimientos el examen pélvico y examen de mama son realizados con menor frecuencia en todos los casos. Específicamente el examen pélvico es un procedimiento que es reportado con muy baja frecuencia por los médicos en unidades de IMSS-Oportunidades (cuadro 15).

En general los exámenes de laboratorio son realizados con menor frecuencia comparados con los procedimientos de rutina. Sin embargo, el reporte de la realización de dichos procedimientos de acuerdo a los médicos es considerablemente más baja con respecto a los que reportan los pacientes. La frecuencia en la realización de los exámenes de laboratorio es considerablemente baja; específicamente los exámenes de sangre y orina tienen una muy baja frecuencia en su realización de acuerdo a lo que reportan los médicos en unidades de la SA. En contraste estos exámenes son reportados con más frecuencia entre los pacientes en cualquier tipo de unidad de salud. Esto puede estar relacionado con el hecho de que los médicos no realizan el procedimiento sólo lo podrían estar prescribiendo en la consulta (cuadro 15).

Con respecto a los procedimientos de consejería no se encontraron diferencias importantes en la realización de dichos procedimientos por tipo de unidad. Se reporta la realización de pláticas sobre nutrición, cuyo reporte es de mayor frecuencia entre médicos que entre pacientes, en relación con las pláticas sobre peso. Finalmente los procedimientos auxiliares, específicamente el ultrasonido, son realizados con baja frecuencia en cualquiera de las unidades de salud reportadas tanto por médicos como por pacientes.

**Figura 15. Reporte de los procedimientos realizados en visita subsecuente de atención prenatal, según médicos y pacientes**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

**Cuadro 15. Reporte de los procedimientos realizados en visita subsecuente de atención prenatal, según médicos y pacientes por tipo de centro de atención**

Procedimiento	Reporte													
	Médicos						Pacientes							
	Total N= 306	SESAS-SP N= 101	SESAS-No SP N= 163	IMSS Oportunidades N= 42	a	b	c	Total N= 538	SESAS-SP N= 163	SESAS-No SP N= 275	IMSS Oportunidades N= 100	a	b	c
<b>De rutina</b>														
Toma de talla	91.50%	95.05%	88.34%	95.24%	*			96.28%	96.93%	95.64%	97.00%			
Toma de peso	92.48%	95.05%	90.18%	95.24%				98.70%	99.39%	97.82%	100.00%			
Toma de presión	93.46%	95.05%	92.02%	95.24%				98.14%	97.55%	97.81%	100.00%			
Examinó abdomen	98.04%	96.04%	98.77%	100.00%				94.79%	94.48%	93.45%	98.99%	*		**
Midió abdomen	97.06%	96.04%	96.93%	100.00%				88.83%	90.80%	85.77%	94.00%			**
Examen pélvico	19.08%	21.21%	20.86%	7.14%	*	**		35.16%	36.48%	32.10%	41.41%			*
Examen de mama	35.62%	32.67%	32.52%	54.76%	**	***		24.44%	23.31%	20.80%	36.36%	**		***
Latido cardiaco fetal	82.35%	83.17%	80.98%	85.71%				88.29%	88.96%	85.09%	96.00%	*		***
Hinchazón de pies	94.44%	95.05%	92.64%	100.00%				72.07%	70.55%	68.25%	85.00%	***		***
<b>Exámenes de Laboratorio</b>														
Examen de sangre	8.82%	2.97%	10.43%	16.67%	**	***		37.20%	42.86%	35.04%	34.00%			
Examen de orina	16.99%	9.90%	18.40%	28.57%	*	***		67.16%	70.99%	65.69%	65.00%			
Vacuna contra tétanos	36.18%	28.71%	38.51%	45.24%	*			83.24%	88.34%	81.39%	80.00%	*	*	
Examen de VIH	25.25%	18.81%	25.93%	38.10%	**			54.43%	56.88%	56.25%	45.45%	*	*	
<b>Consejería</b>														
Plática sobre nutrición	92.81%	97.03%	90.18%	92.86%	**			76.64%	77.78%	71.17%	89.90%	**		***
Plática sobre peso	83.33%	93.07%	76.69%	85.71%	***			57.20%	64.20%	46.55%	75.51%	***	*	***
<b>Auxiliares</b>														
Ultrasonido	22.30%	20.79%	23.46%	21.43%				50.84%	48.45%	51.27%	53.54%			

a: Diferencia de medias entre SESAS-SP y SESAS-no SP

b: Diferencia de medias entre SESAS-SP y IMSS-Oportunidades

c: Diferencia de medias entre SESAS-no SP y IMSS-Oportunidades

Para la diferencia de medias se efectuó una prueba Chi cuadrada y en los casos en que hubo alguna categoría con menos de 5 observaciones una prueba exacta de Fisher

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

#### 4.2.2 Información investigada por médicos en la primera visita prenatal

La información básica que un proveedor de salud debe investigar en la primera visita prenatal de una paciente embarazada es clave para tomar decisiones sobre el tipo de seguimiento que debe efectuarse, e incluso la clasificación del embarazo (normal o de alto riesgo). El grupo de preguntas básicas realizadas en la primera visita prenatal que se verificó entre proveedores de salud y pacientes se enfoca en los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes, la sintomatología que ha presentado durante el embarazo, el uso de medicamentos y los estilos de vida de la mujer. Cuando se analiza la frecuencia en la indagación de esta información se encontró que en todos los casos los médicos reportan una frecuencia mayor en la información investigada que las pacientes. Las preguntas que los médicos realizan con menor frecuencia, de acuerdo a lo reportado por

las pacientes, se refieren al posible contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual (incluyendo VIH); antecedentes de problemas del corazón e hígado; realización de examen Papanicolaou; presencia de síntomas como fiebre, cansancio, hinchazón de piernas, sangrado, pérdida de peso, náusea o vómito y presión alta; uso de anticonceptivos y método de planificación familiar posparto; alergia a medicamentos; hábito de fumar e ingesta de bebidas alcohólicas (cuadro 16).

De este grupo de preguntas destacan, por su baja frecuencia tanto en médicos como en pacientes las que se enfocan en averiguar los antecedentes de enfermedades del corazón e hígado, la realización de examen Papanicolaou y la presencia de síntomas como fiebre, cansancio y presión alta.

#### **4.2.3 Información registrada en la cartilla prenatal**

La utilización de la cartilla entre mujeres embarazadas es un aspecto clave para el seguimiento adecuado del embarazo, ya que no sólo permite tener el registro de cada una de las intervenciones de salud esenciales a las que la mujer debe tener acceso durante la atención prenatal, sino que también provee información para la atención adecuada de complicaciones de la gestación. A pesar de la importancia del uso de la cartilla, del total de mujeres embarazadas entrevistadas apenas 56.5% señala haber llevado la cartilla prenatal a la consulta, pero además sólo 73.5% de las que llevaron su cartilla manifestó que el médico registró en ella el resultado de la visita. Por su parte 59.2% de los médicos dijo haber anotado en la cartilla los resultados de la consulta prenatal.

Se examinó la cartilla prenatal de las mujeres que la llevaban consigo, encontrando en general que la información clave que debe registrarse (edad de la mujer, número de embarazos, número de partos, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, tipo de sangre, vacuna contra el tétanos, examen de VIH, examen de sífilis, examen de hemoglobina, examen de orina, peso y presión arterial) aparece en dicho documento, con excepción del grupo de procedimientos que supone la realización de exámenes de laboratorio (cuadro 17), como tipo de sangre (54.7%), examen de VIH (34.3%), examen de detección de sífilis (44.7%), examen de hemoglobina (36.2%) y orina (36.4%). De igual forma, se halló que los procedimientos que los médicos mencionaron registrar con menor frecuencia fueron los relacionados con exámenes de laboratorio como detección de VIH (66.5%), orina (70.5%), hemoglobina (74.4%) y detección de sífilis (78%).

**Cuadro 16. Preguntas realizadas por el médico en la primera visita prenatal, según médicos, pacientes, y viñetas clínicas**

Pregunta	Reporte		
	Medicos N=100	Pacientes N=160	Viñetas N=705
<b>Antecedentes ginecoobstétricos</b>			
¿Cuántas veces ha estado embarazada antes?	95.00%	88.13%	84.40%
¿Cuántos mortinatos o abortos ha tenido?	90.00%	79.38%	69.50%
¿En su familia hay antecedentes de problemas genéticos?	79.00%	67.50%	25.67%
¿Le han hecho un papanicolaou?	72.00%	48.75%	66.10%
¿Cuándo fue su última regla?	100.00%	95.00%	89.50%
¿Se ha contagiado con alguna ETS, incluyendo VIH?	82.00%	43.13%	44.26%
¿Ha tenido enfermedades del corazón o hígado?	73.00%	40.00%	34.18%
<b>Sintomas</b>			
¿Presenta sangrado ahora?	86.00%	56.88%	46.10%
¿Ha perdido peso, tenido náusea o vómito?	85.00%	57.50%	37.30%
¿Ha tenido la presión alta?	76.00%	55.97%	65.53%
¿Ha tenido fiebre?	76.00%	41.25%	NA
¿Ha presentado hinchazón de sus piernas?	87.00%	49.38%	NA
¿Ha tenido cansancio?	80.00%	45.63%	NA
¿Tiene algún otro problema de salud actualmente?	90.00%	55.00%	41.70%
<b>Uso de medicamentos</b>			
¿Está tomando medicamentos?	94.00%	77.36%	33.05%
¿Es alérgica a algún medicamento?	89.00%	61.25%	45.53%
¿Ha usado anticonceptivos?	81.82%	55.97%	66.10%
¿Qué método de planificación va a utilizar posparto?	65.00%	37.74%	NA
<b>Estilos de vida</b>			
¿Fuma o ha fumado antes?	85.00%	66.88%	55.74%
¿Toma bebidas alcohólicas o tomó anteriormente?	86.00%	58.13%	54.47%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).



**Cuadro 17. Información registrada por los médicos en la cartilla prenatal**

Información	Reporte		
	Medicos N=239	Cartilla N=394	Viñetas N=705
Edad	96.23%	93.15%	NA
Gravidez (# embarazos)	96.65%	81.42%	84.40%
Paridad (# partos)	92.89%	100.00%	72.48%
Fecha de última menstruación	93.31%	93.65%	89.50%
Fecha probable de parto	93.72%	97.21%	NA
Grupo y Rh	84.87%	54.74%	28.09%
Examen VIH	66.53%	34.29%	9.08%
Examen VDRL	77.97%	44.74%	14.61%
Examen de hemoglobina	74.37%	36.20%	68.37%
Examen de orina	70.46%	36.41%	79.29%
Vacuna contra tétanos	89.87%	79.23%	NA
Peso	99.16%	89.06%	74.18%
Presión arterial	98.74%	83.97%	88.79%

\* El porcentaje con registro de paridad no es confiable, existe la posibilidad de que el encuestador haya registrado cero partos cuando no había registro en la cartilla

\*\*Algunos de estos variables no están disponible por el instrumento de viñetas. No se incluyó en las viñetas la vacuna contra el tétanos como criterio de la visita. Adicionalmente el criterio de fecha probable de parto está incluido en el criterio de FUM. La edad de la paciente fue proporcionado al médico al inicio de la viñeta.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

Cuando se comparó la información que se registra en la cartilla por tipo de unidad de salud se encontró que los médicos de la Secretaría de Salud, tanto de las clínicas acreditadas por el Seguro Popular como de las no acreditadas, dijeron registrar con mayor frecuencia la información de la cartilla en comparación con lo reportado por proveedores de las unidades de salud correspondientes al IMSS-Oportunidades, sobre todo en los procedimientos que implican la realización de exámenes de laboratorio. De igual modo, cuando esto mismo se verifica en las cartillas que verificadas por el encuestador con la paciente, en general se observa que el registro de información es mayor en unidades de atención de la Secretaría de Salud en relación con unidades de IMSS-Oportunidades. Al cotejar el registro de la información registrada en las cartillas entre las unidades de la Secretaría de Salud acreditadas y no acreditadas por el Seguro Popular, se tiene que las primeras tienen ligeramente una mayor frecuencia del registro de información (cuadro 19). El cuadro 18 muestra que las mujeres atendidas en unidades de IMSS-Oportunidades

tienen sin duda un menor registro de los procedimientos contenidos en la cartilla prenatal, sobre todo en los procedimientos que implican la realización de exámenes de laboratorio.

**Cuadro 18. Información registrada por los médicos en la cartilla prenatal por tipo de centro de atención**

Información	Reporte **					
	Médicos			Cartilla		
	SESAS - SP <b>N=84</b>	SESAS - No SP <b>N=131</b>	IMSS Oportunidades <b>N=24</b>	SESAS - SP <b>N=130</b>	SESAS - No SP <b>N=193</b>	IMSS Oportunidades <b>N=71</b>
Edad	95.24%	97.71%	91.67%	98.46%	92.75%	84.51%
Gravidez (# embarazos)	94.05%	98.47%	95.83%	86.15%	85.42%	61.97%
Paridad (# partos)	91.67%	95.42%	83.33%	100.00% *	100.00% *	100.00% *
Fecha de última menstruación	91.67%	96.95%	79.17%	93.85%	95.85%	87.32%
Fecha probable de parto	92.86%	96.95%	79.17%	97.69%	98.96%	91.55%
Grupo y Rh	85.71%	85.38%	79.17%	60.16%	59.14%	31.82%
Examen VIH	72.62%	64.34%	56.52%	41.41%	33.16%	23.88%
Examen VDRL	79.76%	77.52%	73.91%	50.00%	44.09%	36.36%
Examen de hemoglobina	75.00%	74.81%	69.57%	40.31%	36.70%	26.87%
Examen de orina	75.00%	67.69%	69.57%	37.69%	38.74%	27.54%
Vacuna contra tétanos	90.48%	89.15%	91.67%	83.72%	74.21%	84.51%
Peso	98.81%	99.24%	100.00%	94.62%	89.58%	77.46%
Presión arterial	98.81%	99.24%	95.83%	90.77%	89.58%	56.34%

\* El porcentaje con registro de paridad no es confiable, existe la posibilidad de que el encuestador haya registrado cero partos cuando no había registro en la cartilla.

\*\* Para los médicos se reporta lo que dijeron haber registrado en la cartilla, para los pacientes se reporta lo que el entrevistador verificó en la cartilla.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

Al contrastar el registro de la información en la cartilla entre mujeres beneficiarias de Oportunidades y mujeres afiliadas al Seguro Popular, se observó que las pacientes que únicamente cuentan con el beneficio de Oportunidades tienen una menor frecuencia de información y procedimientos registrados en la cartilla, incluso al compararlas con mujeres que no tienen acceso a ningún programa. Por el contrario, las mujeres que están afiliadas al Seguro Popular pero que no tienen el beneficio de Oportunidades tienen por lo general una frecuencia mayor de procedimientos registrados (cuadro 19). Particularmente es necesario destacar que las mujeres que tienen sólo Oportunidades tienen muy bajo registro de exámenes que indican el grupo y Rh, exámenes de VIH, VDRL, hemoglobina y orina registrados en su cartilla prenatal comparado con el grupo de mujeres que tienen sólo Seguro Popular.

Adicionalmente, de las 394 pacientes que respondieron haber llevado su cartilla prenatal se les cuestionó sobre la realización del examen Papanicolaou, a lo que 24.7% respondió haberse realizado alguna vez el examen en esa clínica y 47.7% dijo saber con qué periodicidad debía realizarse el examen.

**Cuadro 19. Comparación de información registrada en la cartilla prenatal entre beneficiarios de Oportunidades y Seguro Popular**

Información	Reporte **			
	Cartilla			
	Sólo Oportunidades N=38	Sólo Seguro Popular N=208	Ambos N=77	Ninguno N=71
Edad	86.84%	94.23%	93.51%	92.96%
Gravidez (# embarazos)	65.79%	86.47%	74.03%	83.10%
Paridad (# partos)	100.00% *	100.00% *	100.00% *	100.00% *
Fecha de última menstruación	84.21%	96.15%	89.61%	95.77%
Fecha probable de parto	86.84%	98.56%	96.10%	100.00%
Grupo y Rh	17.14%	63.73%	53.33%	49.25%
Examen VIH	20.00%	36.27%	39.19%	30.43%
Examen VDRL	23.53%	50.98%	43.24%	38.24%
Examen de hemoglobina	22.22%	44.39%	28.38%	27.54%
Examen de orina	18.92%	41.06%	35.53%	32.86%
Vacuna contra tétanos	76.32%	81.16%	81.58%	72.46%
Peso	76.32%	91.79%	85.71%	91.55%
Presión arterial	60.53%	91.79%	75.32%	83.10%

\* El porcentaje con registro de paridad no es confiable, existe la posibilidad de que el encuestador haya registrado cero partos cuando no había registro en la cartilla.

\*\* Para los médicos se reporta lo que dijeron haber registrado en la cartilla, para los pacientes se reporta lo que el entrevistador verificó en la cartilla.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

#### **4.2.4 Dimensiones de la calidad técnico médico para la atención prenatal, parto y posparto**

A través del uso de las viñetas clínicas se analizó la capacidad técnica de los médicos para la atención prenatal, presentando un caso estandarizado por escrito al cual el proveedor encargado en la unidad de salud debía analizar en 3 etapas: una visita prenatal para una mujer con 37 semanas de gestación, presentando signos y síntomas de preeclampsia; un caso de manejo de un parto para esta misma mujer, indagando específicamente acerca de acciones que haría el médico en caso de alguna hemorragia; y

finalmente el caso de una visita posparto de la mujer a 11 días de haber nacido su bebé. Un total de 705 médicos completaron todas las secciones de la viñeta clínica.

Las calificaciones resultantes consisten en un porcentaje calculando la proporción de acciones que el médico haría del número de criterios pre-establecidos por el caso. Estas calificaciones son presentados de forma global y para cada dominio de la visita prenatal, y por cada etapa del parto, y finalmente una calificación de la visita posparto. También se analizaron los niveles de uso de ciertas intervenciones específicos, como el uso de sulfato de magnesio y oxitocina después del alumbramiento de la placenta para informar acerca de la prevalencia de estas prácticas basadas en evidencia.

#### **4.2.4.1 Visita Prenatal**

Para estimar la calidad de atención, se calcularon calificaciones crudas dividiendo el número de respuestas correctas entre el número total de criterios para la atención a este tipo de paciente. La calificación promedio para la visita prenatal fue de 47.5% (de 15.44) como se muestra en el cuadro 20.

Resalta el poco uso de laboratorios como método de diagnóstico, siendo que resulta necesario para el diagnóstico adecuado de pre-eclampsia. De los médicos, 70.5% dijo que revisarían por edema, 71.63% escucharía el foco fetal, 79.29% mandaría una análisis de orina, 32.34% haría una tira reactiva por proteinuria; 86.59% de la muestra indicaron que ordenaría algún laboratorio que podría detectar proteinuria. La mayoría de los médicos (91.91%) pudo identificar correctamente el caso de pre-eclampsia (excluyendo una estimación de la gravedad de la condición).

Finalmente, la mayoría de los médicos tuvieron un manejo correcto con respecto a la decisión de referir a la paciente (81.99%). Se preguntó a los médicos cuales acciones esperarían que hiciera el especialista al cual estaban refiriendo a su paciente. De los médicos, 27.8% mencionó correctamente el monitoreo madre/ bebe, 52.77% mencionó la provisión de tratamiento antihipertensivo, y únicamente 8.51% mencionó el uso de sulfato de magnesio.

Como se observa en el cuadro 21, no parece haber diferencias en los resultados de las viñetas con relación a la tipología de los proveedores.<

**Cuadro 20. Desempeño en viñeta prenatal  
Médicos  
(n=705)**

<i>Dominio</i>	%	DE
Historia	51.0	22.9
Examen	69.3	22.4
Laboratorio	31.7	16.1
Diagnóstico	71.1	27.0
Tratamiento	21.7	13.0
<b>Calificación total</b>	<b>47.5</b>	<b>13.0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

**Cuadro 21. Calificaciones globales de la viñeta de atención prenatal, por tipo de proveedor**

	N	Calificación Total Viñeta Prenatal	DS
Médico de Base (general)	454	42.8	15.1
Médico de Base (especialista)	15	37.2	9.4
MPSS	21	37.9	15.6
Médico eventual	66	44.4	14.3
Médico residente	20	43.8	18
Médico de Honorarios	28	49.5	15.1
Otros médicos	105	45.4	13.6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

#### 4.2.4.2 Atención al parto

Para estimar la capacidad de los proveedores de manejar un parto espontáneo con una complicación común de hemorragia, se extendió la viñeta de la visita prenatal para contemplar la etapa del nacimiento. Se analizó cómo los proveedores atenderían un parto, si realizan un manejo adecuado de la tercera etapa del embarazo, y cómo tratarían una hemorragia. El desempeño a la atención del parto fue menor que para el caso de monitoreo, con una calificación promedio de 27%; una explicación para este resultado es que en estas unidades no necesariamente se atienden partos, aunque se esperaría que por la formación general de los médicos, estuvieran capacitados para realizarlos en caso necesario (cuadro 22).

**Cuadro 22. Desempeño en viñeta de parto**  
**Médicos**  
(n=705)

<i>Dominio</i>	%	DE
Manejo del parto	32.7	19.4
Manejo de los medicamentos	23.0	27.0
Tercera fase (parto normal)	32.4	30.0
Hemorragia	19.7	19.6
TOTAL	26.95	

Entre los médicos, 78.58% reportó evaluar signos vitales, 75.6% mencionó atender el parto (posición, limpieza, etc.), y 56.74% monitoreo del foco fetal. Alrededor de 41.4% mencionaron tomar medidas específicas para la atención del recién nacido. Se preguntó específicamente acerca del manejo de la placenta después del parto; la evidencia clínica recomienda el manejo activo de la tercera etapa, la cual está compuesta por el uso de oxitocina, masaje del uterino y tracción del cordón umbilical. Casi ningún proveedor cumplió con la realización del paquete de estas tres intervenciones: 16.3% mencionó usar oxitocina, 34.75% mencionó hacer un masaje uterino, y únicamente 40% mencionó tracción sobre el cordón. Un total de 38.58% haría una limpieza uterina, y solo 46.81% evaluaría la integridad de la placenta post-expulsión.

Con relación al manejo de la hemorragia posparto, 76.6% indicó que prepararían a la mujer para ser transferida al hospital, 46.52% de los médicos mencionó usar oxitocina, 29.93% mencionó hacer un masaje uterino, 27.38% tomaría signos vitales, 9.36% consideraría una transfusión de sangre, 37.87% haría una revisión de la cavidad uterina y 25.82% revisaría por laceraciones o desgarros en ese momento. Casi 24.68% utilizaría ergotrate, un medicamento contraindicado para una mujer con pre-eclampsia.

#### **4.2.4.3 Visita posparto**

Finalmente, la viñeta abordó las acciones a llevar a cabo durante una visita posparto once días después del nacimiento. Los resultados se encuentran en el cuadro 23. Mientras la mayoría haría un examen general adecuado para una paciente que tuvo preeclampsia (88.94%), y preguntaría por aspectos del sangrado (74.61%), menos de la mitad mencionaron dar consejería sobre lactancia (47.23%), signos y síntomas de mastitis (26.81%) y sobre actividad en general (36.45%). En promedio, la calificación total para esta sección fue de 46%.

**Cuadro 23. Calidad técnico-médico en la visita posparto  
Médicos  
(n=705)**

	%	DE
Examen general (revisión de peso, tensión arterial y/o hinchazón de los pies)	88.94	
Revisión de mamas	36.60	
Revisión de episiotomía o desgarro	44.96	
Consejería sobre lactancia	47.23	
Consejería sobre signos y síntomas de mastitis	26.81	
Consejería sobre dieta	36.45	
Consejería sobre actividad en general y re-comienzo de vida sexual	36.45	
Revisar hemoglobina	29.22	
Preguntar sobre cantidad y características de sangrado/flujo	74.61	
Recetar multivitamínico	28.79	
<b>Visita postparto (calificación total)</b>	<b>46.0</b>	<b>22.3</b>

#### 4.2.4.4 Acceso a medicamentos y vitaminas

Se preguntó a las mujeres embarazadas sobre la ingesta de medicamentos y vitaminas durante la semana previa a su consulta. Particularmente para las mujeres que acudieron a una visita subsecuente de atención prenatal se encontró que 60.2% tomó ácido fólico y 45.9% tomó hierro durante la semana anterior a su visita. Por su parte, las mujeres que asistieron a su primera visita prenatal también tomaron estos complementos de forma significativa durante los siete días anteriores a su visita, aunque en una proporción menor (46.3% ácido fólico y 22.5% hierro).

Respecto a los medicamentos administrados o recetados durante la visita prenatal, 82.5% de las mujeres que acudieron a su primer visita dijo que el médico le recetó algún medicamento, mientras que 70.8% de las mujeres que acudieron a una visita subsecuente indicó que le fue prescrito algún medicamento<sup>2</sup>.

De las 160 mujeres en su primera visita prenatal a 65.6% le fue recetado ácido fólico y a 57.5% pastillas de hierro. De ellas 8.6% no consiguió el ácido fólico en la clínica y

<sup>2</sup> Los medicamentos recetados con mayor frecuencia durante las consultas de atención prenatal fueron ácido fólico, hierro y antibióticos.

12.9% no consiguió el hierro. De las mujeres que si accedieron al medicamento en la clínica ninguna dijo haber pagado por éste.

Al analizar el acceso al ácido fólico y al hierro por tipo de unidad de atención, entre las pacientes que mencionaron haber asistido a su primera visita prenatal, se encontró que la proporción de pacientes a las cuales se les recetó ácido fólico y hierro y que asisten a unidades de salud de la Secretaría de Salud tanto en unidades acreditadas por el SP como no acreditadas fue menor en comparación con las mujeres que asisten a unidades de salud de IMSS-Oportunidades. Mientras que en unidades de salud no acreditadas por el SP de la Secretaría de Salud 64.20% y 50.63% de las mujeres mencionan les fue prescrito ácido fólico y hierro respectivamente y en unidades no acreditadas de 66.15% y 63.08% de las mujeres mencionan haberles sido recetado ácido fólico y hierro respectivamente; en las unidades del IMSS-Oportunidades dichas proporción aumenta a 71.43% tanto para ácido fólico como para hierro (cuadro 24).

Con respecto al abasto de medicamentos parece haber un patrón similar. La proporción de mujeres que menciona haber conseguido el ácido fólico y el hierro en las clínicas de salud de la SS no acreditadas por el SP es de 96.15% y 97.80% respectivamente y en las clínicas de la SS acreditadas es menor de 76.74% y 78.05% respectivamente. En contraste, el 100% de las mujeres que asisten a clínicas de IMSS-Oportunidades mencionó que tanto el ácido fólico como el hierro les fueron proporcionados en la clínica (cuadro 24). Así, las mujeres atendidas en unidades de IMSS-Oportunidades parecería tienen mejor información y acceso al ácido fólico y hierro en comparación a las unidades de salud de la SS.

**Cuadro 24. Acceso a vitaminas recetadas durante la primera visita prenatal por tipo de centro de atención**

Medicamento:	Ácido Fólico			Hierro		
	SESAS - SP N=65	SESAS - No SP N=81	IMSS Oportunidades N=14	SESAS - SP N=65	SESAS - No SP N=81	IMSS Oportunidades N=14
Le fue recetado en la consulta	66.15%	64.20%	71.43%	63.08%	50.62%	71.43%
Lo consiguió en la clínica	76.74% *	96.15% *	100.00% *	78.05% *	87.80% *	100.00% *

\* Porcentaje de las pacientes a quienes les fue recetado el medicamento que sí lo consiguieron en la clínica

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).



#### **4.2.4.5 Acceso a métodos anticonceptivos**

Para analizar el acceso a los métodos anticonceptivos se utilizó una muestra de 210 mujeres en edad reproductiva (15–49 años) que señalaron no estar embarazadas y que en su mayoría asistieron a la clínica de salud por razones relacionadas con problemas metabólicos (96.2%): del total de mujeres no embarazadas entre 15 y 49 años señalaban tener sólo diabetes alrededor del 50.0%, sólo hipertensión cerca del 38.1% y ambas (diabetes e hipertensión) 8.1%. La edad promedio de estas mujeres es de 42 años, con una desviación estándar de 6.1 años. El promedio de escolaridad de estas mujeres es más bajo que el de las mujeres embarazadas (5.6 años). La mayor parte de estas mujeres está casada o en unión libre (78.1%) y 10.5% de ellas entiende alguna lengua indígena. Por último, 53.3% de estas mujeres menciona tener el beneficio de Oportunidades, 66.2% tiene la protección del Seguro Popular y 17.6% no tiene afiliación con ningún programa. De las mujeres casadas o en unión libre sólo 18.9% señaló que utilizaba algún método anticonceptivo, mientras que 2.1% de las mujeres que no están casadas o unidas señaló utilizar algún anticonceptivo

De esta sub-muestra la proporción de mujeres que reportaron estar usando algún método anticonceptivo fue del 15.2% (entre las mujeres casadas dicho porcentaje sube a 18.9%). Entre las mujeres que reportaron estar usando algún método, la mayor proporción mencionó estar esterilizada (64.5%), lo que corresponde a la característica fundamental de este grupo de mujeres, cuyo promedio de edad se encuentra alrededor de los 40 años; en segundo lugar, 16.1% dijeron utilizar el condón; en tercer lugar, dispositivo intrauterino (DIU, 9.7%) y en cuarto lugar (6.5%) las pastillas anticonceptivas (figura 16). Independientemente del método utilizado, la mayoría refiere haberlo obtenido en la SS (63.3%) o en el IMSS (26.67%). Además 77.8% de las mujeres que utilizan algún método dijo haberlo obtenido sin costo. Cabe destacar que del total de mujeres de la muestra prácticamente ninguna señaló sentirse presionada por algún médico o enfermera para usar algún método anticonceptivo.

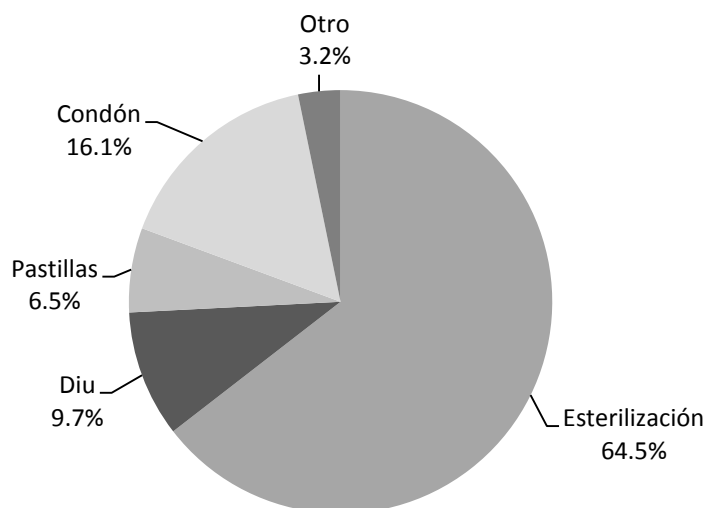
La edad avanzada de estas mujeres, además de las condiciones médicas que presentan, hace que los riesgos de salud de este grupo sean mayores debido, por un lado, a la presencia de embarazos no deseados y, por otro, a la morbilidad y mortalidad vinculadas con este tipo de embarazos. La prevalencia del uso de anticonceptivos entre este grupo de mujeres es menor al promedio nacional.<sup>3</sup> Si se consideran los riesgos

---

<sup>3</sup>Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. [http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/modules/news/bv\\_sr/news\\_0006.html](http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/modules/news/bv_sr/news_0006.html)

obstétricos entre estas mujeres es relevante tomar en cuenta que el acceso de estas mujeres a los anticonceptivos no está adecuadamente cubierto.

**Figura 16. Distribución de las mujeres que usan anticonceptivos por tipo de método**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

### 4.3 Calidad de la atención a niños

Con relación al análisis sobre la calidad de la atención a niños enfermos, en primer lugar, se describen los resultados de los indicadores de forma global y por proveedor de salud (médico o enfermera). Los indicadores que se reportan de forma global tuvieron un abordaje especial debido a que, como se comentó antes, se tenía información de la atención brindada a pacientes vistos por un solo proveedor (médico o enfermera) y además la información de la atención a pacientes que fueron vistos por los 2 proveedores de salud (médico y enfermera). Los indicadores que recibieron el abordaje especial fueron el A4, C1, C2 y C4 (cuadro 25) en el caso de los niños enfermos y el indicador 26.1 para el paciente con diagnóstico de niño sano (cuadro 26). El abordaje consistió en considerar, en el grupo de las observaciones con información al respecto del mismo paciente, como acción realizada cuando al menos 1 de los proveedores hubiese reportado la ejecución de la acción definida en el indicador, y, en el grupo de observaciones únicas, simplemente se

consideró si se realizó o no la acción en cuestión. Ahora bien, en cuanto a los resultados de los indicadores por proveedor de salud, los indicadores que permiten medir las acciones llevadas a cabo durante el interrogatorio y evaluación o exploración física (con excepción del indicador A4) y los 2 indicadores que abordan la esfera del tratamiento de niños enfermos (B1 y B2) se limitaron exclusivamente a los médicos. La decisión de hacerlo así fue tomada por 2 razones. Primero, porque tales indicadores pueden considerarse actividades circunscritas, en su mayoría, a la práctica de los médicos por lo que cualquier diferencia que pudiera encontrarse podría explicarse básicamente por tal hecho y no por una diferencia en el desempeño entre ambos proveedores de salud. La segunda razón tiene que ver con el hecho del número reducido de atenciones directas que el personal de enfermería reportó haber realizado a los pacientes: en total, realizaron 13 atenciones de las cuales sólo 4 fueron para niños enfermos. Esta situación provocó contar con un insuficiente número de casos que permitiera realizar comparaciones entre los proveedores de salud. Esta segunda razón aplica también como argumento que valida la decisión de presentar sólo los indicadores por médico para el caso de la capacitación hacia la identificación de los signos de alarma para niños enfermos (C5 y C6) y sanos. En general, los indicadores relacionados con la orientación sí permiten la comparación del desempeño entre proveedores de salud al no ser acciones exclusivas a ningún tipo de proveedor y que, en la práctica, podían ser realizadas por médicos y por enfermeras. Específicamente, los indicadores desagregados por tipo de proveedor fueron los consejos de alimentación brindados y la demostración de cómo suministrar el tratamiento vida suero oral (C1, C2 y C4).

En segundo lugar, los resultados de los indicadores para niño enfermo y del indicador para niño sano se compararon de acuerdo con el subsector al que pertenecían, es decir, SESAS-SP, SESAS-noSP o IMSS-*Oportunidades*. Finalmente, para observar las posibles diferencias se realizaron pruebas estadísticas de ji cuadrada o la prueba exacta de Fisher cuando las celdas a estudiar eran pequeñas.

**Cuadro 25. Indicadores para evaluar calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos**

# Indicador	Definición	Construcción	Fuente de información		
			Cuestionario Médicos	Cuestionario Enfermera	Entrevista de salida
<b>A Interrogatorio y evaluación o exploración clínica</b>					
A1	Evaluación de la presencia de tos	La proporción de niños evaluados sobre la presencia de tos	<b>Numerador:</b> Número de niños enfermos evaluados sobre la presencia de tos <b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos	Si	
A2	Evaluación de la presencia de diarrea	La proporción de niños evaluados sobre la presencia de diarrea	<b>Numerador:</b> Número de niños enfermos evaluados sobre la presencia de diarrea (interrogatorio: <i>si tiene diarrea, si hay sangre en heces, frecuencia de heces</i> ; evaluación o exploración clínica: <i>si hay sangre en las heces</i> ) <b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos	Si	
A3	Evaluación de la presencia de fiebre	La proporción de niños evaluados sobre la presencia de fiebre	<b>Numerador:</b> Número de niños enfermos evaluados sobre la presencia de fiebre (interrogatorio: <i>si tiene fiebre</i> ; evaluación o exploración clínica: <i>toma de la temperatura</i> ) <b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos	Si	
A4	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	La proporción de atenciones a niños enfermos en las que el resultado del peso se comparó contra una tabla/ gráfica de referencia el mismo día de su visita a la clínica	<b>Numerador:</b> Número de atenciones a niños enfermos en las que el resultado del peso se comparó contra una tabla/gráfica de referencia el mismo día de su visita a la clínica <b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos	Si	Si
A5	Evaluación de las prácticas de alimentación	La proporción de niños enfermos evaluados sobre las prácticas de alimentación durante el episodio de enfermedad	<b>Numerador:</b> Número de niños enfermos evaluados sobre las prácticas de alimentación ( <i>si el niño es amamantado, si come otros alimentos/líquidos además de la leche materna y si cambia el patrón de alimentación cuando está enfermo</i> ) durante el episodio de enfermedad <b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos	Si	

## Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

A6	Evaluación de las prácticas de alimentación en niños con bajo peso y/o baja talla	La proporción de niños enfermos con bajo peso y/o baja talla evaluados sobre prácticas de alimentación (lactancia materna, alimentación complementaria y patrón de alimentación)	<p><b>Numerador:</b> Número de niños enfermos con bajo peso y/o baja talla, clasificado por el reporte del proveedor de salud, evaluados sobre las prácticas de alimentación (<i>si el niño es amamantado, si come otros alimentos/líquidos además de la leche materna y si cambia el patrón de alimentación cuando está enfermo</i>) durante el episodio de enfermedad</p> <p><b>Denominador:</b> Número total de niños enfermos con bajo peso y/o baja talla clasificado por el reporte del proveedor de salud</p>	Si
<b>B Tratamiento de niños enfermos</b>				
B1	Prescripción correcta de antibióticos orales I: cuando se requieren	La proporción de niños que necesitan antibióticos orales y recibieron una prescripción correcta	<p><b>Numerador:</b> Número de niños enfermos que necesitan antibióticos orales (<i>neumonía, y/o disentería, y/o infección aguda de oído</i>) y que recibieron una prescripción correcta</p> <p><b>Denominador:</b> Número de niños enfermos que necesitan antibióticos orales</p>	Si
B2	Prescripción correcta de antibióticos orales II: cuando no se requieren	La proporción de niños que no requieren antibióticos orales y que no se los prescribieron	<p><b>Numerador:</b> Número de niños que no necesitan de antibióticos orales (<i>sin neumonía: tos o gripa, sin faringitis, sin infección de oído, diarrea con o sin deshidratación, diarrea persistente, infección crónica de oído, anemia, bajo peso</i>) y que no se los prescribieron</p> <p><b>Denominador:</b> Número de niños que no necesitan antibióticos orales</p>	Si
<b>C Orientación</b>				
C1	Demostración de cómo suministrar el tratamiento vida suero oral (VSO)	La proporción de atenciones a niños enfermos que no requerían referencia a otra unidad de salud, a quienes se les prescribió o recibieron el tratamiento VSO y que tuvieron una demostración de cómo suministrar el tratamiento VSO	<p><b>Numerador:</b> Número de atenciones a niños enfermos, que no requerían referencia a otra unidad de salud, a quienes se les prescribió o recibieron el tratamiento VSO en las que se realizó la demostración de cómo se suministra el tratamiento VSO</p> <p><b>Denominador:</b> Número de atenciones a niños enfermos, que no requerían referencia a otra unidad de salud, a quienes se les prescribió o recibieron el tratamiento VSO</p>	Si Si

## Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

C2	Conocimiento correcto de la preparación del tratamiento vida suero oral (VSO)	La proporción de acompañantes a la consulta de niños enfermos a quienes se les prescribió el tratamiento VSO u conocen la preparación correcta del tratamiento VSO	<p><b>Numerador:</b> Número de acompañantes a la consulta de niños enfermos (a quienes se les prescribió el tratamiento VSO) que conocen la preparación correcta del tratamiento VSO</p> <p><b>Denominador:</b> Número de acompañantes a la consulta de niños enfermos a quienes se les prescribió el tratamiento VSO</p>	Si	
C3	Provisión de consejos de alimentación en la atención de niños enfermos y con bajo peso y/o baja talla	La proporción de atenciones a los niños enfermos y con bajo peso y/o talla, que no requerían referencia a otra unidad de salud y se otorgó 1 o más consejos de alimentación	<p><b>Numerador:</b> Número de atenciones a los niños enfermos y con bajo peso y/o talla, que no requerían referencia a otra unidad de salud, en las que se otorgó 1 o más consejos de alimentación (<i>dar más líquidos o leche materna en casa y continuar la alimentación o dar leche materna en casa</i>)</p> <p><b>Denominador:</b> Número de atenciones a los niños enfermos y con bajo peso, que no requerían referencia a otra unidad de salud</p>	Si	Si
C4	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de alarma por enfermedades diarreas	La proporción de atenciones a niños con diagnóstico de enfermedad diarreica, que no requerían referencia a otra unidad de salud, en las que se transmitieron 2 o más signos de alarma por enfermedades diarreas	<p><b>Numerador:</b> Número de atenciones a niños con diagnóstico de enfermedad diarreica (<i>diarrea, gastroenteritis y amibiasis</i>), que no requerían referencia a otra unidad de salud, en las que se transmitieron 2 o más signos de alarma por enfermedades diarreas (<i>poca ingesta de líquidos, fiebre, presencia de sangre en las evacuaciones</i>)</p> <p><b>Denominador:</b> Número de atenciones a niños con diagnóstico de enfermedad diarreica (<i>diarrea, gastroenteritis y amibiasis</i>), que no requerían referencia a otra unidad de salud</p>	Si	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

**Cuadro 26. Indicadores para evaluar la calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos**

#	Indicador	Definición	Construcción	Fuente de información		
				Cuestionario Médicos	Cuestionario Enfermeras	Entrevista de salida
29.1	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	La proporción de atenciones a niños sanos en las que el resultado del peso se comparó contra una tabla/ gráfica de referencia el mismo día de su visita a la clínica	<b>Numerador:</b> Número de atenciones a niños sanos en las que el resultado del peso se comparó contra una tabla/gráfica de referencia el mismo día de su visita a la clínica <b>Denominador:</b> Número total de niños sanos	Si	Si	
29.2	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de alarma por enfermedades diarreicas	La proporción de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano en las que se transmitieron 2 o más signos de alarma por enfermedades diarreicas	<b>Numerador:</b> Número de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano en las que se transmitieron 2 o más signos de alarma por enfermedades diarreicas ( <i>poca ingesta de líquidos, fiebre, presencia de sangre en las evacuaciones</i> ) <b>Denominador:</b> Número de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano	Si		
29.3	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de dificultad respiratoria	La proporción de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano en las que se transmitieron 2 o más signos de dificultad respiratoria	<b>Numerador:</b> Número de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano en las que se transmitieron 2 o más signos de dificultad respiratoria ( <i>respiración rápida, avance de la enfermedad, dificultad para respirar, beber y amamantarse</i> ) <b>Denominador:</b> Número de atenciones a pacientes con diagnóstico de niño sano	Si		
29.4	Registro del peso y la talla en la cartilla	Proporción de niños que acudieron a consulta de niño sano con cartilla cuyo peso y estatura se registró en la cartilla	<b>Numerador:</b> Número de niños que acudieron a consulta de niño sano con cartilla cuyo peso y estatura se registró en la cartilla <b>Denominador:</b> Número de niños que acudieron a consulta de niño sano con cartilla			Si

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

## Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas

En el cuadro 27 se muestran las características de los pacientes y sus acompañantes en la consulta. De los 900 niños que acudieron a la unidad de salud 46% eran del sexo femenino, la edad promedio fue 9.3 meses y alrededor de 34% provenían de hogares beneficiarios del programa Oportunidades. La mayor parte (95.8%) de los acompañantes en la consulta era la madre o el padre del paciente. En cuanto a la condición étnica de los acompañantes, 22.7% reportó considerarse indígena y sólo 6.7% manifestó entender lengua indígena. En relación a bienes y pertenencias, el porcentaje de acompañantes que reportó tener casa propia fue 43.6%. En promedio, las viviendas contaban con 2.2 cuartos y 81% con cocina exclusiva para preparar alimentos. Además 10.3% de los acompañantes reportó tener automóvil propio, casi 90% reportó tener televisión, 41.3% reproductor de DVD, 34.1% estéreo y sólo 10.3% horno de microondas.

**Cuadro 27. Características de los niños pacientes y sus acompañantes en la consulta\***

	Media	DE	N
<b>Paciente</b>			
Sexo (% mujeres)	46		900
Edad (meses)	9.3	7.1	900
Beneficiario de Oportunidades (%)	33.9		899
<b>Acompañante</b>			
<i>Parentesco con el niño</i>			
Madre o padre (%)	95.8		899
<i>Condición étnica</i>			
Se considera indígena (%)	22.7		882
Entiende lengua indígena (%)	6.7		894
<i>Vivienda</i>			
Casa propia (%)	43.6		900
Número de cuartos	2.2	1.2	900
Número de cuartos para dormir	1.7	0.9	900
Tiene cocina exclusiva (%)	81		900
<i>Bienes</i>			
Coche (%)	10.3		899
Televisión (%)	89.1		900
Reproductor de DVD (%)	41.3		898
Estéreo (%)	34.1		900
Horno de microondas (%)	10.3		899
<i>Medios de comunicación</i>			
Línea telefónica (%)	13.9		900
Celular (%)	50.9		900
Internet (%)	3.2		900

\* Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).



El grupo de proveedores de salud entrevistados se distribuyó en 53.8% (422) médicos y 46.2% (363) correspondió al personal de enfermería. La edad promedio de los proveedores de salud entrevistados acerca de la atención a niños, fue de 40.2 años. Al respecto de la utilización de guías, manuales, normas o lineamientos consultados durante los últimos seis meses para la atención de niños, fue una actividad reportada más por los médicos que por las enfermeras (62% vs. 54%;  $p < 0.05$ ). Entre las respuestas se mencionó la utilización de la guía clínica para la vigilancia de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del menor de cinco años y el manual de atención para el recién nacido sano, etc.

#### **4.3.1 Atención a niños enfermos**

El principal motivo por el que los proveedores de salud brindaron la consulta a los niños correspondió a la presencia de enfermedades de las vías respiratorias (50.2%) seguido por la consulta del niño sano (40.8%). Entre otros motivos reportados con menor frecuencia fueron gastroenteritis, diarrea o vómito (6.2%) y fiebre o dolor de cabeza (5.5%) (cuadro 28). En contraste con el diagnóstico reportado por el proveedor de salud se confirmó que la mitad de las atenciones brindadas correspondieron a casos de niños enfermos por causa de infecciones respiratorias agudas (50.2%) de las cuales la mayoría se debió principalmente a la presencia de faringitis (57.9%). Sólo 36.3% de las atenciones que reportaron los proveedores de salud recibieron el diagnóstico de niño sano (cuadro 29).

**Cuadro 28. Motivos de consulta por los que se brindó atención a los niños\***

Motivo <sup>+</sup>	N=785	
	%	n
Enfermedades de vías respiratorias	50.2	394
Niño sano	40.8	320
Gastroenteritis, diarrea, vómito	6.2	49
Fiebre, dolor de cabeza	5.5	43
Anemia/desnutrición	0.8	6
Infección de oídos/otitis	0.4	3
Problemas de la piel (dermatitis)	0.3	2
Paludismo	0.1	1
Otro	6.6	52

\*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

<sup>+</sup>La suma del porcentaje suma más de 100% por la presencia de pacientes con más de un motivo de consulta.

**Cuadro 29. Diagnóstico reportado por el proveedor de salud\***

Diagnóstico	N=785	
	%	n
Infecciones respiratorias agudas (IRA)	50.2	394
<i>Faringitis</i>	57.9	228
<i>Amigdalitis</i>	17.0	67
<i>Rinitis</i>	13.7	54
<i>Bronquitis</i>	4.3	17
<i>Rinofaringitis</i>	4.3	17
<i>Faringoamigadalitis</i>	1.3	5
<i>No especificado</i>	1.0	4
<i>Bronquiolitis</i>	0.5	2
Niño sano	36.3	285
Diarrea	3.8	30
Desnutrición	3.8	30
Gastroenteritis	2.8	22
Desconocido	2.2	17
Dermatitis	0.8	6
Amibiasis	0.4	3
Deshidratación	0.3	2
Infección de oído/otitis	0.3	2
Infecciones de vías urinarias	0.3	2
Anemia	0.1	1
Otro	3.7	29

\* Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

En el cuadro 30 se muestran los indicadores de la calidad técnica de la atención que se proporcionó a los niños enfermos. Se observa que las prácticas medidas por los 3 primeros indicadores, que corresponden a las acciones que se recomiendan realizar por médicos durante el interrogatorio y la evaluación o exploración clínica de los niños enfermos, fueron bajas, especialmente para el caso de la evaluación de la presencia de diarrea, pues sólo 2.9% de los médicos entrevistados reportaron hacerla. Al contrastar por subsector al que pertenecían las unidades clínicas, no se encontraron diferencias (cuadro 31).

Se encontró que en 82.9% de los niños atendidos por médicos o enfermeras se comparó el peso del paciente contra una tabla o gráfica de referencia, acción que podría reflejar la elevada atención que ponen los proveedores de salud en la evaluación del estado de nutrición. Sin embargo, se encontró un nivel muy bajo en la ejecución de la evaluación de las prácticas de alimentación en todos los niños enfermos, por parte de los médicos, y este aspecto se acentuó en los niños con bajo peso y/o baja talla (3.7% y 2.4% respectivamente), esto podría dejar de manifiesto la ausencia de evaluación integral del estado de nutrición (cuadro 30). Por subsector, las clínicas del IMSS-Oportunidades mostraron el porcentaje más alto en la comparación del peso de los pacientes (93.8%), aunque no fue estadísticamente diferente de las clínicas SESAS, pero fueron esas unidades las que tuvieron un porcentaje nulo en la realización de la evaluación de las prácticas de alimentación de niños enfermos y de niños con bajo peso y/o baja talla (cuadro 31).

Uno de los aspectos clave de la atención a niños enfermos tiene que ver con la prescripción correcta de antibióticos, bajo el esquema de recetarlos cuando por el padecimiento se requiere, y no recetarlos cuando no es necesario, pues de hacerlo se propicia que la enfermedad se prolongue o bien se genere resistencia. En este estudio, se encontró que de 6 pacientes que necesitaban antibióticos se prescribió correctamente en 4 de ellos (66.7%). No se encontraron diferencias por subsector, aunque es necesario considerar que fueron muy pocas observaciones para evaluar este indicador (cuadro 30 y 31). En cuanto a los casos que no necesitaban la prescripción, el indicador medido mostró que en la mitad de ellos (51.4%) efectivamente no se realizó el tratamiento de la enfermedad con antibióticos. No obstante, la contraparte de dichos casos sí tuvieron prescripción de antibiótico (Cuadro 30). Los resultados no fueron notoriamente diferentes entre los subsectores (Cuadro 31).

## *Diagnóstico de los servicios de salud en zonas urbanas*

Finalmente la atención de los niños enfermos comprende la realización de las acciones de orientación o consejería de tal forma que permita tener éxito en el manejo de la enfermedad y se fomenten algunas medidas preventivas. En el cuadro 30 se aprecia que, en forma global, los proveedores de salud proporcionan escasamente consejos de alimentación (27.2%); aunque se encontró que los médicos reportan hacerlo ligeramente más que las enfermeras (28.5% vs 17.2%). En el caso de la orientación acerca de las medidas a tomar en relación a la alimentación de los niños con bajo peso y/o baja talla el reporte global indica que se hizo en 89% de los casos. Nuevamente, los médicos reportaron hacerlo más que las enfermeras (92.7% vs 75.9%). Tanto las clínicas SESAS como las IMSS-Oportunidades mostraron un alto cumplimiento para este indicador sin encontrar diferencias entre ellas (cuadro 31).

La capacitación hacia la identificación de los signos de alarma es una acción reconocida como una buena medida para la prevención de futuras complicaciones de las enfermedades que con mayor frecuencia afectan la salud de los niños (enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas). Aproximadamente sólo 45% de los médicos manifestaron haber capacitado sobre los signos de alarma para identificar oportunamente la presencia de complicaciones por enfermedades diarreicas y 59.3% reportó realizar la capacitación para la identificación de los signos de dificultad respiratoria (cuadro 30). No se encontraron diferencias entre los subsectores (cuadro 31).

**Cuadro 30. Calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos (global y por médico y enfermera)<sup>1</sup>**

#	Indicador	Global <sup>2</sup>			Médico			Enfermera		
		Indicador	Num.	Den.	Indicador	Num.	Den.	Indicador	Num.	Den.
		%	N	n	%	n	n	%	n	n
<b>A Interrogatorio y evaluación o exploración clínica</b>										
A1	Evaluación de la presencia de tos				60.6	166	274			
A2	Evaluación de la presencia de diarrea				2.9	8	274			
A3	Evaluación de la presencia de fiebre				48.9	134	274			
A4	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	82.9	291	351						
A5	Evaluación de las prácticas de alimentación				3.7	10	274			
A6	Evaluación de las prácticas de alimentación en niños con bajo peso y/o baja talla				2.4	1	41			
<b>B. Tratamiento de niños enfermos</b>										
B1	Prescripción correcta de antibióticos orales I: cuando se requieren				66.7	4	6			
B2	Prescripción correcta de antibióticos orales II: cuando no se requieren				51.4	128	249			
<b>C Orientación</b>										
C1	Provisión de consejos de alimentación en la atención de niños enfermos <sup>3</sup>	27.2	107	394	28.5**	78	274	17.7**	40	226
C2	Demostración de cómo suministrar el tratamiento vida suero oral (VSO) <sup>3</sup>	14.2	53	373	11.2	30	266	15.4	32	208
C3	Conocimiento correcto de la preparación del tratamiento vida suero oral (VSO)	85.7	78	91						
C4	Provisión de consejos de alimentación en la atención de niños enfermos y con bajo peso y/o baja talla <sup>3</sup>	89.1	49	55	92.7**	38	41	75.9**	22	29
C5	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de alarma por enfermedades diarreicas				44.8	13	29			
C6	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de dificultad respiratoria				59.3	131	221			

<sup>1</sup> Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

<sup>2</sup> Global: en el grupo de las observaciones con información al respecto del mismo paciente se consideró como acción realizada cuando al menos 1 de los proveedores hubiese reportado la ejecución de la acción definida en el indicador. En el grupo de observaciones únicas se consideró si se realizó o no la acción en cuestión.

<sup>3</sup> Compara si médico vs enfermera proceden de distinta forma (para esta comparación se incluyen las observaciones que contemplan información al respecto del mismo paciente). \*\* Valores estadísticamente diferentes,  $p < 0.05$

**Cuadro 31. Calidad técnica de la atención proporcionada a niños enfermos por subsector<sup>1</sup>**

#	Indicador	SESAS-SP			SESAS-no SP			IMSS-Oportunidades		
		Indicador	Num.	Den.	Indicador	Num.	Den.	Indicador	Num.	Den.
		%	n	n	%	n	N	%	n	N
<b>A. Interrogatorio y evaluación o exploración clínica</b>										
A1	Evaluación de la presencia de tos	58	51	88	60.9	98	161	68	17	25
A2	Evaluación de la presencia de diarrea	3.4	3	88	2.5*	4	161	4.0*	1	25
A3	Evaluación de la presencia de fiebre	48.9	43	88	46.6	75	161	64	16	25
A4	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	86.2	94	109	79.5*	167	210	93.8*	30	32
A5	Evaluación de las prácticas de alimentación	6.8	6	88	2.5	4	161	0	0	25
A6	Evaluación de las prácticas de alimentación en niños con bajo peso y/o baja talla	12.5	1	8	0	0	26	0	0	7
<b>B. Tratamiento de niños enfermos</b>										
B1	Prescripción correcta de antibióticos orales I: cuando se requieren	50	1	2	75	3	4	---	---	---
B2	Prescripción correcta de antibióticos orales II: cuando no se requieren	56.6	47	83	46.2	66	143	65.2	15	23
<b>C. Orientación</b>										
C1	Consejos de alimentación proporcionados a los cuidadores de niños enfermos	29.9	35	115	25.8	62	240	27	10	37
C2	Demostración de cómo suministrar el tratamiento vida suero oral (VSO)	15.2	17	112	12.8	29	227	20.6	7	34
C3	Conocimiento correcto de la preparación del tratamiento vida suero oral (VSO)	76.9	20	26	85	42	49	100	16	16
C4	Provisión de consejos de alimentación en la atención de niños enfermos y con bajo peso y/o baja talla	81.8	9	11	88.6	31	35	100	9	9
C5	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de alarma por enfermedades diarreicas	61.5	8	13	26.7	4	15	100	1	1
C6	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de dificultad respiratoria	66.2	47	71	57.3	75	131	73.7	14	19

<sup>1</sup> Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

\* Valores estadísticamente diferentes, p<0.1

### 4.3.2 Atención a niños sanos

Con relación a la atención a los niños sanos se encontró que el reporte de la evaluación del estado de nutrición, aproximado con el indicador 36.1, fue casi 90% (cuadro 32). Lo que significa que en casi todas las atenciones brindadas a niños sanos se efectuó el procedimiento. Aspecto que puede corroborarse con el indicador 36.4, cuya fuente de información procede de las entrevistas de salida y en el que se corrobora una alta frecuencia de realización del proceso de vigilancia del estado de nutrición.

Sin embargo, el énfasis que se otorgó a la capacitación hacia la identificación de signos de alarma fue muy pobre, especialmente en lo signos de alarma por enfermedades diarreicas. Los médicos reportaron haber capacitado en 10.7% de los casos de niño sano atendidos. La capacitación en signos de dificultad respiratoria se reportó en 30.9% de los casos con diagnóstico de niño sano. No se observan variaciones apreciables entre los subsectores (cuadro 32).

**Cuadro 32. Calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos por médicos<sup>1</sup>**

#	Indicador	Global			Médico		
		Num. %	Den. N	Den. N	Num. %	Den. n	Den. N
36.1	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	89.9	177	197			
36.2	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de alarma por enfermedades diarreicas				10.7	16	149
36.3	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de dificultad respiratoria				30.9	46	149
36.4	Registro del peso y la talla en la cartilla	95.3	202	212			

<sup>1</sup> Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

**Cuadro 33. Calidad técnica de la atención proporcionada a niños sanos (por tipo de institución)<sup>1</sup>**

#	Indicador	SESAS-SP			SESAS-noSP			IMSS-Oportunidades		
		Num. %	Den. n	Den. N	Indicador %	Num. N	Den. n	Indicador %	Num. n	Den. n
37.1	Comparación del peso contra una tabla/gráfica de referencia	84	63	75	93.4	85	91	93.5	29	31
37.2	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de alarma por enfermedades diarreicas	15.8	9	57	5.6	4	71	14.3	3	21
37.3	Capacitación a los cuidadores hacia la identificación de los signos de dificultad respiratoria	22.8	13	57	32.4	23	71	47.6	10	21
37.4	Registro del peso y la talla en la cartilla	95.5	63	66	91.3	63	69	98.7	76	77

<sup>1</sup>Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

#### 4.4 Calidad de la atención al síndrome metabólico

Como parte de las entrevistas de salida, se entrevistaron un total de 904 pacientes adultos con algunos de los 3 diagnósticos relacionados al síndrome metabólico: Diabetes, Hipertensión Arterial y/o Hipercolesterolemia. Las características generales de estos pacientes se presentan en el cuadro 34.

Por diseño, la mayoría de los pacientes refirieron tener el diagnóstico de diabetes o de hipertensión arterial y 163 de ellos presentaron ambos diagnósticos. El diagnóstico de hipercolesterolemia fue poco frecuente y solo 14 de los 78 pacientes que lo reportaron lo refirió como único diagnóstico y el resto lo refirió como co-morbilidad de diabetes, HTA o de ambas. La mayoría fueron mujeres, con nivel de escolaridad bajo (nivel de primaria o menos), y un poco más de una tercera parte se consideraban a sí mismo como indígenas.

La gran mayoría reportó ser beneficiario de Oportunidades y/o Seguro Popular y solo el 167 pacientes (18%) refirió no estar afiliado a ninguno de estos programas, mientras que 256 (28.3%) refirió tener ambos beneficios. Dado que el objetivo de este



análisis es la descripción de la calidad de la atención de las clínicas que cubre la población beneficiaria de oportunidades y no de los beneficiarios, para este análisis se decidió incluir el total de pacientes entrevistados, independientemente de su participación o no en el programa.

En cuanto a la consulta, la gran mayoría (97.3%) de los pacientes refirieron el control de la enfermedad crónica como el motivo primario de consulta y prácticamente todos ya habían sido vistos al menos una vez en esa misma clínica. El 97.9% (n=885) fueron atendidos por médicos y solo 2 % fue atendido exclusivamente por una enfermera.

**Cuadro 34. Características generales de los pacientes con diagnósticos de enfermedad relacionada al síndrome metabólico.**

	N	%
<b>Diagnóstico <sup>(1)</sup></b>		
Diabetes	526	58.2
Hipertensión arterial	527	58.3
Hipercolesterolemia	78	8.6
<b>Edad en años (Media ± DS)</b>	57.2 ±12.8	
<b>Sexo</b>		
Hombre	184	20.3
Mujer	720	79.6
<b>Escolaridad</b>		
Ninguna o menos de primaria	262	28.9
Primaria	500	55.3
Otros	142	15.7
<b>Se considera indígena</b>	301	33.3
<b>Beneficiarios de Programas</b>		
Solo Oportunidades	115	12.7
Solo Seguro Popular	366	40.5
Ambos programas	256	28.3
Ningun Programa	167	18.5
<b>Características de la consulta</b>		
<b>Institución <sup>(2)</sup></b>		
SESAS-SP	288	31.8
SESAS-noSP	408	45.1
IMSS-Opor	208	23.1
<b>Motivo primario de consulta</b>		
Control de enfermedad crónica	880	97.3
Otros motivos	24	2.7
<b>Personal que atendió la consulta</b>		
Solo médico	781	86.4
Solo enfermera o auxiliar	18	2
Ambos (médico y enfermera)	104	11.5
No especificó	1	0.1
<b>Tiempo de espera: minutos (Mediana (p25,p75))</b>	60 (30, 120)	
<b>Tiempo de consulta: minutos (Mediana (p25,p75))</b>	20 (15, 25)	

(1) Los porcentajes suman más del 100% por la presencia de pacientes con más de un diagnóstico.

(2) Clínicas de la secretaria de salud Acreditadas (SESAS-SP) y NO acreditadas (SESAS-noSP) por el Seguro Popular. (SESAS-SP), Clínicas del sistema IMSS Oportunidades (IMSS-Opor)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

#### 4.4.1 Criterios de Calidad de la Consulta

En el cuestionario para pacientes con alguna de las enfermedades del síndrome metabólico, se preguntó sobre acciones y recomendaciones realizadas durante la consulta de ese día y el tiempo de la última vez previo a dicha consulta. Estas acciones o

recomendaciones reflejan las actividades de tratamiento y vigilancia de este tipo de pacientes recomendadas en las guías nacionales (NOMs) e internacionales. Aunque la mayoría de las recomendaciones se refieren a lo que debe realizarse en las visitas de control del paciente con enfermedad crónica, en este análisis se incluyen todos los pacientes, incluyendo 2.7% que refirió el motivo diferente al del control, ya que dado el acceso esporádico al sistema de salud se debería aprovechar cualquier contacto con el paciente crónico para evaluarlo de forma integral con los parámetros propios de la evaluación de control.

El cuadro 35 muestra la proporción de pacientes que respondieron sí a cada una de las acciones y recomendaciones que se definieron como indicadores de calidad de la atención. Estos indicadores cubren aspectos de tratamiento, vigilancia de control de la enfermedad y acciones de escrutinio de complicaciones crónicas. Dado que las tres enfermedades están muy relacionadas, gran parte de las actividades son comunes y por eso se describen de forma conjunta. Para aquellas actividades que principalmente (ej. prueba de glucosa) o exclusivamente (ej. revisión cuidados de pies) se recomiendan en paciente con diabetes se exploró la proporción en este grupo de pacientes específicamente. Por el interés de evaluar la calidad de atención por institución, las tablas se presentan estratificadas por las clínicas de Salubridad certificadas por el Seguro Popular (SESAS-SP), las clínicas de la secretaria de salud no certificadas por el Seguro Popular (SESAS-noSP), y las clínicas del sistema IMSS Oportunidades (IMSS-Opor).

Como se puede ver en el cuadro 34, para las actividades que son recomendadas a realizar en toda consulta del paciente crónico, independientemente de si se le había realizado o no en consultas previas (actividades 1, 2, 9, 10, 11, 12 y 13 marcadas en la tabla), el grado de cumplimiento son en general altos a excepción de explicar planes de dieta y ejercicio que están lejos del ideal, que, en estos casos, sería el 100%.

**Cuadro 35. Acciones y recomendación que recibieron los pacientes durante la consulta en el día de la entrevista, por tipo de institución: Indicadores de calidad de la atención.**

Durante la consulta	Institución <sup>(1)</sup>					
	SESAS-SP n=288		SESAS-noSP n=408		IMSS-Opor n=208	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Acciones</b>						
1. Le tomaron la presión	94.1	90.7, 96.5	95.8	93.4, 97.5	<b>99</b>	<b>96.5, 99.8 *</b>
2. Lo pesaron en una báscula	95.4	92.4, 97.7	95.5	93.1, 97.3	97.1	93.8, 98.9
3. Le midieron la cintura	28.8	23.6, 34.4	35.7	31.1, 40.6	<b>42.3</b>	<b>35.5, 49.3 *</b>
4. Le realizaron prueba de glucosa con tira reactiva (dextrostix)	38.8	33.2, 44.7	32.3	27.8, 37.1	<b>45.6</b>	<b>38.7, 52.7 *</b>
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	52.9	45.1, 60.5	42.4	36.2, 48.8	<b>71.5</b>	<b>61.7, 80.0 *</b>
5. Le realizaron prueba de colesterol	2.4	0.9, 4.9	3.4	1.8, 5.6	4.8	2.3, 8.6
6. Le revisaron cuidadosamente los pies (solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	53.4	45.7, 61.1	55.1	48.7, 61.4	67.6	57.6, 76.5
7. Le revisaron los ojos con una lámpara (fondo de ojo)	18.7	14.4, 23.7	17.6	14.0, 21.6	29.3	<b>23.2, 36.0 *</b>
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	18	12.5, 24.5	18.2	13.6, 23.5	23.5	15.6, 32.9
8. Le realizaron un prueba de orina	12.1	8.6, 16.4	6.8	4.6, 9.7	8.1	4.8, 12.7
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	12.7	8.1, 18.7	7.9	4.9, 11.9	7.8	3.4, 14.8
<b>Recomendaciones</b>						
9. Le explicaron como tomarse los medicamentos	94.1	90.7, 96.5	94.6	91.9, 96.5	97.1	93.8, 98.9
10. Le explicaron que dieta debe seguir	73.9	68.4, 78.9	73.7	69.2, 77.9	81.2	75.2, 86.3
11. Le explicaron que tipo de ejercicio debe realizar	65.9	60.1, 74.1	66.4	61.6, 70.9	75	68.5, 80.7
12. Le aconsejaron no fumar (solo en fumadores <sup>(3)</sup> )	47.8	35.6, 60.1	43.1	33.3, 53.3	40.4	26.3, 55.7
13. Le explicaron como cuidarse los pies (solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	59.8	52.1, 67.2	66.6	60.4, 72.4	71.5	61.7, 80.0
14. Lo refirieron con Nutriólogo o esp	7.2	4.5, 10.9	7.6	5.2, 10.6	14.4	9.9, 19.9
15. Lo refirieron con Oftalmólogo	5.5	3.2, 8.8	3.9	2.2, 6.2	7.2	4.0, 11.6
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	6.4	3.2, 11.1	3.9	1.9, 7.1	7.8	3.4, 14.8

(1) Clínicas de la secretaria de salud Acreditadas (SESAS-SP) y NO acreditadas (SESAS-noSP) por el Seguro Popular. (SESAS-SP), Clínicas del sistema IMSS Oportunidades (IMSS-Opor)

(2) Números totales de pacientes con diabetes por Institución: SESAS-SP=172, SESAS-noSP=252, IMSS-Oport= 252

(3) Numero de Fumadores por institución: SESAS-SP=66, SESAS-noSP=101, IMSS-Oport= 47

\* **Negritas:** Diferencias significativas con entre al menos 2 tipos de institución

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

Para las otras actividades, en general se presentan proporciones de cumplimiento muy bajo, sin embargo muchas de ellas se recomiendan realizar al menos una vez en periodos de 6 a 12 meses y no necesariamente en toda consulta, y por lo tanto no refleja necesariamente una mala práctica de atención. Para evaluar esto, el cuadro 36 muestra la

proporción de pacientes que contestaron que la última vez que se le había realizado cada una de las acciones y recomendaciones había sido en un periodo de 6 o 12 meses, según la recomendación. Solo se presentan las acciones que por recomendación no es necesario practicar en toda consulta. Aunque para la mayoría de los indicadores la proporción de cumplimiento con las recomendaciones aumenta en comparación a lo reportado en la tabla previa, desde esta perspectiva, en las condiciones ideales, todos los indicadores deberían estar cercanos al 100% y claramente no es el caso. Dado que la mayoría de los pacientes reportaron tener 4 o más consultas en todo el año (arriba del 80% en todas las instituciones), el no cumplimiento al 100% de estas recomendaciones o indicadores de calidad, no puede ser explicados por la falta de visitas con el médico, sino mas bien por falta de la realización por el médico o prestador del servicios o limitación de recursos materiales o humanos en las clínicas. Con las respuestas de los pacientes, no es posible explorar las razones por la falta de cumplimiento.

Una de las acciones más importantes en la atención del paciente con diabetes, es la evaluación periódica del control metabólico por medio de la determinación de la glucosa en sangre venosa, para que en el caso de no haber logrado las metas de tratamiento (buen control), se decida la modificación terapéutica para lograrlo. Según la Norma técnica mexicana, la recomendación es tener entre 3 y 4 determinaciones al año y solo en los pacientes con muy buen control se puede reducir a 2 determinaciones anuales (cada 6 meses). Según los datos presentados en el cuadro 36, en ninguna de las instituciones se alcanzó el 80% de pacientes con al menos un examen de glucosa en los últimos 6 meses lo que refleja un bajo cumplimiento de esta recomendación. Aunque como se muestra en el cuadro 35, un número considerable de pacientes reportó que en la última consulta se le realizó una determinación de glucosa en sangre capilar (tira reactiva), especialmente en IMSS oportunidades que se reportó en un poco más del 70% de los pacientes con diabetes, éste examen no es el estándar de seguimiento del paciente con diabetes, especialmente en clínicas en contextos urbanos donde se esperaría un mejor acceso a determinaciones en un laboratorio central.

**Cuadro 36. Acciones y recomendación que los pacientes refirieron haber recibido previamente a la consulta <sup>(1)</sup>, por tipo de institución**

En los últimos 6 meses.....	Institución					
	SESAS-SP		SESAS-noSP		IMSS-Opor	
	n=288		n=408		n=208	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Acciones</b>						
3. Le midieron la cintura	56.9	51.0, 62.7	58.8	53.8, 63.6	77.4	71.1, 82.8 *
4. Le realizaron prueba de glucosa en sangre venosa	64.2	58.4, 69.7	68.6	63.8, 73.1	65.8	58.9, 72.2
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	69.7	62.3, 76.5	78.9	73.4, 83.8	68.6	58.6, 77.4
5. Le realizaron prueba de colesterol (en el último año)	66.6	60.8, 72.0	65.1	60.3, 69.8	63.9	57.0, 70.4
6. Le revisaron cuidadosamente los pies (solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	66.8	59.2, 73.8	73.8	67.9, 79.1	85.2	76.9, 91.5 *
7. Le revisaron los ojos con una lámpara (en el último año)	48.6	42.7, 54.5	45.5	40.6, 50.5	62	55.0, 68.6 *
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	46.5	38.8, 54.2	46.8	40.5, 53.1	59.8	49.6, 69.3
8. Le realizaron un prueba de orina (en el último año)	54.1	48.2, 60.0	55.8	50.9, 60.7	56.7	49.7, 63.5
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	58.7	50.9, 66.1	61.9	55.5, 67.9	59.8	49.6, 69.3
<b>Recomendaciones</b>						
10. Le explicaron que dieta debe seguir	81.2	76.2, 85.5	84.5	80.6, 87.9	88.9	83.8, 92.8
11. Le explicaron que tipo de ejercicio debe realizar	74.3	68.8, 79.2	74.2	69.7, 78.4	82.2	76.3, 87.1
12. Le aconsejaron no fumar ( solo fumadores <sup>(3)</sup> )	59.4	46.9, 71.0	57.8	47.6, 67.5	68	52.8, 80.9
13. Le explicaron como cuidar los pies (solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	67.4	59.8, 74.3	75.7	70.0, 80.9	82.3	73.5, 89.1
14. Cita con Nutriólogo o especialista en dietas. (alguna vez en la vida)	28.8	23.6, 34.4	28.9	24.5, 33.5	31.2	25.0, 38.0
15. Lo refirieron con Oftalmólogo (alguna vez en la vida)	25.3	20.4, 30.7	27.4	23.1, 32.0	20.6	15.3, 26.8
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	22.6	16.6, 29.6	28.1	22.7, 34.1	20.5	13.2, 29.7
<b>Otras<sup>(4)</sup></b>						
17. Electrocardiograma (alguna vez en su vida)	35	29.5, 40.8	32.3	27.8, 37.1	32.6	26.3, 39.5
18. Al menos 4 consultas en el último año	86.8	82.3, 90.4	82.3	78.3, 85.9	90.8	86.1, 94.4 *

(1). El intervalo de tiempo es siempre 6 meses al menos que se indique lo contrario: Para criterios 5, 7 y 8 es un año, y criterios 14, 15 y 18 alguna vez en la vida

(2) Números totales de pacientes con diabetes por Institución: SESAS-SP=172, SESAS-noSP=252, IMSS-Oport= 252.

(3) Numero de Fumadores por institución: SESAS-SP=66, SESAS-noSP=101, IMSS-Oport= 47

(4) Otras, se refiere a acciones o recomendaciones no presentadas en tabla 2.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

Una de las co-morbilidades importantes en pacientes con hipertensión arterial y diabetes es la alteración en niveles de colesterol o triglicéridos en sangre (dislipidemias),

los que se asocia con aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte. Por lo anterior la determinación periódica (al menos una vez al año) de los niveles de lípidos en sangre es recomendado para el seguimiento adecuado de este tipo de pacientes y así poder completar la estratificación de riesgo cardiovascular e iniciar tratamiento con drogas hipolipemiantes (que bajan los niveles de colesterol) en aquellos que lo ameritan. Alrededor de 35% de los pacientes (similar entre instituciones) refirieron no haber tenido un examen de colesterol en el último año (cuadro 36).

Otras de las evaluaciones importantes en este tipo de pacientes, especialmente en pacientes con diabetes, es la detección temprana de daño renal (nefropatía) y de alteración en la retina (retinopatía). Según lo estipulado en la Norma Mexicana para la atención del paciente con diabetes, se recomienda una determinación de proteínas en orina (datos tempranos de daño renal por diabetes), al menos una vez al año y la evaluación del fondo de ojo con oftalmoscopia igualmente una vez al año. Según lo reportado en el cuadro 35, menos del 60%, en el mejor de los casos, reportó este tipo de evaluaciones, y en algunos casos menos de la mitad como se observó en la evaluación oftálmica en las clínicas de la secretaria de salud (con y sin acreditación por el SP). En muchas ocasiones los pacientes desconocen el propósito de los exámenes realizados, por lo que es posible que parte de los exámenes hayan sido realizados para fines distintos de detectar tempranamente este tipo de alteraciones. Por ejemplo, en la proporción de pacientes que reportaron algún examen de orina en el último año, se pueden incluir exámenes realizados para diagnóstico de infección de vías urinarias y no necesariamente dirigido a la búsqueda de proteína en la orina. Igualmente, en la proporción de revisión de ojos con una lámpara no necesariamente en todas se incluye la revisión específica del fondo de ojo necesaria para una adecuada evaluación de la retina. En este sentido, es probable que esta proporción este sobreestimando el cumplimiento de estas recomendaciones y que la situación real sea aun peor. También es preocupante que para ambas pruebas, no se observan diferencias importantes o significativas entre la proporción observada en el total de pacientes contra lo observado específicamente en pacientes con diabetes, lo que refleja una inadecuada focalización de estas evaluaciones a los paciente que mayormente lo requieren, o que estos exámenes se están realizando mayoritariamente con fines distintos al tamizaje de complicaciones crónicas del pacientes con diabetes.

Los datos del cuadro 36, reflejan una muy baja referencia a manejos por especialista en los aspectos de dieta y evaluación oftálmica (por oftalmólogo). La gran

mayoría de los pacientes nunca ha sido referido a estos servicios, cuando la recomendación en la norma técnica oficial mexicana, al menos para el manejo del paciente con diabetes, es que se realice lo más frecuente posible en el caso de orientación en dietas y ejercicio para la adecuada instrucción y adherencia al manejo en estilos de vida saludable y de una vez al año en el caso de oftalmología para la evaluación especializada de retinopatía. También sorprende que para el caso de referencia al oftalmólogo, no exista mucha diferencia entre la proporción encontrada en el total de los pacientes y la proporción específica en los pacientes con diabetes, lo que nuevamente sugiere una mala focalización de los recursos o desconocimiento de las recomendaciones por el personal de salud. Aunque es probable que la orientación en dieta y ejercicio la esté dando el médico o enfermera, lo recomendable para aumentar su eficacia es tener una consulta, específica y que no sea parte de la consulta general destinada a evaluar de forma integral el control del paciente crónico.

En cuanto a las comparaciones entre instituciones, en general se observó un mayor cumplimiento de una gran parte de indicadores en las clínicas de IMSS oportunidades que en las clínicas de la Secretaría de Salud. Estas diferencias fueron significativas para el caso de las acciones 1,3, 5 y 7 de la última consulta (cuadro 35) y de las acciones 1,6, y 7 de los últimos 6 meses a un año y al menos 4 consultas al año (cuadro 35). No se encontraron diferencias entre las clínicas acreditadas por el seguro popular y las no acreditadas, lo que sugiere que posiblemente el los criterios de acreditación no necesariamente van ligados con los estándares de calidad de la atención, al menos en su componente técnico.

En el cuadro 37 se presentan las indicaciones terapéuticas referidas por los pacientes y el grado de control de glucosa y presión arterial según lo que se pudo rescatar de los expedientes de los pacientes entrevistados, los cuales se encontraron en más del 80% de los pacientes en la secretaria y del 90% en IMSS Oportunidades. Esta alta proporción de pacientes que contaban con expediente en la clínica, es un buen indicador de calidad.

En aquellos pacientes que contaban con el registro de al menos un examen de glucosa o toma de presión arterial en el expediente, se clasificaron de acuerdo al grado de control. Como se muestra en el cuadro 37, para el caso de diabetes, la mayoría de los pacientes se encontraban sin un adecuado control (entre 60 y 70% sin diferencias significativas entre instituciones) y para el caso de presión arterial, la mayoría se encontraban en buen control, igualmente sin diferencia entre instituciones. Sin embargo,



al no haber realizado mediciones biológicas, no se puede descartar un sesgo de reporte en los expedientes que no necesariamente refleje el control real.

En cuanto a tratamiento farmacológico, más del 90% de los pacientes con diabetes e hipertensión arterial refirió estar tomando algún tipo de medicamento para el control de su enfermedad. Para el caso específico de diabetes alrededor del 15 % de los pacientes en las clínicas de las secretaría y del 10% en el IMSS reporto utilizar insulina para su control (diferencias no significativas entre instituciones). Aunque este porcentaje es más alto a lo encontrado en otras evaluaciones en México (alrededor del 8% de los pacientes con diabetes en la encuesta nacional de salud 2006, refirió el uso de insulina), todavía está por debajo de las recomendaciones internacionales, que últimamente han sugerido el inicio temprano de insulina en paciente con diabetes tipo 2. Para ambos padecimientos, alrededor del 90% de los pacientes refirieron una adecuada adherencia al tratamiento reportando que en los últimos 7 días habían tomado el medicamento tal y como se lo recetó el doctor, sin diferencia entre tipo de clínica.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, se observó que tanto para el plan de ejercicio como de dieta alrededor de un 60% de los pacientes refirieron estar siguiendo los planes de dieta y ejercicio de forma adecuada, siendo ligeramente más alto en las clínicas del IMSS, aunque esta diferencia no fue significativa. Una de las estrategias con este tipo de enfermedad crónica que ha demostrado tener un impacto importante en la adherencia al tratamiento no farmacológico, es la conformación de grupos de autoayuda o de apoyo. Es preocupante que solo alrededor del 10% de los pacientes en todas las instituciones, refirieron pertenecer a uno de estos grupos de autoayuda.

**Cuadro 37. Tratamiento referido por los pacientes y control según lo recabado en expedientes**

	SESAS-SP		Institución <sup>(1)</sup>		IMSS-Opor	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Tratamiento con medicamentos</b>						
<b>Pacientes con Diabetes:</b>	n=172		n=252		n=252	
Toma medicamento(s) para su control	95.9	91.7, 98.3	95.6	92.3, 97.8	95.1	88.9, 98.3
Se aplica Insulina para su control	16.2	11.0, 22.6	14.2	10.2, 19.2	8.8	4.1, 16.0
Sin cambio en el tratamiento en los últimos 5 años	30.2	23.4, 37.6	31.7	26.0, 37.8	24.5	16.5, 34.0
<b>Pacientes con Hipertensión:</b>	n=161		n=232		n=134	
Toma medicamento(s) para su control	96.2	92.0, 98.6	93.1	89.0, 96.0	96.2	91.5, 98.7
Sin cambio en el tratamiento en los últimos 5 años	26.7	20.0, 34.2	29.3	23.5, 35.6	21.6	14.9, 29.5
<b>Todos</b>	n= 288		n=408		n=208	
Sigue plan de dieta adecuadamente <sup>(2)</sup>	57.9	52.0, 63.7	60	55.1, 64.8	64.9	58.0, 71.3
Sigue plan de ejercicio adecuadamente <sup>(2)</sup>	59.7	53.8, 65.4	59.8	54.8, 64.5	63.9	57.0, 70.4
Pertenece a un grupo de autoayuda	10.7	7.4, 14.9	10.2	7.5, 13.6	9.1	5.5, 13.8
<b>Revisión de expediente en clínica</b>						
Cuenta con expediente	83.3	78.5, 87.4	87.7	84.1, 90.7	91.8	87.2, 95.1
<b>Control de glucosa</b>						
(diabetes n=367) <sup>(3)</sup>	n=119		n=175		n=73	
Bueno (menos de 120 mg/dl)	43.6	34.6, 53.0	41.1	33.7, 48.8	28.7	18.7, 40.5
Regular (120-200 mg/dl)	36.2	27.5, 45.4	44.1	36.5, 51.6	57.6	45.4, 69.0
Malo (mas de 200 mg/dl)	20.2	13.3, 28.5	14.8	9.9, 21.0,	13.7	6.7, 23.7
<b>Control de Presión arterial<sup>(4)</sup></b>						
(Hipertensos n=440)	N=130		N=190		N0120	
Buen control: (TAS < 140 mmHg y TAD < 90 mmHg)	66.1	57.3, 74.2	73.2	66.2, 79.3	77.5	68.9, 84.6
Mal control: (TAS ≥ 140 mmHg o TAD ≥ 90 mmHg)	33.9	25.7, 42.6	26.8	20.6, 33.7	22.5	15.3, 31.0

(1) Clínicas de la secretaria de salud Acreditadas (SESAS-SP) y NO acreditadas (SESAS-noSP) por el Seguro Popular. (SESAS-SP), Clínicas del sistema IMSS Oportunidades (IMSS-Opor)

(2) Calificó como Excelente o buena la forma en que sigue la dieta o ejercicio.

(3). Solo en pacientes con diabetes y al menos una determinación de glucosa registrada en el expediente. Se tomó el promedio de las últimas (máximo 3) tres determinaciones que se encontraron en la revisión de expedientes.

(4) Solo en pacientes con diagnostico de hipertensión arterial y al menos una determinación de presión arterial registrada en el expediente. Se tomó el promedio de las últimas (máximo 3) tres determinaciones que se encontraron en la revisión de expedientes.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

A todos los pacientes se les preguntó cuando había sido el último cambio de tratamiento. Aunque entre 50 y 60% de los pacientes en ambos padecimientos (diabetes e hipertensión) no recordó cuando había sido el último cambio en el tratamiento, entre el 20 y 30% de los pacientes con diabetes e hipertensión reporto que el último cambio había sido más de 5 años previos a la entrevista. Esta proporción es alta si se considera el alto

porcentaje de mal control para ambos padecimiento que se encontró en el registro de los pacientes. En pacientes con buen control, la no modificación del tratamiento pudiese ser válida. Sin embargo, por la historia natural de este tipo de padecimiento, lo más frecuente es la escalada progresiva del tratamiento a lo largo de la evolución de la enfermedad. Además, es probable un una proporción de los pacientes que no recordó la fecha del último cambio, se encuentre en este grupo de tratamientos farmacológicos poco dinámicos, por lo que la situación puede ser aun peor.

#### **4.4.2 Información proveniente de la encuestas a médico y enfermeras**

Además de la entrevistas de salida a pacientes, la evaluación de la calidad de atención se complementó con entrevistas a médicos y enfermeras sobre las acciones realizadas en la última consulta del paciente con alguna de las enfermedades crónicas seleccionadas (diabetes e hipertensión). Como se observó en el cuadro 34, una proporción menor de los pacientes fueron evaluados por enfermeras exclusivamente, por lo que este análisis se concentró en las entrevistas a médicos. .

Al finalizar el trabajo de campo, se entrevistaron un total de 433 médicos que refirieron ver al menos un paciente con diabetes y/o hipertensión que había completado la encuesta de salida el mismo día de la entrevista. Las características de los médicos entrevistados y de los pacientes y consultas a las que hicieron referencia se describen en el cuadro 38. En general los médicos en las clínicas de IMSS oportunidades eran más jóvenes y con mayor proporción de mujeres que en las clínicas de la secretaria de salud, aunque estas diferencia no fueron significativas. Solo una minoría de los médicos en todas las instituciones eran médicos pasantes de servicio social y la gran mayoría eran médicos generales. Sin embargo menos del 50% de los médicos refirieron una antigüedad mayor de 5 años en la clínica, especialmente en el IMSS donde esta proporción fue significativamente menor. Menos del 30% de los médicos en todas las instituciones refirieron haber recibido un curso de actualización de algún tema relacionado al síndrome metabólico aunque esta proporción fue significativamente más baja en las clínicas de la SS.

**Cuadro 38. Características de los médicos entrevistados y de los pacientes que atendieron**

	Institución <sup>(1)</sup>					
	SESAS-SP		SESAS-noSP		IMSS-Opor	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>MÉDICOS (n=713)</b>	n= 146		n=227		n=60	
<b>Proporción de mujeres</b>	51.7	45.4, 58.0	50.7	45.6, 55.8	66.2	54.2, 76.8
<b>Edad</b> (años) Media y (DS)	43.4	(10.3)	44.0	(11.0)	32.2	(6.7)
<b>Se considera indígena</b>	20.1	15.3, 25.6	13.5	10.2, 17.3	9.4	3.8, 18.5
<b>Nivel de Estudios</b>						
Menor al de licenciatura (pasantes o médicos no graduados) <sup>1</sup>	2.3	0.8, 5.1	2.6	1.2, 4.7	8.1	3.0, 16.8
Licenciatura (médicos generales)	96	92.8, 98.0	94.7	92.0, 96.7	90.5	81.4, 96.1
Superior a Licenciatura	1.5	0.4, 4.0	2.6	1.2, 4.7	1.3	0.03, 7.3
<b>Curso de capacitación en algún tema de Síndrome metabólico en los últimos 5 años</b>	18.5	13.9, 23.9	13.9	10.6, 17.8	<b>29.7</b>	<b>19.6, 41.4 *</b>
<b>Antigüedad en la clínica 5 años o más</b>	50.5	44.2, 56.9	55.4	50.3, 60.4	<b>16.2</b>	<b>8.6, 26.6 *</b>
<b>PACIENTES</b>						
<b>Proporción de mujeres</b>	78	70.4, 84.4	81.5	75.8, 86.3	80	67.6, 89.2
<b>Edad</b> (años) Media y( DS)	58.5	(13.0)	57.0-	(13.0)	58.0	(13.8)
<b>Diagnóstico <sup>(2)</sup></b>						
Diabetes	68.4	60.2, 75.9	62.1	55.4, 68.4	65	51.5, 75.8
Hipertensión arterial	58.9	50.4, 66.9	59.9	53.2, 66.3	61.6	48.2, 73.9
Hipercolesterolemia	9.5	5.3, 15.5	10.5	6.8, 15.3	0	0.0, 0.0
<b>CONSULTA</b>						
<b>Motivo</b>						
No programada de 1ª vez	3.4	1.1, 7.8	4.9	2.4, 8.6	5	1.0, 13.9
Control de enfermedad crónica	80.6	73.3, 86.7	81.2	75.5, 86.1	80	67.6, 89.2
Otros motivos	15.8	10.3, 22.8	13.8	9.6, 19.0	15	7.0, 26.5
<b>Tiempo de consulta:</b> minutos Media y(DS)	22.7	(7.3)	22.0	(6.5)	20.3	(5.6)

(1) Clínicas de la secretaria de salud Acreditadas (SESAS-SP) y NO acreditadas (SESAS-noSP) por el Seguro Popular. (SESAS-SP), Clínicas del sistema IMSS Oportunidades (IMSS-Opor)

(2) Los porcentajes suman más del 100% por la presencia de pacientes con más de un diagnóstico.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

El cuadro 35 presenta en el mismo orden que el cuadro 39, la proporción de las acciones y recomendación reportadas por los médicos utilizadas como indicadores de calidad de la atención.

**Cuadro 39. Acciones y recomendación que recibieron los pacientes durante la consulta en el día de la entrevista, por tipo de institución: Indicadores de calidad de la atención**

Durante la consulta	Institución <sup>(1)</sup>					
	SESAS-SP n= 146		SESAS-noSP n=227		IMSS-Opor n=60	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Acciones</b>						
1. Le tomó la presión	97.9	94.0, 99.5	97.3	94.2, 99.0	100	94.0, 100.0
2. Lo pesó en una báscula	98.6	95.1, 98.8	96.4	93.0, 98.4	100	94.0, 100.0
3. Le midió la cintura	55.8	47.3, 64.0	50.4	43.7, 57.1	36.6	24.5, 50.1
4. Le realizó una prueba de glucosa con tira reactiva (dextrostix)	42.7	34.5, 51.2	33	26.9, 39.6	51.6	38.3, 64.7
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	54	43.7, 64.0	43.2	34.9, 51.8	<b>69.2</b>	<b>52.4, 82.9 *</b>
5. Le realizó prueba de colesterol	5.5	2.4, 10.5	6.7	3.7, 10.8	1.6	0.04, 8.9
6. Le revisó cuidadosamente los pies (solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	87.5	81.0, 92.4	84.3	78.9, 88.8	91.6	81.6, 97.2
7. Le revisó los ojos con una lámpara (fondo de ojo)	20	13.8, 27.4	17.8	13.0, 23.5	21.6	12.0, 34.1
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	22	14.3, 31.3	17	11.2, 24.2	25.6	14.0, 42.1
8. Le realizó un prueba de orina	4.1	1.5, 8.7	4.4	2.1, 8.0	10	3.7, 20.5
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	4	1.1, 9.9	5.6	2.4, 10.8	15.3	5.8, 30.5
<b>Recomendaciones</b>						
9. Le explicó como tomarse los medicamentos	99.3	96.2, 99.9	98.2	95.4, 99.5	100	94.0, 100.0
10. Le explicó que dieta debe seguir	97.2	93.0, 99.2	94.6	90.8, 97.2	98.3	91.0, 99.9
11. Le explicó que tipo de ejercicio debe realizar	95.8	91.2, 98.4	93.7	89.7, 96.5	96.6	88.4, 99.5
12. Le aconsejó no fumar solo en fumadores <sup>(3)</sup>	21.3	15.0, 28.9	27.6	21.9, 34.0	23.3	13.3, 36.0
13. Le explicó como cuidarse los pies (solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	98	92.9, 99.7	92.2	86.4, 96.0	94.8	82.6, 99.3
14. Lo refirió con Nutriólogo o especialista en dietas	33.1	25.5, 41.3	22.3	17.0, 28.3	28.3	17.4, 41.4
15. Lo refirió con Oftalmólogo	18.6	12.6, 25.9	15.6	11.1, 21.0	20	10.7, 32.3
(solo diabéticos <sup>(2)</sup> )	21	13.4, 30.2	15.6	10.0, 22.6	17.9	7.5, 33.5
16. Le midió la talla	96.5	92.1, 98.8	93.3	89.1, 96.2	100	94.0, 100.0
17. Le calculó el Índice de Masa Corporal	78.6	71.0, 84.9	74.5	68.3, 80.1	88.3	77.4, 95.1
19. Le recomendó o aplicó la vacuna de neumonía	43.4	35.2, 51.9	46.4	39.7, 53.1	48.3	35.2, 61.6
21. Le recomendó o aplicó la vacuna de Hemophilus Influenza	66.2	57.8, 73.8	64.2	57.6, 70.5	63.3	49.8, 75.4
22. Lo refirió a un grupo de apoyo	61.3	52.9, 69.3	50.8	44.1, 57.6	<b>38.3</b>	<b>26.0, 51.7 *</b>
23. Utilizó algún tipo de norma para la atención del paciente crónico	66.1	57.8, 73.8	59.8	53.0, 66.2	71.6	58.5, 82.5

(1) Clínicas de la secretaria de salud Acreditadas (SESAS-SP) y NO acreditadas (SESAS-noSP) por el Seguro Popular. (SESAS-SP), Clínicas del sistema IMSS Oportunidades (IMSS-Opor)

(2) Números totales de pacientes con diabetes por Institución: SESAS-SP=172, SESAS-noSP=252, IMSS-Oport= 252.

(3) Numero de Fumadores por institución: SESAS-SP=66, SESAS-noSP=101, IMSS-Oport= 47

\* Negritas: Diferencias significativas con entre al menos 2 tipos de institución.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

Al igual a lo observado en la información proveniente de los pacientes, las actividades recomendadas a realizar en toda consulta (actividades 1, 2, 9, 10, 11, 12 y 13 marcadas en la tabla), presentaron porcentajes altos de cumplimiento. En contraste con lo observado en el cuadro 38, el personal de salud reportó en casi todas las acciones proporciones mayores de cumplimiento a lo reportado por los pacientes, especialmente notorio para el caso de la medición de cintura, la revisión cuidadosa de los pies, y para el caso de recomendaciones de dieta y ejercicio y referencia al especialista en dietas. Aunque con la información obtenida no se puede llegar a conclusiones contundentes que expliquen la discrepancia entre lo reportado por los pacientes y lo reportado por los proveedores de los servicios de salud, es posible que el médico esté sobreestimando el cumplimiento de las recomendaciones. Sin embargo, la posibilidad de una subestimación por parte del paciente es imposible de descartar ante la ausencia de observación por terceros. En el supuesto de que ambas fuentes están proporcionando información válida, la discrepancia en las recomendaciones de dieta y ejercicio puede sugerir que aun con la explicación del médico, el paciente no lo está entendiendo como tal y será necesario fortalecerlos para lograr el objetivo.

La utilización de guías o normas de pacientes, especialmente en el primer nivel de atención, se ha marcado como un indicador de calidad de atención. En este sentido, más del 60% de los médicos refirieron haber utilizado las normas técnicas de atención para diabetes o hipertensión en el manejo de los pacientes. Sin embargo alrededor de 25 % de los médicos reportó que no había leído las normas en los últimos 6 meses y que más bien se guiaba por experiencia y conocimiento previos.

A todos los médicos se le preguntó al personal de salud que emitiera un diagnóstico final de la consulta referida. Como se muestra en el cuadro 40, un poco más del 50% en todas las instituciones concluyó que el paciente se encontraba en buen control y del resto la mayoría reportó como descontrol de la glucosa o de la presión arterial. Alrededor del 50% de los médicos solicitaron un examen de laboratorio para la próxima consulta de control, lo que se considera bajo ya que para este tipo de pacientes y especialmente para los pacientes con diabetes se esperaría que el total de los médicos solicitaran una evaluación del control glucémico o del algún examen de detección de comorbilidad o complicación para normar conducta terapéutica en la siguiente consulta. Lo que es más preocupante es que esta proporción no aumentó en aquellos pacientes que fueron reportados por los mismos médicos como pacientes con algún grado de descontrol o específicamente de la glucosa. Esto sugiere una evaluación superficial del

control metabólico de este tipo de pacientes con enfermedades. Cuando se les preguntó a los médicos la razón por no solicitar laboratorio, cerca del 80% contestó que no lo consideraron necesario aun entre aquello que fueron diagnosticados como en descontrol, lo que sugiere que los médicos no detectan la importancia del monitores periódico de los niveles de glucosa o algún otro examen como parte de la atención el paciente con enfermedad crónicas, aun en los casos de descontrol. Estas proporciones fueron similares entre instituciones

Finalmente, en el mismo cuadro 40, se observa que menos del 20 % de los médicos decidió un cambio en el tratamiento después de la consulta y esta proporción solo aumento ligeramente cual el mismo médico consideró que se encontraba en descontrol, especialmente en las clínicas del IMSS oportunidades. Esto sugiere poco dinamismo en la modificación de tratamiento lo que definitivamente reduce las posibilidades de lograr los objetivos de control.

**Cuadro 40. Características del personal de salud entrevistado, de los pacientes que atendieron y de la consulta**

Diagnostico final por personal de salud Mé.	Institución <sup>(1)</sup>					
	SESAS-SP n= 146		SESAS-noSP n=227		IMSS-Opor n=60	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Buen control	56.5	48.0, 64.7	55.3	48.5, 61.9	56.6	43.2, 69.4
Descontrol de la hipertensión	12.4	7.5, 18.9	14.7	10.3, 20.0	23.3	13.3, 36.0
Descontrol de la glucosa	24.1	17.4, 31.9	26.7	21.1, 33.0	20	10.7, 32.3
Descontrol de lípidos	3.4	1.1, 7.8	0.8	0.1, 3.1	0	0.0, 0.0
Cuadros de hipoglucemia	0.6	0.01, 3.7	0.4	0.01, 2.4	0	0.0, 0.0
Cuadro de hipotensión	0	0.0, 0.0	0.4	0.01, 2.4	0	0.0, 0.0
No sabe	2.7	0.7, 6.9	1.3	0.2, 3.8	0	0.0, 0.0
<b>Solicito algún examen de laboratorio para seguimiento</b>						
En el total de la población	51	42.6, 59.4	55.3	38.0, 51.4	46.6	33.6, 60.0
Solo pacientes con mal control <sup>(2)</sup>	49.2	37.8, 63.6	55	35.0, 55.2	57.6	23.3, 63.0
Solo pacientes con mal control de glucosa	54.2	36.6, 71.1	73.3	60.3, 83.9	66.6	9.9, 65.1
<b>Cambio de tratamiento</b>						
En el total de la población	19.3	13.2, 26.6	20.9	15.8, 26.9	23.3	13.3, 36.0
Solo pacientes con mal control <sup>1</sup>	25.4	15.2, 37.9	30	21.2, 39.9	46.1	26.5, 66.6
Solo pacientes con mal control de glucosa	20	8.4, 36.9	33.3	21.6, 46.6	41.6	15.1, 72.3

(1) Clínicas de la secretaria de salud Acreditadas (SESAS-SP) y no acreditadas (SESAS-noSP) por el Seguro Popular. (SESAS-SP), Clínicas del sistema IMSS Oportunidades (IMSS-Opor)

(2) Mal control se refiere al total de pacientes que el médico emitió el diagnostico diferente al de buen control.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

#### **4.4.3 Evaluación de los casos estandarizados para atención de diabéticos**

Para mejor identificar la calidad técnico-médico, se empleo una viñeta clínica de un caso de un hombre de 45 años, fumador, previamente bajo control de un médico particular, pero acudiendo para atención médico en el centro de salud "...para checar su azúcar". Anteriormente se había establecido una lista todos los criterios de atención para este paciente, por dominio de la visita (historia médica, examen físico, laboratorios, diagnóstico y tratamiento y manejo del paciente), definiendo todo lo que le debe de preguntar, examinar, su diagnóstico y medicamentos óptimos. Estos criterios de atención para el paciente se basaron en los lineamientos y la norma oficial mexicana para la atención a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Después de proporcionar datos del "paciente" al médico, se preguntó al médico acerca de todo le preguntaría a su paciente y las acciones que siguiera para proporcionar atención a este paciente. Se marcó en la lista preestablecido de criterios todos los ítems que mencionó el médico.

La viñeta clínica sobre la visita de paciente diabético fue completada por 700 médicos (ver cuadro 41). Se cálculo una calificación para la atención en cada dominio de una visita típica (historia, examen físico, laboratorios y pruebas de gabinete, diagnóstico, y tratamiento y manejo del paciente), la cual fue el número de respuestas correctas divididas por el número total de criterios para la atención a este tipo de paciente. La calificación promedio para toda la muestra fue de 66.3% (de 16.6) como se muestra en el cuadro 41.

La mayoría de los médicos hicieron un diagnosis correcta de diabetes mellitus, tipo 2 (83.4%) y 74.4% reconocieron la gravedad de descontrolado. Para tratar el problema, 75% mencionaron que recetarían metformina, protocolo indicado por la NOM y los lineamientos mexicanos; 42.1% de los médicos aumentaría la dosis de glyburide. Con el fin de dar atención integral al paciente, 88.6% mencionaron dar o referir el paciente para asesoría en dieta y casi la misma proporción (81.1%) de médicos hicieron la recomendación de hacer ejercicio. Solo 53.1% de los médicos recomendaron a su paciente evitar tabaco.

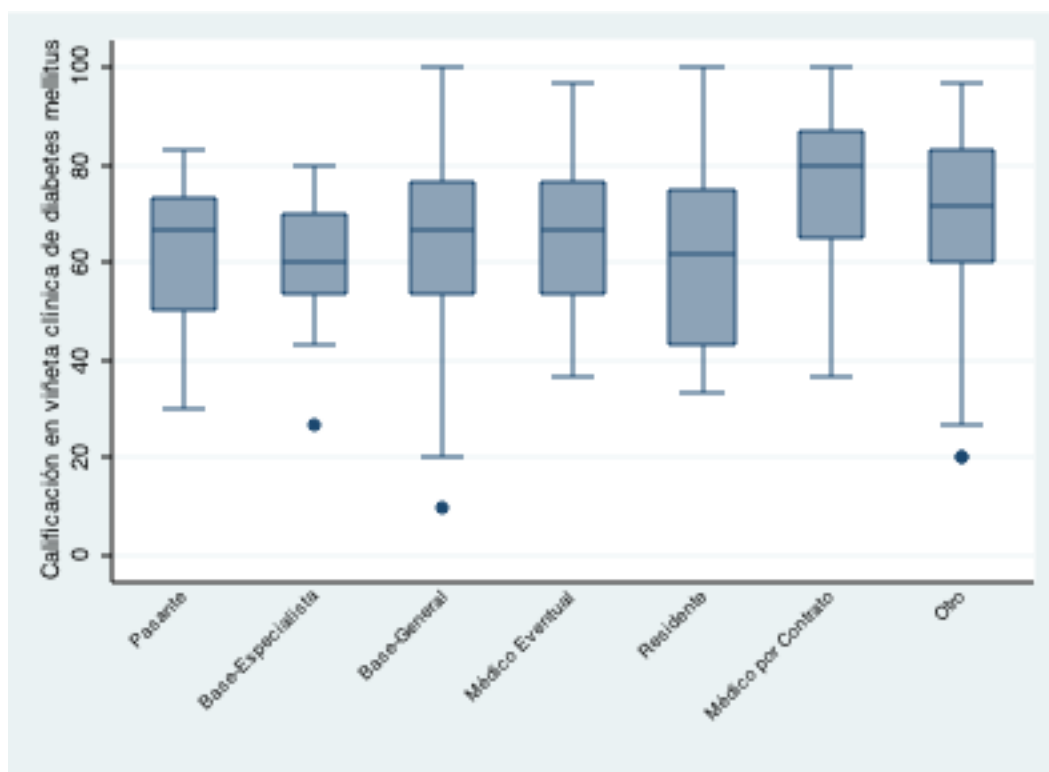


**Cuadro 41. Desempeño en viñeta de paciente con diabetes mellitus**

	Médicos (n=700)	
	%	DE
<b>Dominio</b>		
<b>Historia</b>	59.0	23.5
<b>Examen</b>	81.1	20.2
<b>Laboratorio</b>	74.6	25.1
<b>Diagnóstico</b>	66.0	27.1
<b>Tratamiento</b>	63.6	20.9
<b>Calificación total</b>	<b>66.3</b>	<b>16.6</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

**Figura 17. Calificación de médicos de la viñeta de atención al paciente diabético**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

La viñeta permite observar el uso de laboratorios e intervenciones no necesarios, tanto como las acciones críticas que debe de hacer el médico. Para la viñeta de diabetes, analizamos el uso de ciertas herramientas de diagnóstico, que es sí, no son necesarios para un paciente como el perfil presentado a los médicos en la viñeta. El uso de pruebas de diagnóstico y laboratorios, como encimas hepáticas, y ultrasonido es bajo, sin embargo

destaca que casi un cuarto de los médicos recomendaría el uso de un electrocardiograma en reposo o de esfuerzo y casi un tercio ordenaron un rayos-X (cuadro 42).

**Cuadro 42. Uso de pruebas de laboratorio y diagnósticos no necesarios (N=700)**

<b>Prueba</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Rayos-X	29.9
Encimas hepáticas	12.4
Ultrasonido	13.4
ECG en reposo o de esfuerzo	26.6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

#### **4.5 La percepción de la calidad de atención por los usuarios y prestadores del programa oportunidades<sup>4</sup>**

##### **4.5.1 Experiencias y percepciones de los usuarios**

###### **4.5.1.1 Características de los usuarios**

El cuadro 43 describe las características de los usuarios de las clínicas visitadas. De los 2,575 usuarios entrevistados 88.1% fueron mujeres, con una edad mediana de edad fue 43 (rango intercuartil: 25 a 59 años). Una tercera parte tuvo un nivel de educación superior a la primaria, 18% reportaron un trabajo en las últimas cuatro semanas, y menos del 10% declararon entender alguna lengua indígena. La única diferencia estadísticamente significativa entre los usuarios de los tres estrados de análisis – Secretaria Estatal de Salud sin acreditación para Seguro Popular, con acreditación para Seguro Popular e IMSS Oportunidades- fue la edad, cuya mediana en los servicios del IMSS Oportunidades fue mayor (47 versus 43 y 40).

<sup>4</sup> Elaborado por Veronika J. Wirtz, Yared Santa Ana Téllez

**Cuadro 43. Características de los beneficiarios (excepto niños menos a 10 años)**

Variable		General		SESAS-SP		SESAS-sin SP		IMSS-Oportunidades	
		n=2,577	%	n=831	%	n=1,251	%	n=493	%
Sexo	Hombre	308	11.92	98	11.79	145	11.59	65	13.18
	Mujer	2,269	88.05	733	88.21	1,106	88.41	428	88.82
Edad	Mediana	43		43*		40*		47	
	(25% - 75%)	(23 - 59)		(23 - 60)		(23 - 58)		(28 - 61)	
Entiende lengua indígena		148	8.96	29	5.5	70	8.77	49	15.03
Nivel Educativo	Ninguno	296	17.95	93	17.65	127	15.95	76	23.31
	Primaria	701	42.51	210	39.85	352	44.22	139	42.64
	Secundaria	431	26.14	157	29.79	192	24.12	82	25.15
	Bachillerato	151	9.16	48	9.11	76	9.55	27	8.28
	Superior	70	4.24	19	3.61	49	6.16	2	0.61
Trabajo	No	929	82.21	310	82.89	440	81.33	179	83.26
	Si	201	17.79	64	17.11	101	18.67	36	16.74

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

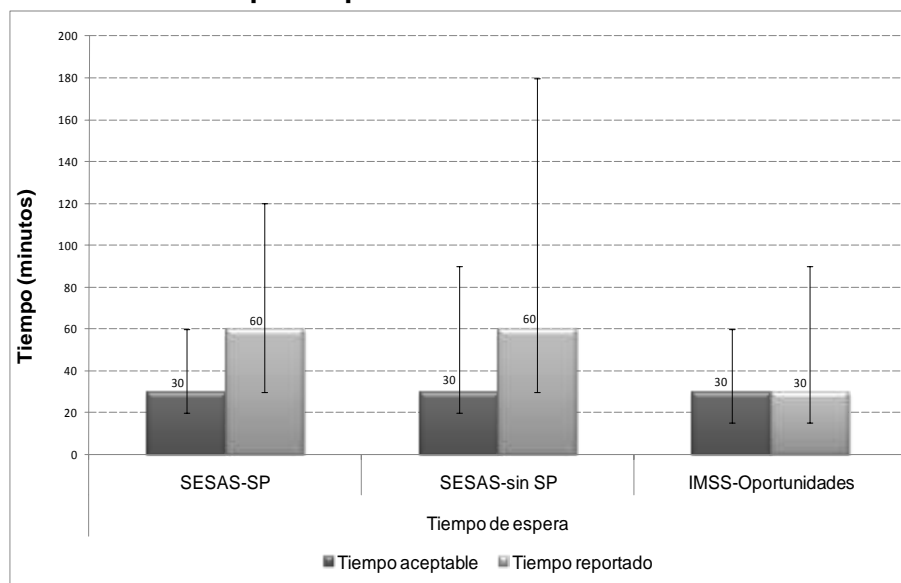
#### 4.5.1.2 Experiencias y percepción del acceso a los servicios

Alrededor de la mitad de los usuarios (47.6%) caminaron para acceder a los servicios de salud y una tercera parte utilizó transporte público. La mediana de tiempo de transporte fue de 15 minutos. Tres-cuartas partes de los usuarios se tardaron menos de 30 minutos para llegar a las instalaciones de los servicios de salud con una mediana de costo de transporte de 10 pesos, siendo los usuarios de los servicios de las SESAS-SP quienes gastaron menos que los usuarios de las otras dos instituciones (8 versus 10 pesos).

La mediana del tiempo de espera fue 60 minutos con un rango de 20 a 135 minutos. Llama la atención que 25% de los usuarios tuvieron que esperar más de dos horas para su consulta, siendo las unidades del IMSS-Oportunidades en donde se registró el menor tiempo (mediana de 30 minutos); los tiempos de espera fueron más largos en las instituciones de la Secretaría Estatal de Salud sin acreditación por el Seguro Popular, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Alrededor de dos terceras partes de los usuarios (62.1%) pensaron que el tiempo de espera fue “mucho tiempo” o “demasiado tiempo”.

Al comparar los tiempos de espera reportados con los tiempos de espera aceptables por institución de atención se aprecia que existe una brecha de 30 minutos entre la experiencia del usuario y su expectativa. Solo para el IMSS-Oportunidades el tiempo de espera concuerda con el tiempo de espera resultó ser aceptable.

Figura 18. Tiempo de espera reportado en comparación con el tiempo de espera aceptable por institución de atención



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

#### 4.5.1.3 Las experiencias y percepciones del proceso de atención

El cuadro 44 muestra que la mediana del tiempo de consulta fue de 20 minutos (15-25) la cual fue clasificada como aceptable por la mayoría de los usuarios. Además, en esta tabla 2 se puede apreciar que la mayoría de los usuarios fueron atendidos por el médico quienes en más del 96% manifestaron estar de acuerdo con el trato recibido y la comunicación con su médico. El 81% de los usuarios reportaron que el médico no les preguntó si están de acuerdo con el tratamiento y 90.5% de los mismos declararon estar de acuerdo con la calidad de los medicamentos provistos en las clínicas.

**Cuadro 44. Experiencias y percepciones de los pacientes con el acceso y la utilización de los servicios de salud**

Variable		General		SESAS-SP		SESAS-sinSP		IMSS-Oportunidades	
		n=2,575	%	n=831	%	n=1,251	%	n=493	%
<b>Acceso</b>									
Transporte	Caminando	1,223	47.55	389	46.87	602	48.28	231	46.86
	Transporte público	814	31.65	267	32.17	391	31.36	155	31.44
	Bicicleta	51	1.98	14	1.69	16	1.28	21	4.26
	Taxi	236	9.18	60	7.23	126	10.1	50	10.14
	Coche propio	172	6.69	67	8.07	81	6.5	24	4.87
	Otro	76	2.95	33	3.98	31	2.49	12	2.43
Costo de transporte [pesos mexicanos]		10 (5 - 15)		8** (4 - 14)		10 (5 - 15)		10 (5.5 - 20)	
Tiempo de transporte [minutos]		15 (10 - 30)		15* (10 - 25)		15* (10 - 30)		20 (10 - 30)	
Tiempo de espera [minutos]		60 (20 - 135)		60 (30 - 120)		60 (30 - 180)		30 (15 - 90)	
Opinión del tiempo de espera	Demasiado	226	8.82	59	7.11	105	8.47	62	12.63
	Mucho	1,367	53.36	432*	52.05	607*	48.99	326	66.4
	Aceptable	507	19.79	185	22.29	269	21.71	53	10.79
	Corto	462	18.03	154	18.55	258	20.82	50	10.18
<b>atención</b>									
Tiempo de consulta [minutos]		20 (15 - 25)		20 (15 - 25)		20 (15 - 25)		20 (15 - 25)	
Opinión de tiempo de consulta	Corto	281	10.97	94	11.33	138	11.15	48	9.78
	Aceptable	2,194	85.67	708	85.3	1,053	85.06	432	87.98
	Mucho tiempo	53	2.07	20	2.41	28	2.26	5	1.02
	Demasiado tiempo	33	1.29	8	0.96	19	1.53	6	1.22
Quien lo atendió	Auxiliar	2	0.08			2	0.16		
	Enfermera	66	2.58	11	1.33	37	2.99	18	3.67
	Médico	2,177	85.01	690*	83.13	1,088*	87.88	399	81.26
	Ambos enfermera y médica	316	12.34	129	15.54	111	8.97	74	15.07
El médico contestó todas sus preguntas		2,480	96.91	802	96.63	1,198	96.85	478	97.55
El médico le escuchó con atención		2,504	97.85	810	97.59	1,209	97.66	483	98.77
El médico le preguntó si estaba de acuerdo con el tratamiento		2,080	81.31	677**	81.66	961**	77.69	440	89.8
El médico lo atendió con respeto y dignidad		2,535	99.02	823	99.16	1,226	99.11	484	98.57

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

Al comparar la experiencia y la percepción de la atención de los usuarios por grupo de derechohabencia, se aprecia que aquellos usuarios afiliados tanto al Seguro Popular como a Oportunidades tuvieron mejores experiencias y percepciones de la atención en comparación a los usuarios sin afiliación (cuadro 45).

**Cuadro 45. Comparación entre la percepción de la calidad de atención por afiliación de los usuarios**

Variables	Oportunidades y Seguro Popular (n=641)	Oportunidades (n=244)	Seguro Popular (n=1,211)	Sin afiliación (n=456)
Tiempo de espera adecuado	70.2%**	77.5%**	55.7%	60.1%
Tiempo de consulta adecuado	97.2%	97.5%	96.6%	95.4%
El medico contestó todos sus preguntas	98.9%**	98.3%**	98.6%	99.1%
El medico tuvo buena accesibilidad	92.0%**	96.3%**	89.8%	87.5%
El medico escuchó con atención	98.6%*	98.8%	97.5%	97.1%
El medico preguntó si esta de acuerdo con el tratamiento	86.3%**	83.6%	78.2%	81.3%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009), implementada por el CIEE/INSP.

\*Diferencia entre proporciones  $p < 0.05$ , \*Diferencias entre proporciones  $< 0.1$ , grupo de comparación es sin afiliación

#### 4.5.2 Percepciones del personal de salud

##### 4.5.2.1 Características del personal de salud

Las características de los médicos y enfermeras son semejantes entre los tres grupos de instituciones (cuadro 46 y 47) con excepto a los médicos del IMSS-oportunidades quienes son más jóvenes (mediana 31; rango intercuartil: 27-35).

**Cuadro 46. Características de las enfermeras**

Variable		General n=579		SESAS-SP n=194		SESAS-sin SP n=311		IMSS-Oportunidades n=74	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Hombre	45	7.81	14	7.25	23	7.44	8	10.81
	Mujer	531	92.19	179	92.75	286	92.56	66	89.19
Edad	Mediana	36		36		37		36.5	
	(25% - 75%)	(30 - 45)		(31 - 43)		(30 - 46)		(32 - 41)	
Entiende lengua indígena		49	8.51	16	8.29	17	5.50	16	21.62
Estudios	Técnico	328	57.34	103	53.65	185	59.87	40	56.34
	Auxiliar	60	10.49	18	9.38	31	10.03	11	15.49
	Licenciatura	179	31.29	71	36.98	90	29.13	18	25.35
	Maestría	5	0.87			3	0.97	2	2.82
Capacitación		329	57.32	119	61.66	170	55.02	40	55.56
Horas de trabajo	Mediana	40		40**		40**		40	
	(25% - 75%)	(35 - 40)		(35 - 40)		(34 - 40)		(40 - 40)	
Horas paciente		30		30		28		30	
(25% - 75%)		(20 - 35)		(16 - 35)		(20 - 35)		(20 - 35)	
Horas oportunidades	Mediana	8		8**		6**		24	
	(25% - 75%)	(2 - 20)		(2 - 20)		(1 - 18)		(5 - 30)	
Otro trabajo		46	8.01	16	8.29	25	8.09	5	6.94

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

\*\*Diferencias estadísticamente significativas al 95% con IMSS-Oportunidades como grupo de comparación

**Cuadro 47. Características de los médicos**

Variable		General		SESAS-SP		SESAS-sinSP		IMSS-Oportunidades	
		n=712	%	n=253	%	n=386	%	n=73	%
Sexo	Hombre	337	47.33	122	48.22	190	49.22	25	34.25
	Mujer	375	52.67	131	51.78	196	50.78	48	65.75
Edad	Mediana	42		44		45		31**	
	(25% - 75%)	(34 - 52)		(35 - 53)		(35 - 53)		(27 - 35)	
Entiende lengua indígena		47	6.61	16	6.32	27	7.01	4	5.48
Capacitación		595	84.04	217	86.11	313	81.72	65	89.04
Horas de trabajo	Mediana	40		40		40		40	
	(25% - 75%)	(35 - 40)		(35 - 40)		(34 - 40)		(40 - 40)	
Horas paciente	Mediana	30		30		30		30	
	(25% - 75%)	(24 - 40)		(24 - 36)		(24 - 40)		(24 - 40)	
Horas oportunidades	Mediana	10		10		6		26.5	
	(25% - 75%)	(2 - 20)		(3 - 20)		(2 - 18)		(9 - 35)	
Otro trabajo		217	30.65	84	33.33	122	31.85	11	15.07

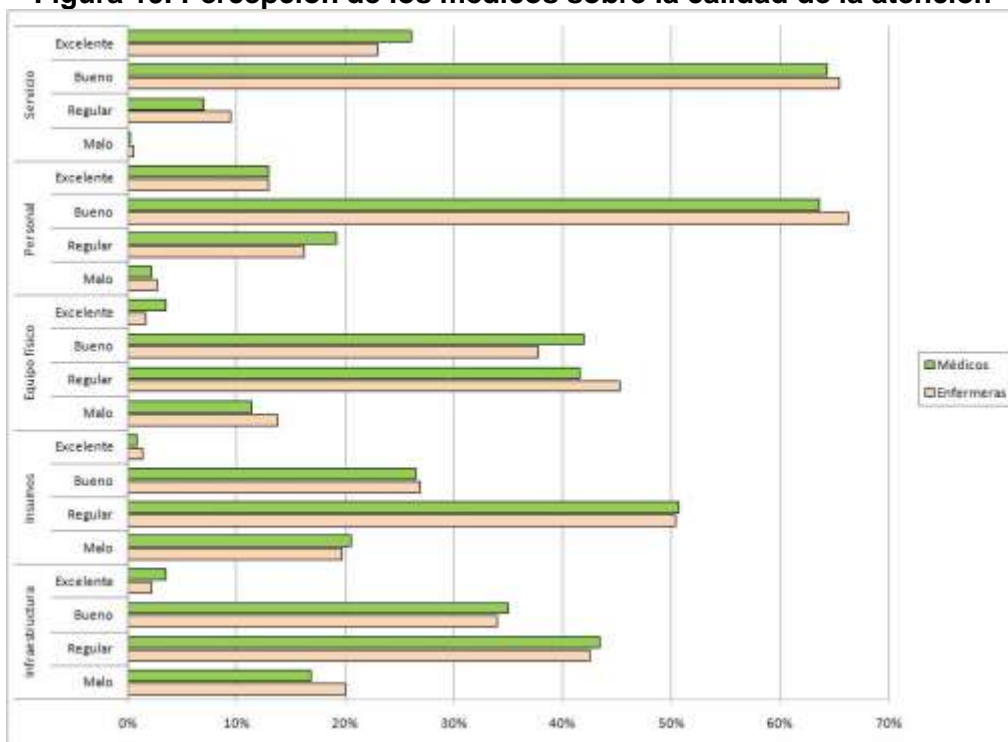
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

\*\*\*\*Diferencias estadísticamente significativas al 95% con IMSS-Oportunidades como grupo de comparación

#### 4.5.2.2 Percepción de la calidad de atención del personal de salud

Existe una gran concordancia entre la percepción de los médicos y la de las enfermeras (figura 19). Resalta que alrededor de dos terceras partes de los médicos y de las enfermeras percibieron como regular o mala la infraestructura, equipamiento y disponibilidad de insumos en las clínicas. En contraste, más de 75% de ambos grupos percibieron como bueno o excelente al personal existente y al servicio ofrecido.

**Figura 19. Percepción de los médicos sobre la calidad de la atención**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de unidades de salud de la Encuesta de Evaluación de los Hogares Urbanos 2009 (ENCELURB 2009).

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

### 5.1 Condiciones estructurales de las unidades de salud en zonas urbanas

El análisis reportado en este documento con relación a las condiciones estructurales de las unidades públicas de primer nivel de atención a la salud en zonas urbanas identifica en general dos aspectos centrales: por un lado, se resalta que en promedio, los porcentajes de adecuación indican que las unidades cuentan con entre 50% y 70% de lo que deberían tener de acuerdo a los mínimos normativos, lo que genera restricciones importantes en su capacidad de ofrecer servicios adecuados; por otra parte, y de forma similar a lo observado en el análisis rural, se observa una importante heterogeneidad en los servicios, es decir, alrededor de los promedios mencionados, hay unidades que deben atender a población urbana para las que los porcentajes de adecuación (contar con lo que deben tener) se ubican por debajo de 20%, al tiempo que hay otras unidades que cuentan entre 80% y 100% de lo que deben tener.

Estos dos aspectos son relevantes, porque señalan por un lado que la población promedio cuenta con acceso efectivo limitado a los servicios de salud, y por el otro que la



oferta de servicios de salud para esta población dista de ser homogénea, lo que implica que aunque en principio para la población beneficiaria del PDHO hay un programa único, en la realidad el componente de salud es diferente en los hechos en función de la unidad de atención, lo que podría implicar resultados diferenciales para las familias y sus integrantes.

### **5.1.1 Recursos humanos**

El perfil del personal es quizás la característica de mayor homogeneidad entre las unidades. Se trata de personal de salud con mayor experiencia al observado en el caso rural (lo que se puede explicar por mayor proporción de personal fijo en oposición a la presencia de médicos pasantes en el caso rural), y que reportan haber recibido cursos recientes. Hay relativamente mayor acceso a información sobre prescripción y atención en comparación con el caso rural, aún si se hace evidente la falta de consulta a guías y procedimientos estandarizados para la atención.

El personal de salud es un nivel socioeconómico claramente mayor a la población que atienden, lo que podría ser un factor si no es abordado explícitamente que genere barreras para la comunicación entre el personal y los usuarios.

### **5.1.2 Sistema de referencia**

El sistema de referencia se beneficia de la mayor disponibilidad de servicios en el entorno urbano, por lo que en general los servicios de mayor complejidad para la atención de casos complicados en niños y mujeres se ubican en tiempos de traslado menores (de 6 a 10 min en promedio); no obstante, no existe una adecuada oferta de transporte por parte de las unidades, y en general se espera que sean los usuarios quienes resuelvan esta necesidad cuando se presenta.

### **5.1.3 Disponibilidad de espacios físicos**

Más allá de la existencia general de consultorio y sala de espera, el porcentaje de adecuación de espacios se ubicó en promedio alrededor de 60%. No únicamente los espacios de mayor complejidad, como la sala de urgencias, quirófano o laboratorio, que son altamente escasos, presentan deficiencias, sino que incluso en algunas unidades no cuentan con espacios como enfermería, y área para los talleres. Igualmente, se identificaron carencias importantes en espacios fríos para medicamentos y vacunas, lo que limita la oferta de estos bienes en las unidades.

#### **5.1.4 Equipamiento**

Aún tratándose del conjunto de instrumental para los que se cuenta en la mayor proporción de las unidades, la evidencia de que en un grupo de unidades declaran no contar con instrumentos necesarios para la exploración de rutina de usuarios como esfigmomanómetros, otoscopios y termómetros, sugiere que estas unidades no están en condiciones de llevar a cabo los procedimientos mínimos para identificar correctamente los problemas de salud de la población que atienden. Es posible que en alguna medida estas carencias se subsanen con instrumentos propiedad del personal de salud, que no se reporta como de la unidad, pero incluso en estos caso se trataría de una situación precaria para los usuarios, dependientes de la presencia de personal con instrumental propio.

Si esto ocurre para instrumental básico, es claro que se acentúan las carencias cuando se refieren a equipos de mayor nivel es complejidad. La carencia amplia de equipos de electrocardiograma y el *doppler* hacen que estas unidades deben depender del segundo nivel de atención incluso para el monitoreo de rutina de condiciones altamente prevalentes en la población a atender.

#### **5.1.5 Insumos médicos**

Por lo que se refiere a los insumos, nuevamente resalta la carencia de aquellos que podrían considerarse indispensables considerando el perfil epidemiológico de la población. Tal es el caso de las tiras para pruebas rápidas de glucosa y de orina; las primeras necesarias para la detección oportuna de diabetes, y las segundas, para el monitoreo del embarazo.

#### **5.1.6 Medicamentos**

En cuanto a los medicamentos del cuadro básico, el análisis indica que existe un desabasto importante, y con el mismo panorama de alta heterogeneidad que sugiere unidades con existencias sumamente limitadas de medicamentos. A diferencia de los otros rubros analizados, en los cuales las unidades de las SESAS se encontraban en promedio en mejores condiciones, el abasto de medicamentos en mayor para las unidades de IMSS-Oportunidades. Esto podría estar relacionado con el esquema vertical de compra de medicamentos en este sub-sistema, comparado con la operación diferencia de cada SESA.

### **5.1.7 Servicios**

Los servicios proporcionados por las unidades están estrechamente vinculados con el abastecimiento de insumos para atención de los pacientes, material médico, equipamiento y medicamentos. Según los resultados mostrados, muy pocas unidades ofrecen servicio de Papanicolaou, lo que estaría limitando de forma importante la detección temprana de cáncer cervical y uterino. De igual manera, y por lo que se refiere al monitoreo del embarazo, son limitadas las unidades que ofrecen el servicio de ultrasonido obstétrico, lo que las hace depender de unidades de mayor complejidad, generando una barrera adicional para este procedimiento.

### **5.1.8 Índice de calidad**

Los resultados del análisis de la estructura de las unidades muestra que las condiciones relativas de los servicios de salud que se ofrecen en el ámbito urbano son similares a las observadas para el ámbito rural; esto es importante de destacar porque en el caso rural se presumía que las carencias estaban asociadas con las condiciones de marginación geográfica de las localidades, hipótesis que los resultados urbanos no soportan. Los resultados urbanos indican una condición estructural más amplia en el sistema de salud, que requiere intervenciones decididas e igualmente estructurales para incrementar los recursos financieros destinados a mejorar las instalaciones, equipamiento, y abasto de las unidades.

El hecho de que la acreditación de la Secretaría de Salud está asociada a mejores condiciones estructurales es una evidencia de que es posible con acciones y recursos focalizados mejorar las condiciones operativas de los servicios, de forma que se pueda avanzar hacia una oferta homogenizada hacia la mayor calidad.

## **5.2 Calidad técnica de la atención prenatal**

### **5.2.1 Utilización de servicios prenatales.**

En general, se identificó que el promedio de visitas prenatales fue de 5 visitas, y entre mujeres que asisten a clínicas de IMSS-Oportunidades dicho promedio sube a 6 visitas. Esto evidencia que en promedio las mujeres cumplen por lo menos con el número mínimo de visitas prenatales recomendado en las guías generales de atención del embarazo que promueve el Programa Oportunidades (cinco visitas). Adicionalmente se encontró que una proporción importante de mujeres inician su seguimiento prenatal de manera oportuna fundamentalmente en los dos primeros trimestres del embarazo.

### **5.2.2 Exámenes físicos de rutina.**

Se observó que la proporción del reporte de la realización de procedimientos de rutina como la toma de presión arterial y medición del peso se reporta con alta frecuencia tanto entre médicos como pacientes. Sin embargo otro tipo de exámenes físicos el examen de mama, el examen pélvico tuvo un bajo reporte en su realización tanto entre pacientes como entre médicos.

### **5.2.3 Realización de exámenes de laboratorio.**

El conocimiento de los resultados del grupo RH, VIH, y VDRL son claves para el seguimiento adecuado del embarazo. El análisis de orina es importante para el diagnóstico oportuno de preeclampsia y diabetes y la determinación de glucosa para la identificación de diabetes. Cabe destacar que en todos los casos (el reporte de médicos y pacientes, así como el registro en la cartilla prenatal) la realización de exámenes de laboratorio y procedimientos auxiliares como el ultrasonido fueron procedimientos con baja frecuencia en cualquiera de las fuentes de reporte (pacientes, médicos ó cartilla prenatal). Específicamente es notable la baja frecuencia en el registro de análisis de laboratorio clave como el grupo y Rh, exámenes de VIH, VDRL, hemoglobina y orina entre mujeres que sólo tienen Oportunidades, la cual podría estar asociado con el hecho de que el pago por exámenes de laboratorio fue muy común entre las mujeres.

### **5.2.4 Diagnóstico temprano y manejo médico**

Los resultados de la viñeta clínica demuestran que los médicos de los centros de salud de esta muestra son capaces de diagnosticar a una mujer con preeclampsia, síndrome que puede amenazar la vida de la madre y del bebé si no se identifica con tiempo. El siguiente procedimiento de mejor desempeño fue el protocolo para la referencia de una mujer al hospital para su tratamiento. Sin embargo, los resultados referentes al parto sugieren que la calidad de atención obstétrica no siempre se apega a la norma en cuanto el uso de procedimientos de limpieza uterina después de un parto normal, el uso inadecuado de medicamentos, tal como sub-uso de oxitocina después del alumbramiento de la placenta, la falta de uso de sulfato de magnesio y el uso erróneo del ergotrate, el cual es contraindicado para una mujer con preeclampsia.

### **5.2.5 Actividades de Prevención**

Se encontró que la realización de consejería por parte del médico relacionada con el mantenimiento de peso adecuado y de nutrición es limitada (tanto en lo reportado por el paciente como entre médicos). De esta forma, podría deducirse que aunque los

proveedores de salud están llevando a cabo acciones para valorar el estado de salud de la mujer, esto no se complementa con sugerencias para una toma de peso y dieta sana durante el embarazo.

Se observó un bajo uso de ácido fólico y pastillas de hierro entre las mujeres embarazadas de la muestra analizada. La toma de dichos suplementos es importante para la prevención de anemia y sus consecuencias, así como defectos de tubo neural (anencefalia) El acceso a suplementos básicos en la clínica fue relativamente aceptable, aunque su disponibilidad en las unidades médicas de la SS resultó ser menor en relación con las unidades de salud de IMSS-Oportunidades. Es importante subrayar que la mayor parte de las mujeres no pagan por los medicamentos como el ácido fólico y el hierro, lo que refleja el acceso adecuado a estos insumos médicos una vez que estos están disponibles en las clínicas.

#### **5.2.6 Utilización y registro de información en la cartilla prenatal.**

Se encontró una utilización de la cartilla prenatal relativamente baja entre los pacientes de la muestra analizada (sólo 56.5% la llevaban consigo). Es de gran relevancia resaltar el uso consistente de la cartilla prenatal entre las mujeres embarazadas dado que contiene información que puede ser utilizada por cualquier proveedor de salud en caso de complicaciones. El registro de información como el TA, peso, glucosa, así como la realización de exámenes de laboratorio como VIH, VDRL y grupo y RH son claves para la atención del embarazo. En la muestra analizada adicionalmente se encontró que aunque los médicos reportan estar registrando dicha información, el registro de la información de estos procedimientos específicos es muy baja. Es necesario identificar si el problema es el limitado acceso a los laboratorios, ya sea por su costo o distancia, por parte de las mujeres, lo que las lleva a no realizarse dichos exámenes. Exámenes como que identifican el grupo RH, VDRL, y VIH, los análisis de orina, hematocrito y glucosa debían ser ofrecidos en todas las unidades de salud para garantizar un control adecuado de las mujeres embarazadas.

#### **5.3 Calidad técnica de la atención a niños**

Los resultados de este análisis ponen en evidencia, en estas unidades de salud, la ausencia en la práctica cotidiana de un procedimiento de atención integrada a la salud de la población infantil. Aunque existió cierta variación en el cumplimiento de los indicadores propuestos para medir la calidad de los servicios de atención a la salud del niño enfermo en los 3 componentes clave (el interrogatorio y la evaluación o exploración física, la

prescripción de antibióticos y la consejería) en general, los resultados de los indicadores tuvieron frecuencias de reporte bajas.

### **5.3.1 Acciones básicas**

Llama la atención que las acciones básicas que comprenden la evaluación o exploración física no fueron satisfactorias. Sobre todo porque estas acciones no dependen exclusivamente de la existencia de alguna clase de insumo en la unidad de salud [42, 43]. De acuerdo al reporte del personal médico, la evaluación de la presencia de tos se realizó en 60% de los pacientes enfermos. La evaluación de la presencia de fiebre apenas fue ejecutada en aproximadamente 50% de los pacientes. Pero las que definitivamente fueron olvidadas corresponden a la evaluación de la presencia de diarrea (2.9%) y la evaluación de las prácticas de alimentación (3.7%). Los resultados de estos indicadores coinciden con los reportados en la medición de la calidad de la atención en el área rural [21]. Tanto para las unidades de atención de zonas urbanas y rurales parecería que es necesario reforzar la capacitación de los proveedores de salud con el fin contar con un equipo de salud con buen entrenamiento.

### **5.3.2 Tratamiento médico con antibióticos**

En cuanto al tratamiento médico con antibióticos, el reporte del personal médico de las unidades de salud visitadas para el estudio mostró cierto desconocimiento para realizar la prescripción adecuadamente, además la situación no fue diferente por tipo de subsector. Se encontró que aunque el personal médico reportó no haber prescrito antibióticos en 51.4% de las atenciones que brindó a pacientes que no requerían dicho medicamento, en el resto sí lo hizo. Este es uno de los problemas que tienen una estrecha relación con el aumento en la duración de la enfermedad y la resistencia que el agente causante de la enfermedad podría crear. Ambas circunstancias afectan negativamente al niño enfermo.

### **5.3.3 Atención niños enfermos**

Mejorar la orientación durante las consultas de atención a niños enfermos es una tarea pendiente, tanto en el caso de los médicos como en las enfermeras y en los 3 subsectores. Se observó que las actividades que tienen como fin restablecer la salud del paciente enfermo reciben más atención en la práctica de atención de las unidades de salud de la zona urbana. Da la impresión que la realización de acciones de orientación depende de la condición de salud del paciente. El reporte de los proveedores indica que escasamente se proporcionan consejos de alimentación durante la atención a niños enfermos a menos que los pacientes fueran niños con bajo peso y/o baja talla. En este grupo, el cumplimiento del indicador fue de casi 90% de acuerdo al reporte de ambos

proveedores de salud. En el estudio de la calidad de la atención en unidades localizadas en zonas rurales también se observó que la práctica de orientación en relación a consejos de alimentación en niños enfermos con bajo peso y/o talla es alta, pero descuidando al resto de los niños que no presentaban esa condición [21]. La importancia de realizar la consejería radica en que de alguna forma se logran 2 contribuciones al tener el contacto directo con la población, la primera y más inmediata tiene que ver con la mejoría del proceso de enfermedad del niño y, la segunda, que sería en un plazo mayor, contempla instruir al cuidador del infante para que desarrolle su capacidad para identificar oportunamente algún signo de alarma.

Se sabe que el conocimiento apropiado de los signos de alarma de enfermedades, es un paso para la búsqueda de atención y si esto es apoyado por una red coordinada de servicios de atención primaria, permite la atención y el tratamiento oportunos [22]. Este punto de la identificación adecuada de los signos de gravedad también se convierte en un aspecto que se podría atender ya que, en general, el reporte del proveedor de salud dejó claro que esta acción sólo se realiza en aproximadamente la mitad de las atenciones que otorgan (44.8% para el caso de identificación de signos de alarma por enfermedades diarreicas y 59.3% de los signos de dificultad respiratoria). En el análisis por subsector se encontró que el porcentaje de cumplimiento de la capacitación hacia la identificación de los signos de dificultad de respiratoria (C6) por subsector estuvo ligeramente por arriba de 50% en cada tipo de unidad, sin embargo en ningún subsector se reportó hacerlo mejor. En síntesis el trabajo para mejorar debe ocurrir en todas las unidades de salud independientemente del subsector al que pertenezcan.

#### **5.3.4 Atención a niños sanos**

En la atención de niños sanos, se encontró un elevado registro del resultado de peso y talla en la cartilla y concuerda con el elevado reporte de los médicos, pues afirmaron realizar la comparación del peso contra una tabla o gráfica. Para fomentar adecuadamente la vigilancia del estado de salud y nutrición de los niños se recomienda que durante las consultas de control del niño sano se otorgue capacitación hacia la identificación de signos de alarma para llevar a los niños a la unidad de salud sin embargo, en la práctica médica de los entrevistados no fue algo que se destacara por buen cumplimiento. Incluso fue menor de lo que se reportó cuando se trataba de niños enfermos en quienes la acción de capacitación también fue pobre. Entonces, por el lado de la procuración para anticiparse al agravamiento de la situación de enfermedad o identificar tempranamente el evento de enfermedad (diarreas o dificultad respiratoria)

mediante la capacitación al cuidador los resultados muestran que las prácticas preventivas fueron bajas.

Las prácticas de atención en el primer nivel buscan mejorar la supervivencia, el crecimiento y/o el desarrollo del niño a través de la prevención y el tratamiento adecuados pero con los resultados obtenidos es posible darse cuenta que existe una diversidad de vacíos en la atención de los niños. Cualquier propuesta de cambio para mejorar la ejecución de los procedimientos de atención de los niños debe reconocer los factores débiles identificados en el escenario de las clínicas de salud del área urbana: evaluación y exploración clínica incompleta, prescripción incorrecta de antibióticos y escasa orientación del proveedor de salud hacia el acompañante en la consulta. La participación del responsable del cuidado del infante a favor de la recuperación o la prevención del niño es un aspecto que no se puede descuidar. Como lo propone la estrategia IMCI, la integración de la familia o de los individuos que forman parte del entorno del niño tiene un papel clave en la procuración de la salud de la infancia. La evidencia disponible de la estrategia IMCI indica que se puede tener un impacto prolongado en la calidad de la atención proporcionada a los niños atendidos en clínicas públicas cuando se capacita a los proveedores de salud en la atención integral logrando mejores prácticas [44]. Parece que no se requiere de especialistas, si no de personal que desempeñe adecuadamente sus actividades de atención. El reporte del uso de normas o guías en los últimos 6 meses para realizar la práctica de atención fue algo que los proveedores reportaron poco. Esto puede ser un signo de alerta indicando que no se están utilizando las referencias que guían las prácticas de atención.

#### **5.4 Calidad técnica de la atención al síndrome metabólico**

Después de analizar de forma descriptiva la información proveniente de pacientes y de médicos, se puede observar una gran variabilidad en el cumplimiento de los indicadores selectos de calidad de la atención, de acuerdo a las normas oficiales de atención específicas para este tipo de pacientes. Para aquellas actividades que se consideran rutinarias como parte de prácticamente toda consulta a un pacientes adulto (toma de presión arterial, antropometría básica etc.) se detectaron altas proporciones de cumplimiento mientras que para otras más específicas para pacientes con las enfermedades crónicas seleccionadas como trazadores las proporciones de cumplimiento fueron bajas. Es posible el cumplimiento de estas actividades requieran de una intervención adicional ya sea de capacitación específica y/o aumento en la infraestructura.



En cuanto a la comparación entre el tipo de institución, aunque el cumplimiento fue similar, se observó una tendencia de un mejor desempeño en las clínicas de IMSS oportunidades que en las de la secretaria de salud. Será necesario una revisión cuidadosa de los procesos entre instituciones que pudiesen explicar estas diferencias. Además, entre las clínicas de la secretaria de salud, las clínicas con acreditación al seguro popular y las no acreditadas se comportaron de manera muy similar, lo que sugiere los aspectos necesarios para la acreditación no están impactando positivamente en la calidad de la atención al menos en este tipo de pacientes.

En esta primera evaluación hemos identificado varios aspectos que pudiesen ser susceptible de mejoría. A continuación se enumeran los que se consideraron más importantes.

#### **5.4.1 Bajo cumplimiento de las normas**

Bajo cumplimiento de las normas especialmente en el monitoreo periódico del control metabólico y de la detección oportuna de complicaciones crónicas. Este aspecto se refleja claramente en la baja proporción de pacientes con determinación de colesterol y de albúmina en orina y la poca o nula periodicidad programada del control de glucosa por medios estándares tales como glucosa en ayuno o idealmente con hemoglobina glucosilada. Las respuestas de los médicos sugieren que aun no se detecta como importante la solicitud de exámenes de forma periódica aun en las circunstancias de descontrol, lo que puede ser revertido o al menos mejorado con cursos de capacitación enfocados en estos aspectos

#### **5.4.2 Falta de intensificación en los tratamientos.**

La falta de agresividad de los tratamientos en pacientes con enfermedad crónica, aunado a la falta de adherencia a los mismos, son de los principales factores que explican la gravedad del descontrol y por lo tanto mortalidad prematura y disminución en la calidad de vida. Al igual que en el punto anterior, la capacitación específica a los médicos tratantes en prescripción farmacológica, incluyendo la utilización de insulina, podrá impactar en el grado de control de este tipo de pacientes.

#### **5.4.3 Falta de apoyo por especialistas**

Falta de apoyo por especialistas en orientación en dietas y otros tratamiento no farmacológicos. Como se ha insistido en varias recomendaciones y guías de tratamiento de pacientes con estas enfermedades, el manejo con dieta y ejercicio son piedra angular en el tratamiento integral del padecimiento. La baja adherencia a los mismos, sumado a la

muy baja proporción de consultas específicas para evaluarlas o la baja proporción de pacientes que pertenecen a grupos de autoayuda, son claramente aspectos susceptibles de modificación. El fortalecimiento de personal de apoyo para la creación de equipos multidisciplinarios de atención, incluyendo los grupos de autoayuda y acceso a oftalmólogo, podrá tener un gran impacto en este sentido.

### **5.5 Percepción de la calidad de los servicios**

Con respecto al acceso a los servicios, en general los resultados sugieren que el tiempo de espera fue el indicador que recibió la evaluación más baja por parte de los usuarios. La mediana de 60 minutos de espera registrada en el medio urbano es semejante a la mediana de 71 minutos del ámbito rural. [21] Para el ámbito urbano, uno de cada cuatro usuarios tuvo que esperar más de dos horas para la consulta. Esto en contraste con las expectativas de los usuarios que perciben un tiempo de espera de 30 minutos aceptable, aunque algunos estudios sobre la percepción de la calidad por los usuarios de diferentes servicios de salud en México, incluso servicios particulares y seguridad social señalan a un tiempo de espera de 10 minutos como aceptable. [45] Mejorar la percepción de los usuarios sobre los servicios de salud, a partir de la reducción de los tiempos de espera sería una prioridad a la luz de que este aspecto es uno de los factores más relevantes para una percepción negativa de la atención. [45]

Los resultados con respecto a la duración del transporte (mediana de tiempo igual a 15 minutos) a los servicios fueron aceptables para la gran mayoría de los usuarios. La mediana del tiempo de transporte en el ámbito rural fue un poco mayor al del ámbito urbano (la mediana del tiempo de transporte reportado en el ámbito rural: 23 minutos). [21] La mediana del costo de transporte en el medio urbano de 10 pesos fue superior en 4 pesos al costo en el medio rural.

Con respecto al proceso de la atención en general los usuarios reportaron una buena comunicación con el médico. Solamente el dialogo entre médico y usuario sobre el tratamiento indica una insuficiencia en la comunicación. Otros estudios fuera de México han señalado que la comunicación de los médicos con los pacientes carece de información sobre la farmacoterapia.[46, 47] El entendimiento de la información entregada sobre los aspectos de beneficios-riesgos del tratamiento junto con su acuerdo del paciente es relevante para asegurar su consentimiento informado con el tratamiento, aumentar la adherencia y seguridad el paciente.[48]

Con respecto a la percepción de atención por parte del personal de la salud, existe una gran concordancia entre la percepción de los médicos y enfermeras sobre la calidad.

La diferencia entre la mala percepción de las instalaciones, del equipamiento e insumos disponibles y la buena percepción del personal y servicio se puede explicar por el hecho de que son los mismos médicos y enfermeras quienes están respondiendo a la encuesta, por lo que existe un potencial sesgo en su medición.

### **5.6 Capacidad limitada de los servicios de salud en el ámbito urbano**

El análisis que se presenta en este documento muestra un panorama sobre las condiciones en las que operan los servicios de salud públicos de primer nivel que operan en el ámbito urbano. Si bien la muestra fue seleccionada identificando unidades que entre la población que atienden se encuentran familias incorporadas al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, debido al importante crecimiento de este programa, y la importante heterogeneidad observada, es posible asumir que las unidades analizadas permiten contar con una mirada a las características de la atención en zonas urbanas para población que no cuenta con seguridad social.

Los resultados que se observan muestran un conjunto de carencias y limitaciones en la atención que aún si presentan un panorama de atención relativamente mejor al observado para las zonas rurales, señalan una situación claramente lejana a la deseable, tanto en el contexto del PDHO, como de la atención a la salud en general para la población mexicana.

Por lo que se refiere al PDHO, se ha mencionado que un supuesto importante para que el abordaje del mismo para la movilidad socioeconómica positiva funcione, está relacionado con que la asistencia a los servicios de salud se traduzca efectivamente en salud. Para ello, se requiere que los servicios ofrezcan una atención de calidad. Los resultados sobre la calidad estructural, de procesos, y percepción de la misma por parte de los usuarios indican que este supuesto no se cumple en lo general.

Considerando la atención general a la población, las unidades visitadas están orientadas a proveer atención a la población de recursos limitados en las zonas urbanas, por lo que las deficiencias observadas representan un área de oportunidad importante en la búsqueda de mejorar la equidad social.

## 6. REFERENCIAS

1. Lee R and Jones L., *The Fundamentals of good medical care*. Chicago: University of Chicago Press, 1933.
2. Donabedian A., *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
3. Donabedian A., *Evaluating the quality of medical care*. *Milbank Quarterly* 1966;44:166-203.
4. Cabañas R, *Evaluación de la Atención de la Salud*. *Revista Médica Hondureña* 1994. 62: p. 5.
5. Sen, A., *Development As Freedom*. 1999, New York: Alfred A.Knpof Publisher.
6. IMSS, *El IMSS en cifras. Evaluación del Desempeño de las instituciones de salud, Mexico 2004*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 2006. 44(5): p. 481 – 488.
7. Torres-Arreola, L. and N. Constantino-Casas, *Equidad y calidad en salud*. *Rev Med IMSS*, 2003. 41(4): p. 359-364.
8. World-Health-Organization, *Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality health care – a process of change*. 2000, WHO: Ginebra.
9. Petiti, D.B. and A. Amster, *Measuring the quality of health care*. 1998, New York: Oxford University Press.
10. Donabedian, A., *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. 1984, México: La Prensa Médica Mexicana.
11. Donabedian, A., *Evaluating the quality of medical care*. *Milbank Quarterly*, 1966. 44: p. 166-203.
12. World-Health-Organization, *Quality improvement in primary health care: a practical guide*. 2004, WHO: Ginebra.
13. Ross, A., J.L. Zeballos, and A. Infante, *La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe*. *Rev Panam Salud Publica*, 2000. 8(12).
14. Milton, T., *Lean and mean: the quality of care in the era of managed care*. *J Public Health Policy*, 1998. 19(1): p. 5–13.
15. Sofaer, S. and K. Firminger, *Patient perceptions of the quality of health services*. *Annu Rev Public Health*, 2005. 26: p. 513-59.
16. Coullter, A. and C. Jenkinson, *European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers*. *Eur J Public Health*, 2005. 15: p. 355-360.
17. World-Health-Organization, *Informe Mundial de Salud Sistemas de Salud: Mejorar su desempeño*. . 2000, Geneva: WHO.
18. Murray, C., K. Kawabata, and N. Valentine, *People's experience versus people's expectations*. *Health Affairs*, 2001. 20(3): p. 21-24.
19. Crow, R., et al., *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. *Health Technol Assess*, 2002. 6(32): p. 1-244.
20. Chang, W.Y., et al., *Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals*. *J Adv Nurs*, 2009. 65(9): p. 1946-55.
21. Gutiérrez JP, et al., *Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades.*, in *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales*

- (1997-2007). Tomo II: *El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición*. 2008, Secretaría de Desarrollo Social: México, DF.
22. Hill Z, Kirkwood B, and Edmond K, *Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones*. 2005, OPS: Washington, D.C.
  23. Reyes, H., et al., *Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes*. Health Policy Plan, 1997. 12(3): p. 214-23.
  24. Reyes H, et al., *La mortalidad por enfermedad diarreica en México: ¿problema de acceso o de calidad de atención?* Salud Pub Mex, 1998. 40: p. 316-323.
  25. Puentes-Rosas, E., O. Gómez-Dantés, and F. Garrido-Latorre, *Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México*. Revista Panamericana de Salud Pública, 2006. 19(6): p. 394-402.
  26. Puig, A., J.A. Pagan, and R. Wong, *Assessing quality across healthcare subsystems in Mexico*. J Ambul Care Manage, 2009. 32(2): p. 123-31.
  27. Ramírez-Sánchez T, Nájera -Aguilar P, and Nigenda-López G., *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*. Salud Pública Mex 1998;40:3-12], 1998.
  28. Jones G., et al., *How many child deaths can we prevent this year?* Lancet, 2003(362): p. 65-71.
  29. Bryce J, et al., *Reducing child mortality: can public health deliver?* Lancet, 2003. 362(9378): p. 159-64.
  30. Victora CG., et al., *Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough*. Lancet, 2003(362(9379)): p. 233-41.
  31. World-Health-Organization, *Health facility survey : tool to evaluate the quality of care delivered to sick children attending outpatient facilities*. 2003, Geneva: WHO.
  32. CENETEC. *Guías de equipamiento para Centros de Salud y Hospitales Comunitarios*. [cited; Available from: [www.cenetec.gob.mx](http://www.cenetec.gob.mx)].
  33. Secretaría de Salud, *Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS)*, Subsecretaría de Innovación y Calidad. México: Secretaría de Salud, 2006.
  34. Secretaría de Salud, *Modelo de Unidades Médicas, Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS)*, México: Secretaría de Salud, 2006.
  35. Secretaría de Salud. *Planeación de Unidades Médicas. Modelo Integrador de Atención a la Salud MIDAS*. 2006 [cited 2010; Available from: <http://dgplades.salud.gob.mx>].
  36. Secretaría de Salud, *Modelo de Atención a la Salud para población Abierta*. 1995, Subsecretaría de Servicios de Salud, Secretaría de Salud.: México, D.F.
  37. IMSS, *Guía de Equipamiento en las Unidades Médicas Rurales*, México: IMSS, 2005.
  38. IMSS, *Reglas de Operación del Programa IMSS-Oportunidades 2007*, México 2007.
  39. IMSS, *Guía de Equipamiento en las Unidades Médicas Urbanas*, México: IMSS, 2005.
  40. Secretaría de Salud, *Guía técnica para la Cartilla Nacional de Salud. Niñas y niños de 0 a 9 años*. 2008, Secretaría de Salud: México, DF.
  41. Secretaría-de-Salud, *Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del niño.*, Secretaría-de-Salud, Editor. 1999: DOF.
  42. Hill Z., Kirkwood B., and E. K., *Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones*. 2005, Washington, D.C.: OPS.
  43. Macinko J., et al., *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Rev Panam Salud Publica, 2007(21(2/3)): p. 73–84.

44. Macinko J, Montenegro H, and Nebot C, *Renovando la atención primaria de Salud en las Américas*. 2005, Washington, DC: OPS.
45. Saucedo-Valenzuela, A.L., et al., *Ambulatory health service users' experience of waiting time and expenditure and factors associated with the perception of low quality of care in Mexico*. BMC Health Serv Res, 2010. 10: p. 178.
46. Richard, C. and M.T. Lussier, *Measuring patient and physician participation in exchanges on medications: Dialogue Ratio, Preponderance of Initiative, and Dialogical Roles*. Patient Educ Couns, 2007. 65(3): p. 329-41.
47. Richard, C. and M.T. Lussier, *Nature and frequency of exchanges on medications during primary care encounters*. Patient Educ Couns., 2006. 64(1-3): p. 207-216.
48. Nicolson, D., et al., *Written information about individual medicines for consumers*. Cochrane Database Syst Rev, 2009. 15(2): p. CD002104.