

Diagnóstico estratégico de la situación actual de las unidades de primer nivel de atención de los servicios estatales de salud

R E S U M E N • E J E C U T I V O



**Diagnóstico estratégico de la situación actual de las unidades
de primer nivel de atención de los servicios estatales de salud**

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
www.insp.mx

ISBN

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

Introducción y metodología	5
Componente 1. Liderazgo	11
Estructura jerárquica y organizacional para la función de calidad	11
Desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad	11
Componente 2. Sistema de información para la calidad	12
Recursos	12
Indicadores	12
Fuentes de datos	13
Manejo de la información	13
Productos de la información	13
Uso y Difusión de la información	14
Conclusión general sobre el sistema de información para la calidad	14
Componente 3. Participación de pacientes y población	15
Marco conceptual y normativo	15
Formas de participación	15
El Aval Ciudadano	16
Conclusión general sobre las iniciativas de participación de pacientes y población	16
Componente 4. Regulación y estándares	18
Conclusiones y brechas en relación a los programas de certificación y acreditación	18
Conclusiones y brechas en relación al programa de Guías de Práctica Clínica	19
Componente 5. Capacidad organizacional	22
Infraestructura física y recursos humanos	22
Suministro de medicamentos	24
Financiación de los servicios de salud	28
Modelos de atención	29
En relación al Modelo general de atención	29
En relación a Modelos de atención a problemas específicos	29

Introducción y metodología

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

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

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

Este documento es la fase diagnóstica de un proyecto que tiene como principal objetivo definir estrategias de intervención que mejoren de forma visible y sostenida la calidad de los servicios de primer nivel de las Secretarías de Salud de las entidades federativas. El modelo utilizado para el análisis, con el que se agrupará y dará prioridad a las intervenciones propuestas, aborda de manera integral las posibles estrategias que pueden contribuir a la mejora de los servicios de salud. Estas propuestas se agrupan en los seis Componentes que se especifican en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Estrategias para la mejora de la Calidad en Servicios de Salud*

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

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

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

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

Cuadro 2. Metodología del análisis por componente de calidad

Componente	Modelo de análisis	Fuentes y periodo de análisis
Liderazgo	Identificar fundamento legal para la función de calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Ley General de Salud. - Leyes de salud de entidades federativas. En: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/gobiernos.htm [consultado entre 12/05 y 16/06 de 2013] - Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
	Describir estructura jerárquica para la función de calidad y funciones y características de los que la ocupan	<ul style="list-style-type: none"> - Federal: Reglamento Interior de la Secretaría de Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud. En: http://www.calidad.salud.gob.mx [consultado entre 12/05 y 24/06 de 2013] - Entidades federativas: estructuras orgánicas (web de las secretarías o servicios de salud estatales). - Programa de acción específico SICALIDAD 2007-2012. Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud. 339 Instrucciones SICALIDAD que abarcan de 2007 a 2013 [serie en Internet] 2013. En: http://www.calidad.salud.gob.mx [consultado 2013 junio 25].
	Evaluación del desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Informes finales de las evaluaciones externas realizadas al Programa SICALIDAD entre 2009-2012. En: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/sicalidad.html [consultado entre 17/04 y 07/05 de 2013]
Sistema de información	Marco de referencia y estándares para los sistemas nacionales de información en salud - Red de la Métrica en Salud (HMN-OMS)	<ul style="list-style-type: none"> - Documentos de SICALIDAD e INDICAS. [monografía de internet] En: http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index.php [consultado entre 15 de mayo a 15 de Junio de 2013] - Evaluaciones del SICALIDAD e INDICAS En: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/sicalidad/EXT09_SICALIDAD_IF.pdf [consultado entre 15 de mayo a 15 de Junio de 2013]. - Resumen de indicadores con resultados publicados del Sistema INDICAS. En: http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php [consultado entre 15 de mayo a 15 de Junio de 2013].

Continúa...

...continuación

Componente	Modelo de análisis	Fuentes y periodo de análisis
Participación de pacientes/ población	Dimensión de la calidad centrada en el paciente, familia y comunidad y las principales formas de participación activa y solicitada por el sistema de salud	<p>Aspectos conceptuales Dimensión de la Atención centrada en el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizaciones y autores internacionales 2001, 2006, 2009, 2011 (Institute of Medicine, International; Alliance of Patients Organizations, The College of Family Physicians of Canada. Bengoa R, Kawar R, Key P, Leathermam S, Massond R, Saturno P; Berwik DM; otros) <p>Métodos de Participación de los usuarios en la gestión de la Calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saturno PJ. 2012; Hudon C. et al <p>Leyes y Reglamentos sobre los Derechos de los pacientes, participación de pacientes y población.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ley General de Salud (1984). Última Reforma, DOF. - Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. - Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de - Prestación de Servicios de Atención Médica. - Diagnóstico del ejercicio de tutela de derechos de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (CIDE). <p>2010</p> <p>Evaluación de Experiencias y Funcionamiento de la participación de pacientes y población en la mejora de la calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones sobre el Aval Ciudadano (Cruzada Nacional por la Calidad 2004 y 2006 y SICALIDAD-Construir ciudadanía en Salud: Aval Ciudadano 2012) - Monitoreo ciudadano cómo método para fomentar la participación social en la transparencia de la mejora de la calidad del trato digno.2004 - Perspectiva de salud pública. 2011 - Formatos y encuestas para la medición de la atención centrada en el paciente y otros.(2002-2012) - Informe de Seguimiento Cuatrimestral a las entidades federativas. Resultados en UM del 1er. nivel de atención. Construir Ciudadanía en Salud “Aval Ciudadano” y Sistema de Registro de Aval Ciudadano (SIRAVAL) 2012.
Regulación y estándares	Aportar elementos relacionados con la rectoría que permitan a los funcionarios de la Secretaría de Salud, definir políticas públicas en materia de evaluación y medicina basada en evidencia que permitan mejorar la calidad del SNS.	<p>Certificación y acreditación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2001-OMS/OPS, CDC y CLAISS. “Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública”-Iniciativa “La Salud Pública en las Américas” - 2005-NNUU. “Estándares de evaluación en el sistema de Naciones Unidas”. <hr/> <p>Guías de práctica clínica (GPC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documentos de la Secretaría de Salud-CENETEC (2007-2013) - Catálogo Maestro de las Guía de Práctica Clínica, 2013. [consultado 10/06/2013] - Documentos de la DGCES (2012-2013) - Información directa de autoridades del CENETEC [entrevista 05/06/2013] - Evaluación de UNEMES-EC (2012) - Evaluaciones de SICALIDAD (2011 y 2012) - Evaluación de la difusión e implementación de GPC (2012)

Continúa...

...continuación

Componente	Modelo de análisis	Fuentes y periodo de análisis
<p>Capacidad Organizacional</p>	<p>Infraestructura, equipamiento: esquema basado en la Norma Oficial Mexicana de requisitos mínimos de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>RRHH: disponibilidad, formación y capacidad, y condiciones laborales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. En: http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_07.pdf [consultado el 9 de junio de 2013] - Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. En: http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/reporte-9junio.pdf [consultado el 9 de junio de 2013] - Evaluación externa del programa de desarrollo Humano Oportunidades (2010). - Atlas de salud en México-UNAM (2010).Biblioteca Antonio García Cubas del Instituto de Geografía de la UNAM. - ENCEL (2007). Evaluación Externa Oportunidades. Tomo II. El reto de la calidad de los servicios: resultados en nutrición y salud. En: http://oportunidades.gob.mx:8010/es/wersd53465sdg1/docs/2008/2008_tomo_ii_calidad_servicios_salud_nutricion.pdf [consultado el 4 de junio de 2013] - Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982012000400007&script=sci_arttext - Observatorio de Recursos Humanos en Salud [Internet]. En: http://www.observatoriorh.org/?q=node/33 [consultado el 17 de junio de 2013] - Evaluación Externa de los centros de salud atendidos por pasantes de medicina en servicio social (2012). En: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/if_pasantes_extenso.pdf <p>Bases de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Base de datos(CUBOS): SINAI S I S A L U D M É X I C O En: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html [consultada del 6, 18,19 de junio de 2013] - Encuestas Rurales. Encuesta de evaluación de los Hogares 2007-ENCEL 2007. En: http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/gtr765av87h2doz9/rural/2007/bd_rur_2007_clinicas.zip [consultada el 18 de junio de 2013] - ENCELURB(2009)
	<p>Suministro de medicamentos: Sistema Integral del Suministro de Medicamentos (SISUMED) - OMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios de abasto de medicamentos en los SESA (2003-2012). Ver cuadro 2 de la sección específica. - Disponibilidad de medicamentos y el surtimiento de recetas en las UAA de las SESA (2010) - Evaluación de los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud. Informe Final. (2008). - Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud (2009). - Programa de acción específico 2007 – 2012. Mejora del acceso a medicamentos. Gobierno Federal. En: http://www.dgplades.salud.gob.mx - ENSANUT 2012
	<p>Financiamiento e incentivos: modelo según la propuesta de la OMS sobre las funciones del sistema de salud (identifica el origen de los recursos y proveedores que los reciben).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cifras oficiales reportadas por el Sistema de Información en Salud (SINAIS): cuentas nacionales de salud, documentación de la OCDE (principalmente de los datos del SINAIS 2011) - Reportes publicados sobre el financiamiento a la salud en México.[monografía de internet] 2011. En: http://www.sinais.salud.gob.mx http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde[consultado 17 julio 2013].

Continúa...

...continuación

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

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

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

Cuadro 3. Las seis dimensiones clave de la calidad (IOM, OMS)

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

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

Componente 1. Liderazgo

Estructura jerárquica y organizacional para la función de calidad

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

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

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

Desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad

En los SESA existe una dinámica institucionalizada para cumplir de manera formal los requerimientos de información de la DGACS con respecto a sus múltiples líneas de acción. Se ha fomentado una cultura del reporte pero persiste el reto de desarrollar más una cultura para la mejora efectiva de la calidad.

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

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

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

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

Componente 2.

Sistema de información para la calidad

Recursos

Se han desplegado recursos considerables de infraestructura y normatividad en todo el país. Este despliegue debió haber sido uniforme pero en realidad se ha centrado casi exclusivamente en Unidades de los SSA. Un análisis más pormenorizado permitiría apreciar si hay también un diferencial entre la implementación de sistema en Unidades de primer nivel con respecto a las demás.

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

Indicadores

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

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

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

Fuentes de datos

Las fuentes de información para el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) varían de acuerdo a los proyectos y líneas de acción del programa. La fuente más consolidada es el INDICAS, que depende de varias fuentes al interior de las Unidades de Atención tales como encuestas de satisfacción de usuarios, expediente clínico, subsistema de prestación de servicios y registros de atención. Se utilizan en total 18 formatos para la recolección y concentración de datos, más otros correspondientes al Aval Ciudadano.

Las encuestas del INDICAS son entregadas al personal que labora en los Centros de Salud para que ellos mismos las apliquen, lo que genera conflicto de intereses.

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

Manejo de la información

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

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

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

Productos de la información

El sistema genera información sobre los "Índices" "Indicadores" y "Variables" disponibles en línea permitiendo la evaluación comparativa de referencia nacional, estatal, jurisdiccional y municipal y de la evolución histórica. La información se puede desagregar también por programas (PAC, Oportunidades, Seguro Popular, Procedes, Arranque Parejo, y Población Indígena), si bien no está claro en qué momento y en base a qué fuente de datos se obtiene esta categorización.

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

Uso y Difusión de la información

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

Conclusión general sobre el sistema de información para la calidad

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

Componente 3.

Participación de pacientes y población

Marco conceptual y normativo

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

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

Formas de participación

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

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

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

El aval ciudadano

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

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

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

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

Conclusión general sobre las iniciativas de participación de pacientes y población

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

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

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

Componente 4.

Regulación y estándares

Para analizar la situación actual en relación este Componente se requiere la revisión fundamentalmente de: (i) Normas de cumplimiento obligatorio y licencias sanitarias; (ii) Programas de certificación y acreditación; (iii) Estándares de Práctica (Guías de Práctica Clínica, GPC); y (iv) Indicadores para monitorización externa.

Las "Normas" (sobre todo las relativas a infraestructura, personal y regulación financiera) se tratan de manera parcial en el Componente de Capacidad Organizacional y en los Indicadores en el Componente de Sistemas de Información. En este apartado se analizan las características y brechas relacionadas con los otros tres rubros.

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

Conceptos y terminología

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

Criterios y proceso de la Certificación de establecimientos de atención médica

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

Alcance y extensión del Programa de Certificación de establecimientos de atención médica

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

Criterios y proceso de la Acreditación de establecimientos de atención médica

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

Alcance y extensión del Programa de Acreditación de establecimientos de atención médica

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

Conclusión general sobre los programas de certificación y acreditación

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

Conclusiones y brechas en relación al programa de Guías de Práctica Clínica

El concepto de GPC y el esquema para su desarrollo

Concepto de GPC

Se ha adoptado la nueva terminología de GPC y enfoque pero no se ha sustituido la anterior. Así se incumple uno de los objetivos de la iniciativa inicial sobre GPC que era unificar en un sólo término y exigir los mismos atributos a la multitud de términos y formatos existentes que comparten el objetivo de ayudar en las decisiones clínicas y mejorar la calidad disminuyendo la variabilidad innecesaria. Para el CENETEC hay claras diferencias entre las GPC y los demás instrumentos como las Normas de Atención Médica y los protocolos de atención, lo que genera confusión en la práctica. Más aún, se admite oficialmente que la Normas pueden carecer de evidencia científica actualizada a pesar de incluir recomendaciones relacionadas con infraestructura y requisitos pero también con diagnóstico, tratamiento, control y seguimiento de padecimientos.

Esquema para el desarrollo de las GPC

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

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

Elección de temas, población blanco, propósito y contenidos

El CENETC establece una serie de criterios para priorizar los temas de las GPC. Sin embargo no existe un documento metodológico que establezca los procedimientos para su aplicación y parece que ha sido más bien otro tipo de criterios los que han guiado los planes de elaboración de GPC (criterios tales como alcanzar la totalidad de CAUSES y otros componentes del Seguro Popular).

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

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

Si bien no hay datos específicos sobre este particular, parece claro que la mayoría de las GPC elaboradas son adaptadas de otras ya existentes. No está claro si hay directrices establecidas para esta adaptación.

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

Evaluación de la calidad formal

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

Adaptación al contexto local

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

Diseño de estrategia de implementación

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

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

Implementación de las GPC

La evaluación del grado de implementación no ha formado parte del proceso de desarrollo de las GPC, tal como tampoco existe una estrategia de implantación que valorar. Los datos existentes reflejan problemas de difusión e implementación (tales como infraestructura, capacitación y conocimiento). Sin embargo los pocos datos existentes sugieren que la opinión general sobre las GPC como herramientas de ayuda para la práctica clínica y la mejora de la calidad es mayoritariamente positiva.

Evaluación de utilización y efectividad de las GPC

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

Otras herramientas de diseño o planificación de la calidad

No parece haber política oficial alguna sobre otras herramientas de planificación de la calidad más complejas tales como las Vías Clínicas (*Clinical Pathways*) o el Diseño Sistémico Integral de Procesos de Atención para problemas de salud específicos.

Componente 5.

Capacidad organizacional

Infraestructura física y recursos humanos

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

Infraestructura Física

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

En cuanto a *cobertura de UAA*, la densidad de consultorios (Unidades Básicas) en de tan solo 95 por 100,000 HSSS y sólo 10% está en el rango más alto de 78 a 95 consultorios. Casi 50% de las Entidades está en un rango de 26 a 43 consultorios por 100,000 HSSS, lo que es equivale a 1 por cada 2,300 a 4,000 HSSS.

El acceso geográfico a las UAA de todo el sector público de salud se estimó en menos de 30 minutos de viaje para 93% de la población, aunque asciende a 41 minutos y a cerca de 2 horas en el medio rural de numerosas entidades federativas. Es necesario matizar estos datos con la gama o tipos de servicios a los que se accede, lo cual no está debidamente explorado.

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

Existe heterogeneidad también en la suficiencia de *áreas de atención* de las UAA. En general cuentan con la infraestructura mínima (consultorio y sala de espera), muy pocas tienen laboratorio, y existe también deficiencia de otros espacios como salas de expulsión y de urgencias. En la ENCELURB 2010 se estimó que las UAA cuentan en promedio con 50% de los espacios normativos, si bien la mitad tienen 20% o menos.

Equipamiento

Las evaluaciones realizadas muestran una situación muy heterogénea y mejorable, con mayores problemas en los Centros rurales y algunas diferencias entre los centros acreditados y no acreditados. Según la EUPN 2008 ninguna Unidad contaba con todos los elementos incluidos en el listado para la atención de pacientes con diabetes; en el ODA 2010 se obtuvo el mismo resultado.

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

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

Recursos Humanos

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

Más aún, una peculiaridad de la atención ambulatoria de los SESA es que casi 20% de los médicos son pasantes y en ocho entidades federativas el porcentaje de pasantes que trabajan como médicos en las UAA supera 25 por ciento. La gran mayoría de los pasantes (80.1%) trabaja en UAA rurales, lo que refleja otro aspecto de inequidad entre el medio rural y el urbano.

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

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

La *razón de personal enfermero/médico* alcanza el mínimo recomendado de 1 en el promedio nacional (1.1) pero es inferior en catorce entidades federativas. Esta desigualdad, así como la que existe en la distribución del personal de enfermería entre el medio rural y urbano sugiere que existe una política de recursos humanos deficiente en relación a la formación y utilización de este recurso humano.

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

Suministro de medicamentos

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

A un nivel general destaca la fragmentación de SISUMED que resulta en la desvinculación y falta de coordinación entre las diferentes etapas, así como un deficiente ejercicio de rectoría, escasa capacitación de los recursos humanos y desajustes evidentes del marco legal y de las políticas institucionales para incrementar la eficiencia del SISUMED.

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

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

Etapas de Selección de medicamentos para el sistema

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

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

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

Etapas de Estimación de necesidades y Adquisición de los medicamentos

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

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

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

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

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

A *nivel de Entidad Federativa*, además de la heterogeneidad de criterios y procedimientos, se detectaron problemas relacionados con la disponibilidad de recursos presupuestales. Éstos con frecuencia se retrasan lo que obliga a las autoridades estatales a tomar recursos de otras áreas, realizar compras directas al final del año o pedir medicamentos prestados a otras entidades federativas. Con frecuencia las licitaciones de declaran desiertas (debido a los bajos precios de los medicamentos listados en CAUSES, por ejemplo) y en ocasiones el proceso culmina con la compra directa de los medicamentos indispensables a precios altos.

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

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

Etapas de Almacenamiento de los medicamentos

Esta Etapa del SISUMED incluye los procesos de recepción, resguardo y disponibilidad de los medicamentos en las cantidades y condiciones adecuadas. Para algunas de estas fases existe normatividad federal, pero a nivel local abundan los problemas sobre todo en las condiciones de resguardo y en la disponibilidad de los medicamentos. Este proceso se ha evaluado con frecuencia y los resultados siempre arrojan deficiencias. En

esta etapa y las siguientes se puede recurrir a empresas privadas sin que se haya sido evaluado si se trata de una alternativa más eficiente.

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

Todo ello, añadido a los problemas de adquisición, desemboca en problemas constantes en la *disponibilidad* de los medicamentos que se necesitan, tanto en almacenes centrales y jurisdiccionales como en las UAA. Se ha reportado que a nivel nacional, las UAA tienen una disponibilidad promedio inferior a 35% de un listado de 264 claves del Cuadro Básico de Medicamentos.

Distribución

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

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

Uso racional

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

La *dispensación* requiere de personal capacitado que informe y oriente al paciente sobre el uso correcto del medicamento dispensado. Sin embargo, actualmente se limita al acto de entregar medicamentos al paciente a cambio de una receta. De acuerdo a la ENSAUT 2012 la entrega se hace de manera completa en un promedio de 64.5 % de los casos, con grandes diferencias entre entidades federativas (mínimo de 42 y máximo de 83.4%).

El *consumo apropiado* se relaciona con la información recibida sobre el uso del medicamento. Este componente de la dispensación que es deficiente y está escasamente evaluado. Lo mismo ocurre con el seguimiento de la farmacoterapia del paciente, el cual es especialmente relevante en el caso de padecimientos crónicos. El aspecto al que parece prestarse más atención es el reporte de Acontecimientos Adversos que solicita la COFEPRIS (Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos, RAMs). No se encontró una evaluación del alcance real, cobertura o impacto de este sistema en la calidad de la prestación de los servicios.

Procesos de Apoyo y Administración

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

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

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

La principal fuente de *financiamiento* para la compra de medicamentos e insumos por parte de los servicios estatales de salud es el presupuesto federal y en menor escala los propios gobiernos estatales. Los actores principales de este proceso son la Secretaría de Hacienda, la Secretaría de Salud y las Secretarías Estatales de Salud, mientras que las áreas de programación y presupuesto de las SESA son responsables de la gestión de estos presupuestos. Los principales problemas en el financiamiento encontrados son de tres tipos. En primer lugar, la transferencia de los recursos a las entidades federativas se produce con retrasos de entre 3 y 10 meses. En segundo lugar, la asignación está desvinculada de las metas de desempeño de cada entidad federativa. Por último, y especialmente relevante, varios estudios documentaron que el gasto público y el gasto total en medicamentos son bajos considerando las necesidades de salud y el desarrollo del país.

Conclusión final en relación al suministro de medicamentos

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

Financiación de los servicios de salud

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

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

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

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

Modelos de atención

En relación al Modelo general de atención

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

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

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

Aparte de las posibles deficiencias en la dotación de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, el primer nivel de atención de los SESA parece carecer de una integración y definición de funciones clara de todos los componentes potenciales del equipo de atención. Asimismo, la cartera de servicios que deben ofrecer no está unificada para toda la población.

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

En relación a Modelos de atención a problemas específicos

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

La implementación del "Paquete Garantizado" parece desigual entre grupos de edad y entidades federativas e instituciones, mientras que su evaluación no está integrada en el sistema de monitorización de la calidad de atención del primer nivel.

La implementación del SINOS es también desigual y arrancó sin el importante módulo de seguimiento. La variabilidad en su implementación incluye que no siempre se realiza en el primer nivel de atención.

Si bien el SINOS no incluye toda la población que atenderían los SESA, sino tan solo Seguro Popular y el programa Oportunidades, en teoría utiliza de manera parcial las Cartillas de Salud (herramienta del Paquete Garantizado).

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

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

El espectro epidemiológico de la población atendida en los SESA ameritaría el diseño e implementación de Modelos de Atención Integrales para otros problemas relevantes como la atención materno-infantil.