

**Observatorio
del Desempeño Ambulatorio
2010**

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez

Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Laura Martínez Ampudia

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Salomón Chertorivski Woldenberg

Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Mikel Andoni Arriola Peñalosa

Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Romeo S. Rodríguez

Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010

Sesenta Propuestas para el Fortalecimiento de la Atención Primaria
a la Salud en los Servicios Estatales de Salud

Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010

Primera edición, 2011

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

ISBN 978-607-7530-98-5

Impreso y hecho en México.
Printed and made in Mexico.

La coordinación del **Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010** estuvo a cargo de la Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez y del Dr. Francisco Garrido Latorre.

Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010 puede recuperarse parcial o totalmente de la siguiente dirección en Internet www.dged.salud.gob.mx

CONTENIDO

Presentación	9
Introducción	11
Síntesis Ejecutiva	15
I. La atención ambulatoria en los Servicios Estatales de Salud	25
II. La atención ambulatoria en los Servicios Estatales de Salud de Morelos	49
III. Propuestas de fortalecimiento de la infraestructura física de las UAA de los SESA	59
IV. Propuestas de fortalecimiento del equipamiento de las UAA de los SESA	67
V. Propuestas de fortalecimiento de los recursos humanos de las UAA de los SESA	73
VI. Propuestas de fortalecimiento de los sistemas de información de las UAA de los SESA	81
VII. Propuestas de fortalecimiento del ciclo de suministro de medicamentos en las UAA de los SESA	89
VIII. Propuestas de fortalecimiento de los sistemas gerenciales de las UAA de los SESA	99
Conclusiones	105
Acrónimos	107
Agradecimientos	109

Presentación

Entre sus prioridades fundamentales, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud busca garantizar que los servicios de salud contribuyan adecuadamente al cumplimiento de los objetivos esenciales de todo sistema de salud: mejorar la salud de la población, responder adecuadamente a las expectativas de sus usuarios y evitar que las necesidades de salud se constituyan en causa de gastos excesivos e inequitativos. Con ese fin, esta Subsecretaría lleva a cabo permanentemente acciones tendientes a mejorar la calidad de la atención, ampliar la cobertura de servicios y avanzar en el camino hacia la integración de los servicios públicos de salud.

Un elemento fundamental para alcanzar dichos objetivos es fortalecer los servicios de atención primaria a la salud operados por la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA). En condiciones ideales, el primer nivel de atención debe fungir como puerta de entrada al sistema de salud, resolviendo todas aquellas necesidades que no requieren de atención altamente especializada, y derivando oportuna y adecuadamente a todos aquellos usuarios que sí precisan de servicios diagnósticos o curativos no disponibles en ese nivel. No obstante, para cumplir adecuadamente con estas funciones, los servicios de atención primaria deben adaptarse al nuevo perfil epidemiológico y demográfico de la población e incorporar prácticas gerenciales que maximicen los beneficios de la inversión canalizada a las entidades federativas mediante los esquemas de financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud.

Esta adaptación requiere, entre otras acciones, de una transformación radical en la formación de recursos humanos para la salud y en la visión global del sistema de atención, a fin de revalorizar, económica y profesionalmente, la práctica de la medicina a este nivel, sustituyendo gradualmente el modelo médico hegemónico basado en la atención hospitalaria.

El papel que juegan actualmente los servicios de atención primaria en defensa de la salud poblacional no es menor. Durante el último año, estos servicios brindaron más de 85 millones de consultas, la mayor parte en zonas rurales o marginadas, lo que también evidencia el papel que cumplen estos servicios en la reducción de las inequidades sociales en nuestro país. Sin embargo, muchas de estas consultas son brindadas por médicos pasantes en condiciones estructurales frecuentemente precarias, por lo que es imperioso encontrar mecanismos que permitan a estos profesionales de la salud ejercer sus habilidades y conocimiento en condiciones más favorables. La importancia de la dignificación de la prestación del servicio social de los pasantes de medicina puede percibirse mejor si se toma en cuenta que uno de cada cuatro médicos en los centros de salud son pasantes y que hay estados, como Colima, Sonora y Nuevo León, donde el porcentaje de centros de salud atendidos exclusivamente por este tipo de proveedores es mayor a 75%.

Con la finalidad de aportar elementos para una transformación paulatina de los servicios de salud, la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud coordinó la ejecución de un proyecto para actualizar el diagnóstico situacional de los servicios de primer contacto y para elaborar propuestas de reorganización de estos servicios bajo la premisa de que dichas propuestas fueran viables en el corto plazo y sin necesidad de grandes movilizaciones presupuestarias. **Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Sesenta Propuestas para el Fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud en los Servicios Estatales de Salud**, documento que el lector tiene en sus manos, presenta los resultados de este ejercicio, el cual se desarrolló mediante el análisis de fuentes de información institucionales, la revisión de experiencias exitosas a nivel nacional e internacional, y entrevistas a personajes clave y expertos en el tema, entre los cuales hubo varios responsables estatales de la operación de estos servicios. Los diversos elementos de análisis se han agrupado básicamente en los siguientes rubros: i) infraestructura, ii) equipamiento, iii) recursos humanos, iv) medicamentos, v) sistemas de información y vi)

sistemas gerenciales. En su conjunto, el diagnóstico de todos estos componentes ha dado forma a una serie de propuestas de fortalecimiento, reorganización y renovación de la atención primaria en los SESA dirigidas a expandir su radio de acción, ampliar su capacidad resolutive, incrementar su seguridad, mejorar su eficiencia y fortalecer sus vínculos con las unidades de referencia.

Esperamos que este documento contribuya a ampliar la discusión sobre las principales debilidades del primer nivel de atención a la salud y sobre las opciones que existen para afrontarlas a fin de colaborar en la constitución de un modelo de servicios primarios más acorde con la nueva realidad, epidemiológica y financiera, del sistema mexicano de salud. En el mediano plazo, las modificaciones que puedan efectuarse sobre los servicios de atención primaria deberían también contribuir al desarrollo de una dinámica tendiente a consolidar un sistema de salud público integrado, donde el elemento principal sea la necesidad de salud y no la condición laboral de quien demanda atención. Sólo de esta manera, con un sistema sanitario integrado, fuerte, resolutive y centrado en sus usuarios, se podrá avanzar en el camino hacia un México más sano y más justo.

Dra. Maki Esther Ortíz Domínguez
Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Introducción

Las instituciones públicas de salud de México cuentan con más de 20 mil unidades de atención ambulatoria (UAA). La mayor parte de estas unidades la opera los Servicios Estatales de Salud (SESA). Esta red ofrece una amplia gama de servicios y cubre a un alto porcentaje de la población. Sin embargo, la transición epidemiológica por la que atraviesa el país y la reciente creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) exigen una mayor variedad de servicios y una cobertura de toda la población sin seguridad social. No se requieren muchas más unidades, sino mejores servicios de atención primaria a la salud (APS).

En México los primeros esfuerzos por ofrecer servicios personales públicos de salud se concentraron en la atención ambulatoria y las comunidades rurales. En 1931 el gobierno federal creó los Servicios de Higiene Rural, que ofrecían vacunación y servicios de higiene escolar y materno-infantiles. En 1936 se crearon, dentro del Departamento de Salubridad Pública, los Servicios Médico-Sanitarios Ejidales Cooperativos, que eventualmente se integraron a los Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados. Ese mismo año se instituyó en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Michoacana el servicio social de la carrera de medicina, que resultó fundamental para extender la atención a la salud a las comunidades rurales del país. En 1937 se creó el Departamento de Asistencia Social Infantil, la primera estructura diferenciada de participación directa del Estado en la asistencia. Al poco tiempo se elevó al rango de secretaría y se ampliaron sus funciones para cubrir la asistencia pública de toda la población. Otro evento fundamental en la historia de la atención ambulatoria y de la atención a las poblaciones rurales fue la creación, en 1938, de la carrera de Medicina Rural en el Instituto Politécnico Nacional, que después dio origen a la Escuela Superior de Medicina de esa misma institución.

La tendencia hacia la concentración de la práctica médica en el ámbito hospitalario da inicio en 1943 con la creación del primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México. Ese mismo año se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), que surge como producto de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública. En 1944 se fundó el Instituto Nacional de Cardiología y, dos años más tarde, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Esta tendencia, sin embargo, no se erige como dominante sino hasta la década de los cincuenta. En los años cuarenta, la mayor parte de los servicios de las instituciones públicas se ofrecieron en ámbitos ambulatorios. De hecho, en su primera década de funcionamiento, el IMSS subcontrató servicios, sobre todo a consultorios y clínicas privados, en las ciudades de Puebla, Monterrey, Guadalajara y Orizaba.

A finales de la década de los cincuenta y principios de los sesenta se produjo un crecimiento explosivo de las unidades hospitalarias que se asoció a la consolidación de la llamada medicina científica que, en palabras de Julio Frenk, "tiene en las especialidades médicas su modo dominante de trabajo médico, en el hospital su espacio privilegiado de poder y en la atención curativa su forma predominante de respuesta a las necesidades de la población." Entre 1959 y 1964 las unidades hospitalarias del IMSS crecieron 83%. En ese mismo periodo, el recién creado Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado construyó 33 hospitales. El Departamento del Distrito Federal creó una red de 12 hospitales pediátricos y cuatro hospitales de urgencias generales. La SSA construyó casi 500 unidades hospitalarias, la mayoría hospitales de ocho a 16 camas, aunque no descuidó la atención ambulatoria: entre 1958 y 1964 incrementó su número de centros de salud de 90 a casi 500.

Este incremento de unidades de atención no se asoció a un aumento de la matrícula de las escuelas de medicina existentes. De hecho, la matrícula de la Facultad de Medicina de la UNAM, que concentraba más del

60% de los estudiantes de medicina del país, se mantuvo prácticamente constante entre 1958 y 1967. Para operar esta creciente infraestructura de salud se tuvo que echar mano de los internos de pregrado, los pasantes en servicio social y los residentes.

En la segunda mitad de la década de los sesenta se produjo un fenómeno inverso al del lustro anterior: se detuvo la ampliación de la construcción de unidades públicas de salud y se amplió considerablemente el número de estudiantes y escuelas de medicina. Esto dio lugar a un desequilibrio del mercado de trabajo médico caracterizado por el subempleo y el desempleo, que persiste hasta la actualidad.

La recuperación económica del país de los años ochenta, asociada al incremento de los ingresos petroleros, permitió fortalecer los servicios de salud públicos, pero ahora con un fuerte énfasis en la APS. En este periodo se crearon el Programa IMSS-COPLAMAR, hoy denominado IMSS-Oportunidades, y el Programa de Atención Médica para las Zonas Deprimidas de las Grandes Urbes. El primero construyó 3,025 unidades, incluyendo 60 hospitales rurales. El segundo llegó a contar con 260 centros de salud en las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey y León. Lamentablemente muchas de estas unidades tuvieron que operar exclusivamente con pasantes en servicio social, debido, entre otras cosas, a la renuencia de los médicos, incluyendo los desempleados, a trabajar en zonas rurales.

La APS tuvo un nuevo impulso con la creación, en los años noventa, del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, el Programa de Ampliación de Cobertura y el Programa de Educación, Salud y Alimentación, hoy denominado Oportunidades.

En 2003 el Congreso aprobó diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al SPSS y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS). Estas reformas permitieron incrementar considerablemente los recursos para la población sin seguridad social, lo que se vio reflejado en la infraestructura física de los SESA. Entre 2001 y 2006 la SSA construyó 751 unidades de consulta externa y 104 hospitales, incluyendo hospitales de alta especialidad en Chiapas, Guanajuato, Oaxaca y Yucatán. Esta obra se construyó en el marco de un esfuerzo por racionalizar la remodelación y ampliación de la infraestructura física de los SESA que se concretó en el Plan Maestro de Infraestructura Física, en cuyo diseño y periódica actualización han participado todas las entidades federativas.

La atención ambulatoria en los SESA se ha beneficiado también del requisito de acreditación que la Ley General de Salud establece para poder ofrecer servicios a los afiliados al SPS. Este proceso obliga a las unidades a contar con estándares mínimos en materia de infraestructura física, equipamiento, insumos básicos y recursos humanos. A la fecha se han acreditado alrededor de 7,000 UAA en los SESA, es decir, alrededor del 50% de estas unidades.

La preocupación por ampliar la infraestructura para la salud persistió en esta administración. A la fecha, el gobierno del Presidente Calderón ha remodelado, ampliado o construido 1,800 unidades de salud.

La acelerada transformación del perfil demográfico y epidemiológico de la población mexicana ha provocado que las necesidades que se atienden en las UAA de los SESA sean marcadamente diferentes a aquellas prevalentes cuando estos servicios se diseñaron. La elaboración de un diagnóstico detallado de las fortalezas y principales áreas de mejora de estas unidades se antoja indispensable y constituye un insumo esencial para el diseño de una impostergable propuesta de fortalecimiento, reorganización y renovación de la APS en los SESA dirigida a expandir su radio de acción, ampliar su capacidad resolutoria, incrementar su seguridad, mejorar su eficiencia y fortalecer los vínculos con sus unidades de referencia, aprovechando el incremento de los recursos

presupuestales de los SESA que se ha producido a raíz del establecimiento del SPSS. De hecho, el principal reto del SPSS es convertir los recursos frescos que está movilizando en más y mejores servicios de salud, capaces de responder a la nueva demanda de atención, orientada hacia los padecimientos no transmisibles, dentro de los que destacan la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón y los padecimientos cerebro-vasculares, que en conjunto concentran más del 30% de los decesos en el país.

La Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, a través de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, diseñó un plan para el fortalecimiento de la atención ambulatoria que se presenta en el informe que el lector tiene en sus manos: **Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Sesenta Propuestas para el Fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud en los Servicios Estatales de Salud.**

Este informe está dividido en ocho capítulos: i) diagnóstico; ii) estudio de caso; iii) infraestructura física; iv) equipamiento; v) recursos humanos; vi) sistemas de información; vii) medicamentos y viii) sistemas gerenciales. En el capítulo diagnóstico se hace una revisión exhaustiva del estado actual de la atención ambulatoria en los SESA, con énfasis en las seis áreas para las que se presentan propuestas de mejora. Con el fin de ofrecer una visión más concreta de la situación de las UAA de los SESA, en el segundo capítulo se presentan los resultados de un estudio a profundidad de la atención ambulatoria en una entidad federativa (Morelos). Buena parte de la información de este estudio de caso procede de una encuesta que se realizó en 2010 en 62 UAA de este estado. En los siguientes seis capítulos se presentan propuestas de fortalecimiento para los seis rubros de este estudio desagregadas por nivel, federal y estatal. La idea en todos los casos fue presentar propuestas que pudieran implementarse en el curso de esta administración y con los recursos actualmente disponibles, aprovechando además las experiencias exitosas que en estos rubros hubieran podido implementarse recientemente en los SESA. De hecho, cada capítulo, además de las propuestas, cuenta con la descripción de experiencias exitosas concretas, nacionales e internacionales, que podrían adaptarse a la situación de los SESA en la mayor parte de las entidades federativas. El informe concluye con una sección que destaca lo más relevante del informe.

Bibliografía

1. Berman P. Unpacking health system strengthening. Background note for the Technical Workshop on Health System Strengthening (junio 25-27 de 2009). Washington, D.C.: World Bank, 2009.
2. Fajardo Ortiz G, Carrillo AM, Neri Vela R. Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002. México, D.F.: Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002.
3. Frenk J. La economía política del subempleo en México: corporativismo, crisis económica y reforma. En: Frenk J, Nigenda G, Hernández Llamas H y col. Médicos, educación y empleo. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 1994:89-127.
4. Gómez Dantés O. 10 mitos sobre el Seguro Popular de Salud. Nexos 2007;XXIX(353):59-63.
5. Hernández Llamas H. Historia de la participación del estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980. En: Ortiz Quesada F, editor. Vida y muerte del mexicano. México, D.F.: Folios Ediciones, 1982: volumen 2:49-96.
6. Moreno Cueto E, Moguel Viveros J, Díaz de Sandi M, García Ugarte ME, Césarman Vitis E. Sociología histórica de las instituciones de salud en México. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Washington, D.C.: OMS, 2008.

Síntesis Ejecutiva

Los servicios ambulatorios de las instituciones públicas de México no han cambiado al ritmo de la transición epidemiológica. Cuando todavía no se alcanzaba la cobertura universal de servicios básicos dirigidos a atender las enfermedades pre-transicionales, la demanda de atención a la salud, tanto de las poblaciones rurales como urbanas de todos los estratos socioeconómicos, empezó a desplazarse hacia los padecimientos no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión y el cáncer, para los que no estaban preparadas las unidades de atención ambulatoria (UAA) de los Servicios Estatales de Salud (SESA).

El sistema mexicano de salud, aprovechando los recursos movilizados por el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), debe fortalecer las UAA para ayudar a resolver los problemas del rezago epidemiológico y responder de manera más efectiva y eficiente a una demanda creciente de servicios de salud de mayor complejidad asociada a las llamadas enfermedades emergentes.

El objetivo de este informe es presentar propuestas de fortalecimiento de las UAA de los SESA en seis rubros (infraestructura física, equipamiento clínico, recursos humanos, sistemas de información, medicamentos y sistemas gerenciales). Estas propuestas

pueden implantarse en un corto periodo de tiempo y con los recursos disponibles.

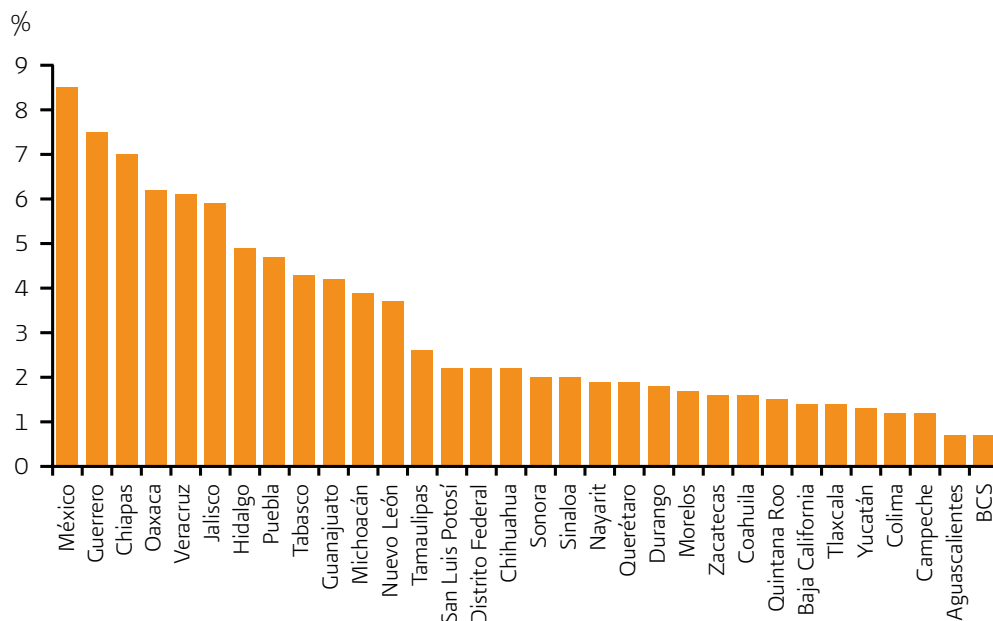
Las Unidades de Atención Ambulatoria en los SESA

Las instituciones de salud de México cuentan con 25,433 unidades de atención a la salud. 20,389 (80.2%) de estas unidades son UAA, la mayor parte de las cuales son operadas por instituciones del sector público.

Los SESA cuentan con 13,317 UAA. Tres estados (Estado de México, Guerrero y Chiapas) concentran más del 20% de estas unidades, mientras que Baja California Sur y Aguascalientes concentran poco más del 1% (Figura 1).

Las condiciones en materia de infraestructura física y acceso a servicios básicos (agua, drenaje, luz) bajo las que operan las UAA de los SESA son muy variables. Una encuesta de centros de salud rurales realizada en 2007 para el Programa Oportunidades indica que 30% de estas UAA todavía no cuentan con agua entubada, 12% no cuentan con baños para el personal, 19% no cuentan con

Figura 1. Distribución de las unidades de atención ambulatoria de los SESA por entidad federativa, México 2009



baños para pacientes y aunque la mayoría (98%) cuenta con corriente eléctrica, un alto porcentaje presenta interrupciones frecuentes del servicio eléctrico.

Llaman también la atención los serios problemas de comunicación que presentan las UAA de los SESA. Los datos de una encuesta aplicada a las áreas de planeación de los SESA de las 32 entidades federativas en 2010 indican que un número importante de UAA no cuentan con radio ni teléfono, mucho menos con acceso a Internet. En Campeche y Tabasco sólo 4 y 3% de las UAA, respectivamente, cuentan con teléfono. En Coahuila ninguna UAA cuenta con este servicio. En Guanajuato, Jalisco y Nuevo León, 93.6, 84.7 y 100% de las UAA, respectivamente, carecen de conexión a Internet.

La disponibilidad de medicamentos en las UAA de los SESA es también un serio problema. Un estudio de verificación de la existencia de 264 claves seleccionadas del Cuadro Básico de Medicamentos en una muestra de unidades ambulatorias realizado en 2008 identificó un promedio de apenas 85 claves. En los centros de salud acreditados el promedio de existencia fue de 90 claves (34%) y en los no acreditados de 79 (30%).

Las UAA también presentan problemas en el manejo de la información en salud. En primer lugar hay que señalar que estas unidades manejan una gran cantidad de formatos con múltiples campos e innumerables variables. A esto habría que agregar el rezago en el proceso de automatización de la información. En un número considerable de UAA, la información se sigue llenando a mano y se entrega de manera personal a la jurisdicción, incluso en aquellos casos en los que se cuenta con computadora y servicio de Internet en las unidades. Los responsables de las UAA, además, no reconocen la utilidad de la información que recolectan. En general son las jurisdicciones, los estados y, sobre todo, la federación los que hacen uso regular de esta información.

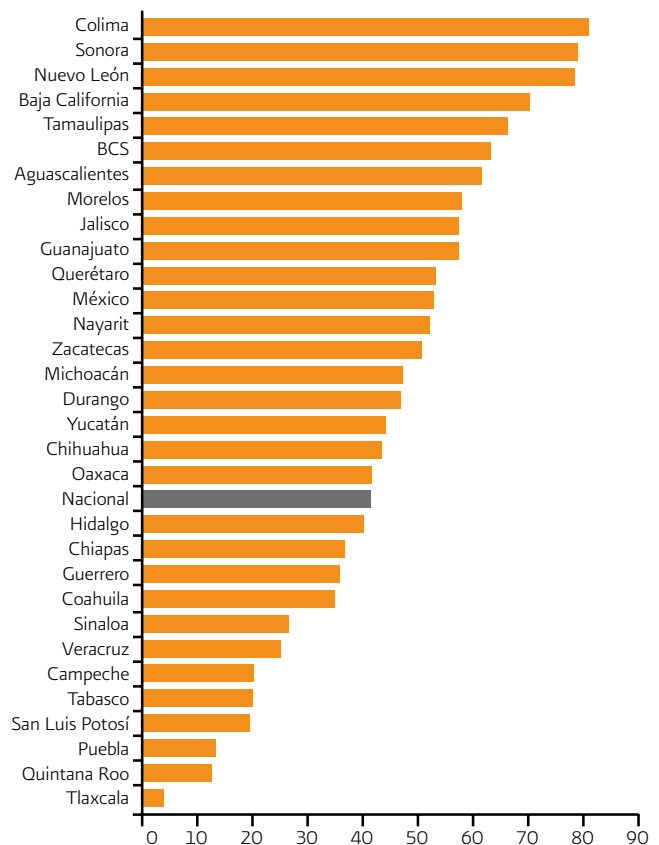
Las UAA de los SESA carecen también de recursos humanos. En 2009 había en el país 0.6 médicos y 0.5 enfermeras en contacto con el paciente por cada 1000 habitantes sin seguridad social, una disponibilidad bastante menor que el estándar internacional de un médico y dos enfermeras por 1000 habitantes. Un porcentaje importante de los médicos (23%), además, son pasantes en servicio social. La gran mayoría de ellos (81.6%) trabajan en centros de salud rurales. A nivel nacional, 41.5% de los centros de salud rurales de las SESA operan exclusivamente con este tipo de recurso humano. En Colima, Sonora y Nuevo León este porcentaje es superior a 75% (Figura 2).

En 2008 las UAA de los SESA produjeron 73.3 millones de consultas (Cuadro 1). 45.6 millones de estas consultas se llevaron a cabo en unidades rurales y 27.7 millones en unidades

urbanas. Poco más de 29 millones de consultas se brindaron a población beneficiaria del SPS. Dos terceras partes de las consultas se brindaron a mujeres y alrededor de 26 millones se ofrecieron a mujeres de entre 20 y 49 años de edad, lo que sugiere un importante peso relativo de la atención prenatal. Otro grupo importante de usuarios fueron los menores de cinco años. El motivo de consulta más frecuente fue la atención a individuos sanos. Esto lo explica la atención a mujeres embarazadas y niños de las familias Oportunidades. La segunda causa más común de atención fue la atención a enfermedades transmisibles, también muy comunes en los menores de edad. El tercer lugar lo ocuparon las enfermedades no transmisibles, que hoy dominan el perfil de salud de la población.

En 2009 se habían acreditado 6,612 UAA de los SESA (49.6% del total). El análisis de la acreditación por entidad federativa muestra diferencias significativas. Mientras que Aguascalientes, Morelos y Guanajuato presentan porcentajes de acreditación

Figura 2. Porcentaje de centros de salud rurales operados exclusivamente por pasantes de medicina u odontología por entidad federativa, México 2009

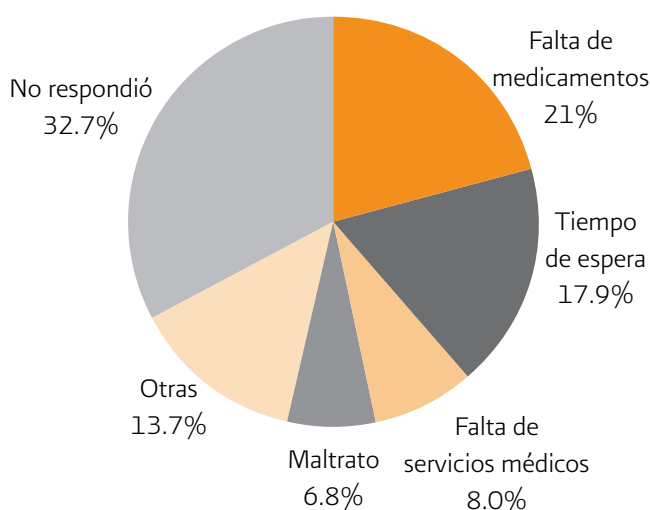


Cuadro I. Principales causas de consulta en las unidades de atención ambulatoria de los SESA, México 2008

Causa	Número (millones)	%
Consulta de sanos	25	34.2
Enfermedades transmisibles	13	17.8
Enfermedades crónico-degenerativas	8	11
Salud bucal	5.5	7.5
Planificación familiar	4.5	6.2
Salud mental	0.5	0.7
Otras	16.5	22.6

de sus unidades mayores de 80%, en Chiapas este porcentaje no llega a 20%, y en Guerrero y el Distrito Federal está por debajo de 30% (Cuadro II).

A pesar de los problemas que presentan las UAA de los SESA, la mayor parte de los usuarios de dichos servicios (94.8%) califican la atención recibida como buena o muy buena. El porcentaje más alto de satisfacción lo reportan los usuarios de los centros de salud rurales acreditados (96.1%) y el más bajo los usuarios de los centros de salud rurales no acreditados (93.5%). La principal causa de insatisfacción con la atención en las UAA de los SESA es la falta de medicamentos (21%), seguida de los tiempos de espera (18%) (Figura 3).

Figura 3. Causas por las que los usuarios no regresarían a atenderse en la misma unidad de atención ambulatoria, México 2008**Cuadro II.** Porcentaje de unidades de atención ambulatoria de los SESA acreditadas por entidad federativa, México 2009

Entidad federativa	% unidades acreditadas
Aguascalientes	88.4
Morelos	84.0
Guanajuato	83.3
Tlaxcala	78.6
Nayarit	73.6
Quintana Roo	72.3
Durango	71.7
Tabasco	71.0
Yucatán	70.7
Sinaloa	66.0
Colima	64.0
Zacatecas	63.3
Querétaro	61.0
Puebla	60.2
San Luis Potosí	59.1
Campeche	56.0
Oaxaca	52.6
Baja California	51.1
Veracruz	50.7
Baja California Sur	50.6
Jalisco	50.4
Nacional	49.7
Nuevo León	48.9
Chihuahua	48.6
México	45.8
Coahuila	45.1
Tamaulipas	43.7
Sonora	40.4
Hidalgo	34.6
Michoacán	31.0
Distrito Federal	29.9
Guerrero	20.5
Chiapas	18.5

Propuestas de Fortalecimiento de las UAA de los SESA

Infraestructura Física

En México ha habido diversos esfuerzos dirigidos a ampliar y mejorar la infraestructura física de las unidades de salud de las

instituciones públicas. En 1943 surgieron la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que construye su primer centro hospitalario en 1945. En 1952 se creó la Comisión Nacional de Hospitales que elaboró el Censo Nacional de Infraestructura Médica. Entre 1958 y 1964 se amplió considerablemente la infraestructura en salud del IMSS, la SSA, y el Departamento del Distrito Federal. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que se creó en 1960, nació acompañado de un plan muy ambicioso de construcción de unidades. A finales de los años ochenta, a través del Programa IMSS-Coplamar, se construyen, con recursos del boom petrolero, 3,025 centros de salud y 60 hospitales rurales. En 1995 se retoman los Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para Población Abierta. La atención primaria a la salud (APS) tuvo un nuevo impulso con la creación, en los años noventa, del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, el Programa de Ampliación de Cobertura y el Programa de Educación, Salud y Alimentación, hoy denominado Oportunidades.

En 2003 el Congreso aprobó diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al SPSS y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS). Estas reformas permitieron incrementar considerablemente los recursos para la población sin seguridad social, lo que se vio reflejado en la infraestructura física de los SESA. Entre 2001 y 2006 la Secretaría de Salud (SSa) construyó 751 unidades de consulta externa y 104 hospitales. Esta obra se construyó en el marco de un esfuerzo por racionalizar la remodelación y ampliación de la infraestructura física de los SESA, que se concretó en el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud. La preocupación por ampliar la infraestructura para la salud persistió en esta administración. A la fecha, el gobierno del Presidente Calderón ha remodelado, ampliado o construido 1,800 unidades de salud.

No obstante, las numerosas iniciativas para ampliar la infraestructura en salud y mejorar la ya existente, persisten rezagos en la disponibilidad y acceso a la infraestructura necesaria para cubrir las necesidades de salud de la población.

Uno de los principales problemas de las UAA, sobre todo en el área rural, es la accesibilidad geográfica. De acuerdo con datos de CONAPO, 35% de las localidades rurales de México se clasifican como "aisladas" y un alto porcentaje se encuentra a más de 60 minutos de la unidad de salud más cercana. Estas unidades, además, suelen tener problemas de comunicación. Los datos de la encuesta aplicada a las áreas de planeación de los SESA de las 32 entidades federativas en 2010 indican que un número importante de UAA no cuentan con radio ni teléfono, mucho menos con acceso a

Internet. Por lo que se refiere al acceso a servicios básicos, la encuesta a centros de salud rurales que ofrecen servicios al Programa Oportunidades muestra que 30.4% de estas unidades no cuentan con abastecimiento de agua entubada y 43.1% tienen excusados conectados a alguna fosa séptica o letrina, y aunque sólo 2% de estos centros rurales no poseen servicio de luz eléctrica, la frecuencia con la que se presentan fallas de este servicio llega a ser alta.

Propuestas para el Fortalecimiento de la Infraestructura Física de las Unidades de Atención Ambulatoria de los Servicios Estatales de Salud	
Propuestas para el Nivel Federal	Propuestas para el Nivel Estatal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Construir un Inventario Nacional de UAA que identifique las condiciones de los accesos, señalizaciones y espacios, y la disponibilidad efectiva de servicios básicos. 2. En el marco del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, fortalecer el Plan Nacional de Ampliación y Mejoramiento Continuo de la Infraestructura Física de las UAA, contemplando tareas de construcción de obra nueva, ampliación y remodelación. 3. Con base en el artículo 77 de la Ley General de Salud, fortalecer el Plan Nacional de Mantenimiento de la Infraestructura Física de las UAA. 4. Fortalecer la coordinación de las actividades relacionadas con infraestructura física y equipamiento que desarrollan el CENETEC, la DGPLADES y la DGIF. 5. Garantizar la aplicación de los documentos normativos que rigen la remodelación, ampliación y construcción de infraestructura física en salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear un Inventario Estatal de Infraestructura Física con un módulo de UAA que identifique las condiciones de los accesos, señalizaciones y espacios, y la disponibilidad efectiva de servicios básicos. 2. Crear un Plan Estatal de Ampliación y Mejoramiento Continuo de la Infraestructura Física que cuente con un módulo dedicado a las UAA. 3. Crear un Programa Estatal de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de la Infraestructura Física que cuente con un módulo dedicado a las UAA. 4. Fortalecer los servicios de comunicación de las UAA de tal manera que para finales de 2012 todas estas unidades cuentan con servicio de radio o teléfono y con servicios de Internet. 5. Mejorar la capacidad local de gestión de recursos para el fortalecimiento de la infraestructura física en salud, incluyendo las UAA.

Equipamiento Médico

Desde mediados de los años ochenta surgió en México un interés por mejorar la gestión del equipo médico en nuestras instituciones públicas. Un punto culminante de ese interés fue la creación, a mediados de los años ochenta del siglo pasado, de las listas de insumos esenciales de la SSa, que incluían equipo médico tanto de unidades hospitalarias como ambulatorias. A principios de los

años noventa, la Fundación Mexicana para la Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública, la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad de Wisconsin organizaron un “Seminario sobre el Uso Racional de Tecnologías Médicas.” La principal conclusión de dicho seminario fue que había una urgente necesidad de diseñar estrategias para promover la adopción y diseminación racional de tecnologías sanitarias en México y construir un inventario de tecnologías para la salud. Esa misma década se creó, dentro de la SSa, el Centro de Desarrollo y Aplicaciones Tecnológicas, que tenía por objetivo establecer programas de mantenimiento, normatividad, capacitación y desarrollo de tecnologías sanitarias apropiadas para las necesidades del país. Otro evento de gran trascendencia en materia de equipo médico de las unidades de atención ambulatoria fue la publicación en el Diario Oficial de la Federación, en septiembre de 1991, de la Norma Oficial Mexicana 178-SSA1-1998, que establece los requerimientos mínimos de infraestructura y equipamiento de los establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. En enero de 2004 se creó el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-Salud), una agencia especializada de la SSa que tiene como misión “contribuir a satisfacer las necesidades de gestión y evaluación de tecnologías sanitarias, mediante la asesoría, la coordinación de esfuerzos sectoriales, la generación, integración y divulgación de información, con el fin de sustentar la toma de decisiones en los servicios de salud.” Uno de las primeras medidas del CENETEC fue la elaboración del Plan Maestro de Equipamiento, que se publicó en 2006 y que incluye, entre otros, lineamientos para el equipamiento de ambulancias, maletines para brigadas médicas y centros de salud.

A pesar del creciente interés por la tecnología médica, la gestión del equipo médico en las UAA de los SESA presenta serios problemas, empezando por la información en salud disponible. El área del Sistema Nacional de Información de la SSa encargada de este rubro cuenta con muy pocas variables en equipamiento y, a juicio de los usuarios de esta información, la calidad de los datos tiende a ser pobre.

Otro problema es la disponibilidad de equipo en las UAA. Para evaluar este rubro, en las encuestas que se llevaron a cabo para este informe en 62 UAA de los SESA de Morelos se verificó la disponibilidad de 12 equipos médicos. Las básculas fueron el único equipo que estuvo disponible en todas las unidades. Llama la atención la baja disponibilidad de oftalmoscopios, martillos de reflejos y termómetros.

A esto hay que sumar los problemas de mantenimiento, que casi siempre es tardío y correctivo. Además, el personal encargado del mantenimiento frecuentemente no cuenta con herramientas y

equipo de calibración ni con instalaciones físicas adecuadas para llevar a cabo tareas de reparación. Es común también que las áreas de mantenimiento no dispongan de refacciones. Todo esto obliga a la contratación de empresas privadas de mantenimiento, a pesar de que las tareas de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de las UAA, que es en su mayoría equipo de baja complejidad tecnológica, podría quedar en manos de las jurisdicciones.

Propuestas de Fortalecimiento del Equipamiento de las Unidades de Atención Ambulatoria de los Servicios Estatales de Salud

Propuestas para el Nivel Federal	Propuestas para el Nivel Estatal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar y actualizar las variables de equipo médico que se encuentran en el SINERHIAS. 2. Promover la actualización, difusión y aplicación de las normas, modelos y guías de equipamiento médico de las UAA. 3. Consolidar al Plan Maestro de Equipamiento como herramienta de planeación sectorial y actualizar el componente de equipamiento de las UAA. 4. Establecer mecanismos para fortalecer la capacitación de personal técnico en la gestión del equipo médico a nivel estatal y jurisdiccional. 5. Fomentar la creación de Departamentos de Ingeniería Biomédica en los SESA. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un Inventario Físico y Funcional de Equipo Médico Estatal. 2. Diseñar un Plan Estatal de Adquisición, Renovación, Mantenimiento y Baja de Inventario de Equipo Médico de las UAA. 3. Establecer un Programa Estatal de Capacitación de Personal Técnico Involucrado en la Gestión de Equipo Médico. 4. Contar en el estado con al menos un ingeniero biomédico que coordine las actividades de gestión de equipo médico. 5. Contemplar la creación de un Centro Estatal de Ingeniería Biomédica.

Recursos Humanos

Hasta los años cuarenta del siglo pasado, los recursos humanos para la salud de las instituciones públicas operaron sobre todo en ámbitos ambulatorios. Sin embargo, a finales de la década de los cincuenta y principios de los sesenta se produjo un crecimiento explosivo de las unidades hospitalarias. Este incremento de unidades de atención no se asoció a un aumento de la matrícula de las escuelas de medicina existentes. De hecho, la matrícula de la Facultad de Medicina de la UNAM, que concentraba más del 60% de los estudiantes de medicina del país, se mantuvo prácticamente constante entre 1958 y 1967. Esto obligó a las instituciones de salud a recurrir a los recursos humanos disponibles: los internos de pregrado, los pasantes en servicio social y los residentes. En la segunda mitad de la década de los sesenta se produjo un fenómeno inverso al del lustro anterior: se detuvo la ampliación de la construcción de unidades públicas de salud y se amplió el número

de estudiantes y escuelas de medicina. En 1983, con el fin de enfrentar los desequilibrios del mercado de trabajo médico, se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, que tenía como funciones, entre otras, lograr una adecuada distribución de los recursos humanos para la salud en formación. La recuperación económica del país de los años ochenta permitió fortalecer los servicios de salud públicos, pero ahora con un fuerte énfasis en la APS. En este periodo se crearon el Programa IMSS-COPLAMAR y el Programa de Atención Médica para las Zonas Deprimidas de las Grandes Urbes. La APS tuvo otro impulso con la creación, en los años noventa, del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, el Programa de Ampliación de Cobertura y el Programa de Educación, Salud y Alimentación. En 2003, el Congreso aprobó diversas reformas a la Ley General de Salud, que dan origen al SPSS y su brazo operativo, el SPS. Estas reformas han permitido incrementar considerablemente los recursos para la población sin seguridad social. El reto de este seguro es convertir esos recursos en más y mejores servicios de salud, lo que implica, entre otras cosas, más y mejores recursos humanos para la salud.

Las UAA de los SESA presentan serios problemas de disponibilidad de recursos humanos para la salud, dentro de los que destacan la baja oferta de estos recursos en las unidades rurales, que siguen operando predominantemente con médicos pasantes en servicio social; su escasa capacitación en APS y su poca disposición hacer una carrera profesional en este nivel de atención dados los bajos incentivos financieros, profesionales y de capacitación.

Las propuestas de fortalecimiento de los recursos humanos en las UAA de los SESA que se presentan en este informe incluyen medidas normativas, incentivos financieros, oportunidades de capacitación, oportunidades de desarrollo profesional y mejoras en las condiciones de vida. Estas últimas están dirigidas sobre todo a quienes trabajan en comunidades rurales. Estas medidas se pueden clasificar en tres grupos: propuestas para fortalecer el servicio social de medicina y enfermería, propuestas para fortalecer la profesionalización de la atención ambulatoria en los SESA y propuestas para ampliar la subrogación de servicios ambulatorios en los SESA. Estos tres tipos de propuestas no son excluyentes y cada entidad federativa, de acuerdo con su historia institucional, los recursos disponibles, sus prioridades y hasta sus preferencias, podrá enfatizar una, dos o los tres tipos de propuestas.

Sistemas de Información

En México los sistemas de información en salud de los SESA han venido mejorando gracias al esfuerzo realizado por las unidades de

Propuestas de Fortalecimiento de los Recursos Humanos de las Unidades de Atención Ambulatoria de los Servicios Estatales de Salud

Propuestas para el Nivel Federal	Propuestas para el Nivel Estatal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar un Plan Maestro de Recursos Humanos para la Salud con un módulo dedicado a las UAA. 2. Acelerar la aprobación y publicación de la NOM sobre servicio social de la carrera de medicina, y promover su discusión en las facultades y escuelas de medicina de todo el país y entre los jefes de enseñanza de los SESA. 3. Regionalizar el programa de servicio social por institución educativa para facilitar la supervisión de los pasantes y garantizar la continuidad de su trabajo. 4. Incrementar el monto de las becas de los pasantes para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, transporte y recreación. 5. Ofrecerle a los médicos pasantes que trabajan en las UAA en comunidades rurales un seguro de vida y un seguro de responsabilidad profesional. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acreditar las sedes de servicio social (infraestructura, equipamiento, insumos, y residencias de médicos y enfermeras). 2. Diseñar un plan de corto plazo para profesionalizar la atención en las UAA, lo que significa contar con por lo menos un médico titulado en todas estas unidades. 3. Diseñar planes piloto para evaluar la posibilidad de subrogar a organizaciones de la sociedad civil los servicios de atención ambulatoria sobre todo en comunidades rurales dispersas. 4. Ofrecer salarios competitivos a los médicos y enfermeras dispuestos a hacer una carrera en APS en los SESA. 5. Instalar teléfono y servicio de Internet en todas las UAA para atender necesidades de coordinación, asesoría en actividades clínicas y de salud pública, y capacitación, y mejorar las condiciones de vida del personal que trabaja en estas unidades.

atención, las jurisdicciones sanitarias, las áreas de información de los SESA y la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la SSA. Estos esfuerzos han tenido un impacto importante en las tareas de planeación y en la toma de decisiones. Sin embargo, el eslabón más débil de la cadena de la información en salud en México son, sin duda alguna, las UAA.

Las UAA de los SESA alimentan los sistemas estatal y federal de información en salud capturando datos sobre servicios otorgados (consultas, vacunas, estudios de gabinete y laboratorio), padecimientos y eventos de notificación inmediata y obligatoria. La información que aportan las UAA se captura básicamente en dos sistemas de información: el Subsistema de Prestación de Servicios y el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Los datos capturados a través de estos sistemas de información en general se registran por unidad médica, se envían a las jurisdicciones sanitarias en el caso de las UAA, se concentran en las áreas estatales de información y finalmente se transfieren a la DGIS de la SSA, en donde se validan, procesan y difunden.

Los responsables del llenado de los formatos de los subsistemas de información en la UAA son básicamente los médicos de base, los médicos pasantes o las enfermeras. En general, las UAA no cuentan con personal especializado en el manejo de información en salud y el personal que genera la información no suele estar capacitado en esta materia. El problema se complica cuando es el médico pasante el que genera la información. Cuando finalmente adquiere las habilidades necesarias para el correcto manejo de los diversos formatos, su año de pasantía concluye y delega esa responsabilidad en un nuevo pasante que desconoce la operación del sistema de salud en general y del sistema de información en particular.

El problema de la falta de capacitación se complica por el exceso de formatos que deben llenarse, cada uno de los cuales tiene una cantidad enorme de campos y variables cuya utilidad no siempre es reconocida por los encargados de generar la información en las UAA.

A esto habría que agregar la falta de recursos informáticos (computadoras, software, Internet) en las UAA y la exigencia de muchas jurisdicciones sanitarias de recibir personalmente la información incluso en aquellos en casos en los que las unidades cuentan con computadores y servicios de Internet.

Las propuestas que se presentan en este informe van dirigidas a fortalecer todo el ciclo de información, desde su generación en las unidades de atención, hasta su validación, procesamiento, organización y difusión en la DGIS. Estas propuestas incluyen inversiones adicionales en infraestructura, programas de capacitación, reducción del número de formatos, campos y variables que se llenan en las UAA, y medidas para instalar a la mayor brevedad posible el expediente clínico electrónico en todas las UAA de los SESA.

Suministro de Medicamentos

Los esfuerzos desarrollados recientemente por las instituciones públicas de salud de México para fortalecer el acceso a los medicamentos se han centrado sobre todo en el abasto de estos insumos. Ahora es indispensable rediseñar dichos esfuerzos para plantear acciones con una visión integral. Esto significa fortalecer todo el “ciclo de suministro de medicamentos,” que incluye su selección, la planeación de su compra, la organización de su licitación o compra directa, su distribución, su almacenamiento, su prescripción, su dispensación y, finalmente, su consumo.

La preocupación por la disponibilidad de medicamentos en las instituciones públicas de salud de México data de los años noventa, cuando el país enfrentó una situación crítica de desabasto. Una de las primeras medidas tomadas para enfrentar dicha crisis fue la elaboración de un diagnóstico sobre la disponibilidad de

Propuestas de Fortalecimiento de los Sistemas de Información de las Unidades de Atención Ambulatoria de los Servicios Estatales de Salud	
Propuestas para el Nivel Federal	Propuestas para el Nivel Estatal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer una revisión exhaustiva de todos los subsistemas de información que se encuentran en operación en las UAA de los SESA con el fin de reducir el número de formatos, campos y variables. 2. Transformar el Informe Mensual del SIS en un reporte nominal que en un futuro se obtenga directamente del apartado de salidas del expediente clínico electrónico. 3. Automatizar todos los procesos de captura de información del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica, que deberán operar con una plataforma única. 4. Actualizar la NOM-017-SSA2-1998 para la vigilancia epidemiológica y cumplir con la actualización quinquenal que marca la normatividad en metrología. 5. Diseñar un curso de capacitación para los responsables estatales de los sistemas de información con contenidos estandarizados sobre técnicas de captura, envío y análisis de información, así como sobre los principios básicos de operación del SINAIS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer las inversiones necesarias en infraestructura y equipo para garantizar la captura y envío en línea de la información capturada en las UAA a los niveles jurisdiccional, estatal y federal. 2. Designar un responsable estatal de información encargado de diseñar y operar el sistema estatal de información en salud en estrecha colaboración con las jurisdicciones y las unidades de atención. 3. Delegar en el personal de base la responsabilidad de capturar y enviar la información en salud generada en las UAA. 4. Asegurar una partida presupuestal específica en los Programas Operativos Anuales que garantice la instalación y operación del ECE en todas las UAA de los SESA. 5. Mantener un programa de supervisión continuo de la generación de información en las UAA que asegure la calidad de los datos y su oportuno envío a los niveles jurisdiccional, estatal y federal.

medicamentos en los SESA. A partir de ese diagnóstico se echó andar una serie de acciones encaminadas a implantar un modelo capaz de “surtir los medicamentos del cuadro básico del sector salud de manera oportuna, eficiente, flexible y colaborativa, con un esquema transparente” y de promover “la participación de los sectores público y privado.”

Las principales estrategias se enfocaron en mejorar la planeación, implementar adquisiciones anticipadas y sectoriales, y fortalecer la administración de inventarios. Destacan dentro de las medidas tomadas la creación de una oficina que se encargó del monitoreo del progreso de las estrategias, la detección de asuntos críticos y su resolución, y la transferencia de mejores prácticas, y la implantación de pruebas pilotos para la adaptación de los procesos de mejora antes de su lanzamiento nacional. Otro punto crucial fue la definición de un riguroso programa de medición interna (por

parte de los estados) y externa (a través de una organización independiente) que contó con indicadores de resultado (porcentaje de pacientes con recetas surtidas al 100%).

En el sexenio actual, el Programa de Acción Específico 2007–2012 “Mejora del Acceso a Medicamentos” (PEMAM) se propuso “garantizar el acceso a los medicamentos esenciales a la población usuaria de los servicios de salud o de la seguridad social”. A nivel estatal se implantaron diversas estrategias encaminadas a la mejora de la disponibilidad de medicamentos en todos los niveles de atención. Desde 2007 la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud exhortó a los estados a reportar en su página web las innovaciones introducidas. Las innovaciones estatales se han enfocado en alguna de las etapas del ciclo de suministro. La mayoría se concentraron en las etapas de adquisición, distribución e inventarios, y, en menor medida, en las fases de planeación e introducción de servicios informáticos. El área más relegada fue la de uso racional de medicamentos (prescripción, entrega y uso adecuado).

En este informe se presentan propuestas dirigidas a fortalecer todo el ciclo de suministro de medicamentos en los niveles federal, estatal y local. Estas propuestas pueden agruparse en seis grandes rubros: capacitación de personal, estandarización de procesos, diseño de incentivos, uso adecuado de medicamentos, monitoreo del ciclo de suministro y rendición de cuentas. Estas propuestas pueden implantarse con cualquier modelo, público o privado, de adquisición y distribución de medicamentos. ¿Porqué no recomendar algún modelo particular de suministro? Porque ninguno de los tres modelos (modelo totalmente público, modelo con contratación privada de alguna parte del ciclo suministro y modelo totalmente privado) ha demostrado todavía una clara superioridad.

Sistemas Gerenciales

Los modelos de atención ambulatoria implantados en México se diseñaron para atender sobre todo eventos agudos asociados a infecciones comunes y problemas reproductivos. La creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles y la reciente creación del SPSS obligan a revisar estos modelos para atender una creciente demanda de servicios más complejos y garantizar un vínculo más estrecho con las unidades de referencia que ofrecen servicios especializados tanto diagnósticos como terapéuticos y de rehabilitación.

Como parte de la estrategia de implantación de la APS, desde la década de los ochenta del siglo pasado se ha discutido en México la necesidad de fortalecer la atención ambulatoria y ampliar su capacidad resolutoria mejorando el abasto de insumos, utilizando tecnología adecuada y operando dichas unidades con médicos

Propuestas de Fortalecimiento del ciclo de surtimiento de Medicamentos en las Unidades de Atención Ambulatoria de los Servicios Estatales de Salud

Propuestas para el Nivel Federal	Propuestas para el Nivel Estatal
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar un curso de capacitación estandarizado sobre el ciclo de suministro de medicamentos que deberá implantarse en todas las entidades federativas. 2. Crear un Centro de Información de Medicamentos dirigido a personal de salud y usuarios del nivel ambulatorio. 3. Otorgar un premio federal a la jurisdicción por estado que demuestre mayores ahorros en términos de eficiencia en el funcionamiento del proceso de suministro de medicamentos. 4. Diseñar un mecanismo de negociación de precios de una selección de medicamentos del CAUSES para asegurar un precio único de venta a todos los SESA. 5. Dar seguimiento externo semestral a seis indicadores críticos de desempeño del ciclo de suministro y diez indicadores de uso racional de medicamentos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombrar una persona por jurisdicción responsable de dar seguimiento al ciclo de suministro de medicamentos. 2. Asegurar que todo el personal de base (administrativo y operativo) relacionado con el ciclo de suministro de medicamentos conozca y aplique los procedimientos estandarizados del área de su competencia. 3. Crear un comité fármaco-terapéutico que seleccione la lista de medicamentos esenciales estatal con base en las necesidades locales y elabore recomendaciones sobre su uso adecuado. 4. Garantizar el uso de protocolos estandarizados de tratamiento para las diez causas más comunes de atención en las UAA. 5. Otorgar un premio en especie a la mejor iniciativa implementada para promover el uso racional de medicamentos en el estado.

generales y familiares entrenados para operar en centros de salud urbanos y rurales. Dentro de los esfuerzos recientes por mejorar la calidad de la atención y los procesos gerenciales en los SESA destaca un estudio realizado en 1952 centros de salud urbanos y rurales de la SESA entre 1997 y 1999. Este estudio demostró que en las UAA había problemas de abastecimiento de medicamentos, uso deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego a la normatividad de programas prioritarios. Ha habido otros esfuerzos dirigidos a fortalecer la capacidad gerencial de los SESA, dentro de los que destacan el diseño del Modelo Integral de Atención a la Salud y diversas iniciativas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Hace escasos cuatro años, una evaluación del programa Oportunidades vuelve a documentar la situación en la que operan estas unidades de los SESA. Tres problemas parecen particularmente relevantes: la falta de equipo e insumos, la falta de disponibilidad de medicamentos del paquete básico y los problemas de calidad de la atención. A estos problemas habría que agregar otros identificados por los funcionarios federales y estatales que se entrevistaron para este informe: los limitados horarios de atención

de las UAA, la enorme carga que representan las consultas del Programa Oportunidades, la poca claridad en los procesos de referencia y contra-referencia, y la falta de coordinación de las UAA con las áreas responsables de servicios médicos, que tienden a ubicarse en las áreas estatales centrales, muy lejos de los ámbitos de operación de los servicios ambulatorios.

El fortalecimiento de los sistemas gerenciales bajo los que operan las UAA de los SESA pretende alcanzarse mediante la puesta en operación de un paquete de propuestas que giran alrededor de cuatro dimensiones centrales: i) la acreditación de unidades, ii) el incremento de la productividad, iii) la conformación de redes de servicios y iv) el fortalecimiento de los sistemas de referencia y contra referencia. Estas propuestas están definidas para los niveles federal y estatal, y en el contexto de la consolidación del proceso de reforma que dio origen al SNPSS. En su formulación se buscó retomar enfoques organizacionales y administrativos basados en los marcos normativos vigentes, diversos documentos conceptuales y operativos de la SSA, y varias experiencias nacionales e internacionales.

Propuestas de Fortalecimiento de los Sistemas Gerenciales en las Unidades de Atención Ambulatoria de los Servicios Estatales de Salud	
Propuestas para el Nivel Federal	Propuestas para el Nivel Estatal
1. Consolidar el proceso de acreditación de las UAA dando apoyo preferencial a los SESA y las jurisdicciones con mayor rezago de afiliación de poblaciones vulnerables.	1. Ampliar los horarios de atención de tal manera que en todas la UAA se ofrezcan servicios en el horario vespertino.
2. Dar un mayor peso en las cédulas de acreditación de las UAA a la verificación de insumos y recursos humanos para la atención de enfermedades no transmisibles.	2. Reorganizar los procesos de atención en las UAA para canalizar hacia el personal de enfermería la atención de los usuarios sanos y hacia los médicos pasantes y los médicos titulados la atención de los usuarios enfermos.
3. Establecer un mecanismo aleatorio de visitas de verificación para las UAA acreditadas para así abatir los procesos de simulación.	3. Reforzar el abasto de insumos y la capacitación de los recursos humanos para ampliar la capacidad resolutive de las UAA.
4. Difundir los cambios realizados a la Ley General de Salud que facultan a los SESA a contratar proveedores públicos y privados con el fin de mejorar la prestación oportuna de servicios, sobre todo en las zonas de mayor rezago.	4. Revisar las líneas de mando para asegurar una coordinación racional de las UAA con las jurisdicciones y las áreas de servicio de las áreas centrales de los SESA.
5. Mejorar la coordinación entre la SHCP, la SSA, la CNPSS y los SESA para mejorar la asignación oportuna de recursos presupuestales a los SESA.	5. Revisar los sistemas de referencia y contra-referencia para garantizar la continuidad de la atención de los usuarios tomando en cuenta no sólo la referencia para tratamiento sino también la referencia para servicios de gabinete y laboratorio.

Conclusiones

Del diagnóstico de este informe y de las propuestas de fortalecimiento que se presentan se pueden desprender las siguientes conclusiones.

1. Más que ampliarse en número, las UAA de los SESA deben fortalecerse y reorganizarse para atender la demanda asociada a la transición epidemiológica, que se caracteriza por un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión y el cáncer, y responder a la demanda asociada a la reciente creación del SPSS, que garantiza a todos los afiliados al SPS el acceso a un paquete de más de 250 intervenciones y los medicamentos respectivos sin desembolso en el momento de utilización de los servicios.
2. La creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles, que son mucho más complejas y costosas de tratar que las enfermedades pre-transicionales (infecciones comunes, padecimientos relacionados con la reproducción y enfermedades asociadas a la desnutrición), obliga a incrementar la capacidad resolutive de las UAA, ya que el tratamiento de estos padecimientos en el ámbito hospitalario impondría enormes presiones financieras y organizativas al sistema mexicano de salud.
3. El SPSS está transfiriendo suficientes recursos frescos a los SESA para responder adecuada y oportunamente a las nuevas demandas, lo que permitiría atender las propuestas de fortalecimiento que se hacen en este informe en materia de infraestructura física, equipamiento médico, sistemas de información, recursos humanos, medicamentos y sistemas gerenciales.
4. Los retos en materia de infraestructura física incluyen la creación de un inventario funcional de la infraestructura física de los SESA, el fortalecimiento de los sistemas de comunicación y la puesta en operación de programas estatales de mantenimiento preventivo y correctivo.
5. Los SESA deben contar asimismo con un inventario funcional de equipo médico, un riguroso programa de mantenimiento preventivo y correctivo, y con ingenieros biomédicos capaces de coordinar a nivel estatal la compra, uso, mantenimiento, desecho y renovación del equipo clínico de las UAA.
6. La captura y procesamiento de la información en las UAA exige un esfuerzo importante de simplificación de los formatos de captura, una inversión en infraestructura informática y de comunicación, y la puesta en operación de programas de capacitación del personal de base de las UAA en la captura y manejo de la información en salud.

7. Para poder responder de manera adecuada a la creciente demanda de servicios de mayor complejidad, las UAA de los SESA deben profesionalizarse a la mayor brevedad posible y ofrecer paquetes integrales de beneficios que incentiven a los médicos y enfermeras a hacer una carrera profesional en APS.
8. Los esfuerzos por mejorar el acceso a los medicamentos en las UAA deben rediseñarse para fortalecer no sólo el abasto sino todo el ciclo de suministro, que incluye la selección, planeación, compra, distribución, almacenamiento, prescripción, dispensación y consumo de estos insumos.
9. Como fase inicial de la conformación de redes de servicios, las UAA deben fortalecer sus sistemas gerenciales ampliando sus horarios de atención, distribuyendo de manera más racional la atención de sanos y enfermos, ampliando su capacidad resolutive y definiendo de manera más precisa sus mecanismos de referencia y contra-referencia.
10. Como se demuestra con múltiples ejemplos en este informe, las propuestas de fortalecimiento del **Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010** pueden implantarse en periodos de tiempo muy breves y con los recursos financieros disponibles en los SESA.

I. La atención ambulatoria en los Servicios Estatales de Salud*



Los SESA cuentan con casi 14 mil unidades de atención ambulatoria que presentan problemas sobre todo de mantenimiento, comunicación, recursos humanos y abasto de medicamentos que deberán resolverse para ampliar su capacidad resolutoria y poder enfrentar exitosamente la demanda asociada a la transición epidemiológica por la que atraviesa el país.

Las UAA son la puerta de entrada a los sistemas de salud. Es en ellas en donde se presta la mayor parte de los servicios de salud y donde debiera resolverse el grueso de los problemas de salud que aquejan a la población. Por estas razones, esas unidades deben ofrecer servicios oportunos, de alta calidad, seguros y eficientes, atendiendo las expectativas de los usuarios.

La oferta de servicios ambulatorios en México no ha cambiado al ritmo de la transición epidemiológica. Los servicios públicos ambulatorios fueron diseñados para una población dominada por los grupos de menor edad, con un fuerte componente rural y afectada sobre todo por infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos relacionados con la desnutrición. En un periodo relativamente breve, esta población empezó a envejecer, urbanizarse y padecer sobre todo enfermedades no transmisibles y lesiones. La oferta de servicios ambulatorios, sin embargo, no se ha adaptado del todo a los cambios que se han producido en las últimas dos décadas en las condiciones de salud de la población. Cuando todavía no se alcanzaba una cobertura universal de servicios ambulatorios básicos dirigidos a atender las enfermedades pre-transicionales, la demanda de atención a la salud, tanto de las poblaciones rurales como urbanas de todos los estratos socioeconómicos, empezó a desplazarse hacia los padecimientos no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión

y el cáncer, para los que no estaban preparadas las UAA de la Ssa y los SESA.

El sistema mexicano de salud, aprovechando los recursos movilizados por el SPSS, debe fortalecer las UAA para ayudar a resolver los problemas del rezago epidemiológico y responder de manera más efectiva y eficiente a una demanda creciente de servicios de salud de mayor complejidad asociada a las llamadas enfermedades emergentes.

El objetivo del diagnóstico que se presenta en este capítulo es ofrecer una imagen lo más completa posible de la situación que guarda actualmente la atención a la salud en las UAA de los SESA que pueda utilizarse como punto de partida para fortalecerla. En él se aborda tanto la disponibilidad de recursos físicos, materiales y humanos en las UAA como las características de la prestación de servicios así como los niveles de satisfacción de la población con la atención recibida.

La información que se utilizó para elaborar este diagnóstico procede sobre todo del Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) correspondiente al cierre del 2009 y, en menor grado, de un estudio realizado por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) de la Ssa en 2008. La información sobre disponibilidad de medicamentos y evaluación de la calidad de la atención médica y la calidad percibida se obtuvo de un estudio

* Los autores de este capítulo son María Lilia Bravo y Octavio Gómez Dantés.

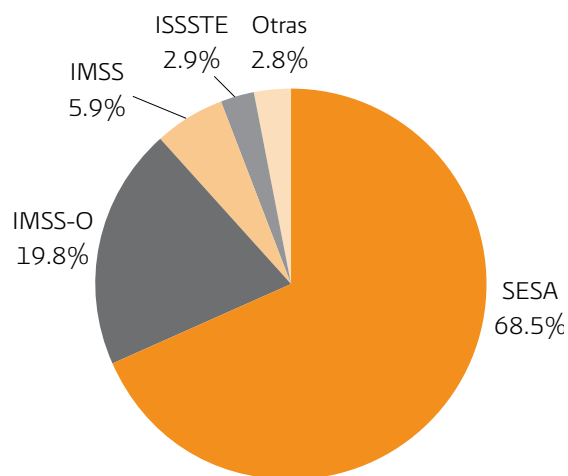
realizado por la DGED en 2008 elaborado a partir de una encuesta efectuada en 640 unidades de atención ambulatoria distribuidas en zonas rurales y urbanas de todo el país. A través de esta encuesta se entrevistó a usuarios y autoridades de los centros de salud, se revisaron recetas y expedientes clínicos, y se verificó la existencia de medicamentos y equipamiento médico básico. También se utilizaron las bases de datos de acreditación de las UAA de los SESA que opera la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA, de una encuesta aplicada en 62 UAA de la Secretaría de Salud de Morelos y de otra encuesta más aplicada a las áreas de planeación de los SESA, realizadas estas dos últimas en 2010.

En el primer apartado se presenta un análisis del número y distribución de las unidades de consulta externa o UAA de los SESA. En seguida se presenta información sobre el número y distribución de consultorios en dichas unidades. El tercer apartado se dedica al equipamiento clínico, su distribución por tipo de unidad y entidad federativa, y la disponibilidad de equipo para atender tres causas comunes de demanda de atención: parto, diabetes e hipertensión. En el cuarto apartado se analizan la disponibilidad y el abasto de medicamentos en las UAA de los SESA, con énfasis en los medicamentos para la diabetes, la hipertensión y la atención prenatal. El quinto apartado se dedica a los sistemas de información en las UAA de los SESA. En el siguiente apartado se hace un análisis de la cantidad y distribución de los recursos humanos que operan las UAA. En seguida se describen los servicios prestados en las UAA de los SESA y su productividad. El octavo apartado está dedicado al tema de la acreditación de las UAA. En el penúltimo apartado se aborda el tema de la calidad de la atención en las UAA de los SESA. El capítulo concluye con una discusión del grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en las UAA de los SESA.

Unidades de Atención Ambulatoria

México cuenta con 25,433 unidades de atención a la salud. De éstas, 20,389 (80.2%) son unidades de consulta externa o UAA, la mayor parte de las cuales las operan instituciones del sector público. Como puede observarse en la figura 1.1, el grueso de las UAA del sector público se encuentra bajo la responsabilidad de los SESA (68.5%), seguidos por el programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) (19.8%), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (5.9%) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (2.9%). El resto de las UAA las operan los gobiernos estatales y municipales, la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Petróleos Mexicanos (PEMEX), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Secretaría de Marina (SEMAR).

Figura 1.1 Distribución de unidades públicas de atención ambulatoria por institución, México 2009



Otras: Servicios Médicos Estatales (1.26%), SEDENA (0.98%), Servicios Médicos Municipales (0.24%), PEMEX (0.18%), DIF (0.11%) y SEMAR (0.02%)

El número de UAA de la SSA y los SESA asciende a 13,849. Sin embargo, 532 unidades no estaban operando o no reportaban información al sistema, lo que arroja un número de UAA operando al cierre de 2009 de 13,317. Es esta cifra la que se utilizará en adelante cuando se hable de las UAA de la SSA y los SESA.

El Estado de México, Guerrero, Chiapas y Oaxaca son las entidades que cuentan con mayor número de UAA, mientras que Baja California Sur y Aguascalientes son los estados con el menor número de unidades de este tipo (Figura 1.2).

Las UAA de los SESA se clasifican en varios tipos según su ubicación y los servicios que ofrecen. 8,334 unidades (62.6%) son centros de salud rurales y 1,801 (13.5%) se clasifican como centros de salud urbanos (Figuras 1.3). Las 3,182 unidades restantes comprenden unidades móviles (1,849), brigadas móviles (625), casas de salud (142), consultorios delegacionales (21), unidades del ministerio público (51), centros avanzados de atención primaria a la salud (CAAPS) (63), centros de salud con servicios ampliados (CESSA) (18), unidades de especialidades médicas (UNEMES) (313) y clínicas de especialidades (100) (Figura 1.4).

En seis entidades federativas se concentran 41% de las UAA de los SESA (Figura 1.2). La entidad con el mayor número de unidades de consulta externa (Estado de México) tiene casi 13 veces más unidades que la entidad con el menor número (Baja California Sur).

Figura 1.2. Distribución de unidades de atención ambulatoria de los SESA por entidad federativa, México 2009

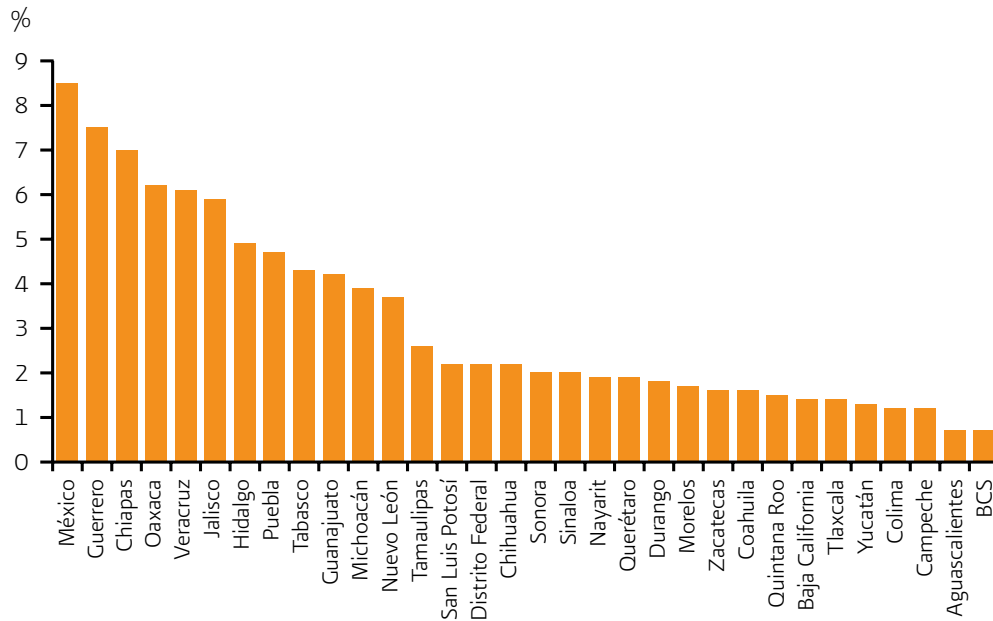


Figura 1.3. Distribución general de las unidades externas por tipo de unidad, México 2009

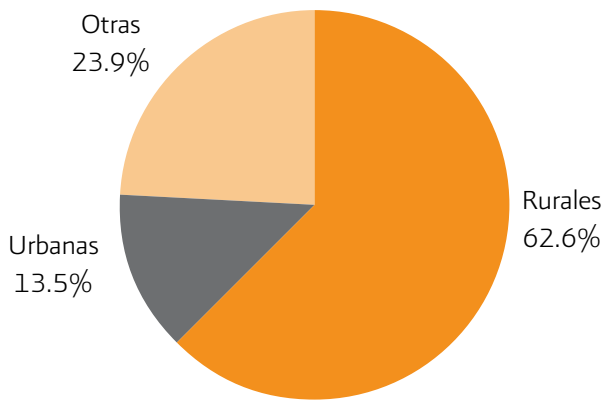
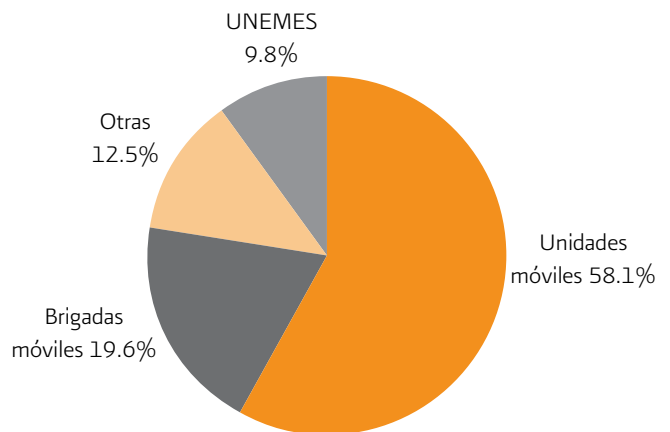


Figura 1.4. Distribución de "otras" unidades de atención ambulatoria por tipo de unidad, México 2009

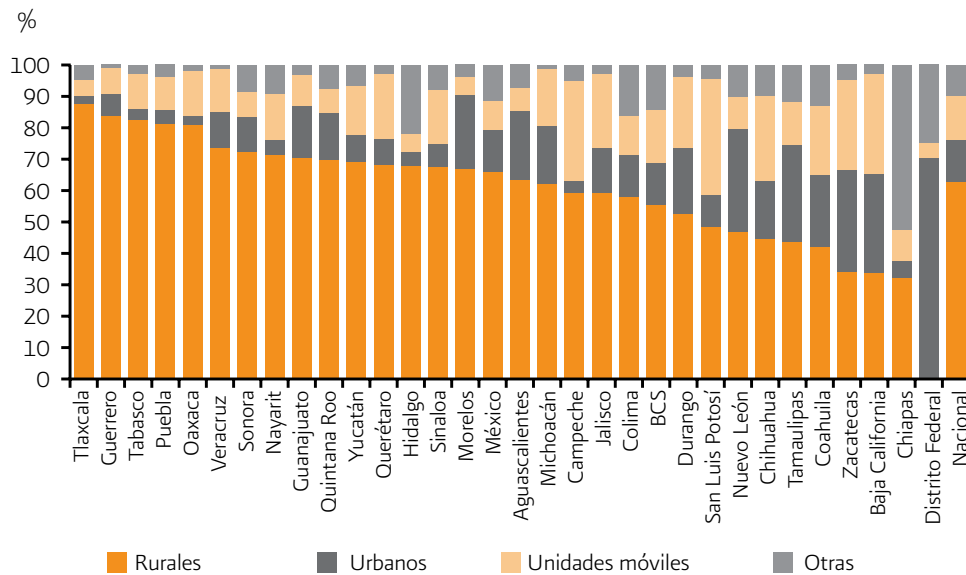


Otras: casas de salud (4.5%), consultorios delegacionales (0.7%), unidades del ministerio público (1.6%), centros de salud con servicios ampliados (0.6%), centros avanzados de atención primaria a la salud (2.0%) y clínicas de especialidades (3.1%)

En más de la mitad de las entidades federativas las UAA rurales representan más del 50% de las unidades de consulta externa totales (Figura 1.5). Destacan en este sentido Tlaxcala, Guerrero, Tabasco, Puebla y Oaxaca, en donde más del 80% de las UAA son rurales. Por el contrario, alrededor de 70% de las UAA del

Distrito Federal son urbanas. Las unidades móviles representan más del 5% en todas las entidades federativas. Sin embargo, en San Luis Potosí (37.2%), Campeche (32%) y Baja California (31%) representan más del 30% del total. Las entidades con la mayor concentración de unidades de "otro" tipo son Chiapas

Figura 1.5. Distribución de principales tipos de unidades en las entidades federativas, México 2009



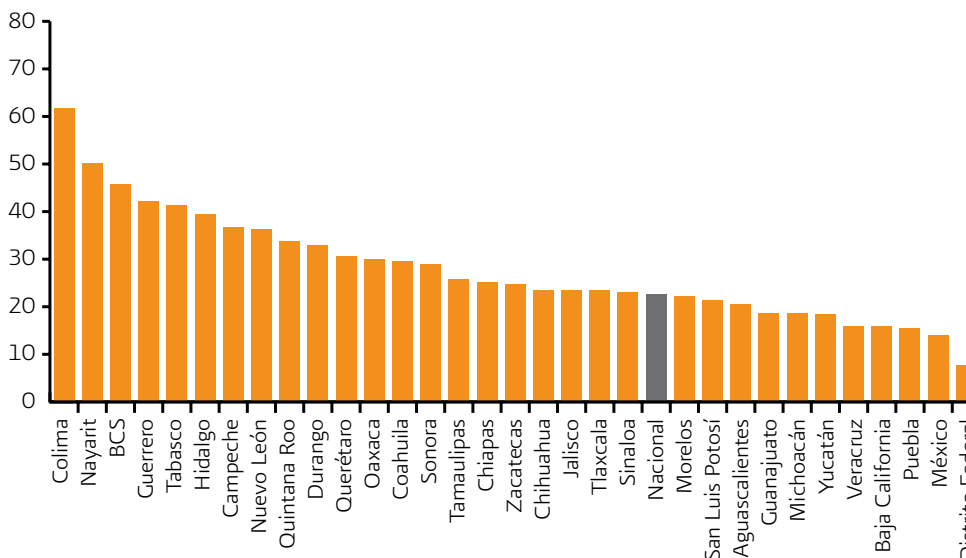
(52.8%), que cuenta con una gran cantidad de brigadas móviles, el Distrito Federal (25.2%), que concentra el total de unidades del ministerio público del país, e Hidalgo (22%), donde también hay una gran cantidad de brigadas móviles.

El país en su conjunto cuenta con 22.5 UAA por 100,000 habitantes sin seguridad social. Sin embargo, como se observa en la figura 1.6, hay enormes diferencias entre entidades federativas.

Mientras que Colima y Nayarit cuentan con más de 50 UAA por 100,000 habitantes sin seguridad social, el Distrito Federal no alcanza las 10. Esto muy probablemente signifique que en esta entidad la población sin seguridad social se atiende preferentemente en unidades hospitalarias o en consultorios del sector privado.

Las condiciones en materia de infraestructura física y acceso a servicios básicos (agua, drenaje, luz) con los que operan las

Figura 1.6. Disponibilidad de unidades de atención ambulatoria por cada 100,000 habitantes sin seguridad social, México 2009



UAA de los SESA son muy variables. En muchos centros de salud, sobre todo rurales, la infraestructura física deja mucho que desear y tiende haber un descuido notable de la infraestructura física de las residencias de médicos y enfermeras. Además, la mayor parte de los estados no cuentan con programas de mantenimiento preventivo y renovación periódica de estas unidades

Una encuesta de centros de salud rurales realizada en 2007 para el Programa Oportunidades indica que 30% de estas UAA todavía no cuentan con agua entubada, 12% no cuentan con baños para el personal, 19% no cuentan con baños para pacientes y aunque la mayoría (98%) cuenta con corriente eléctrica, un alto porcentaje presenta interrupciones del servicio eléctrico varias veces por semana (14%) o varias veces por mes (27%), lo que entre otras cosas pone en riesgo la adecuada refrigeración de ciertos medicamentos y vacunas.

Llaman también la atención los serios problemas de comunicación que presentan las UAA de los SESA, sobre todo aquellas ubicadas en comunidades rurales. Los datos de una encuesta aplicada a las áreas de planeación de los SESA de las 32 entidades federativas en 2010 indican que un número importante de UAA no cuentan con radio ni teléfono, mucho menos con acceso a Internet. En Campeche y Tabasco sólo 4 y 3% de las UAA, respectivamente, cuentan con teléfono. En Coahuila ninguna UAA cuenta con este servicio. En Guanajuato, Jalisco y Nuevo León, 93.6, 84.7 y 100% de las UAA, respectivamente, carecen de conexión a Internet. Se trata de estados que no sólo cuentan con recursos sino que tienen pocos problemas de acceso a las señales de las antenas requeridas para disponer de este tipo de servicio.

Consultorios

Los consultorios o núcleos básicos son las unidades productivas de las UAA. Es en éstos donde el médico y la enfermera interactúan comúnmente con los pacientes.

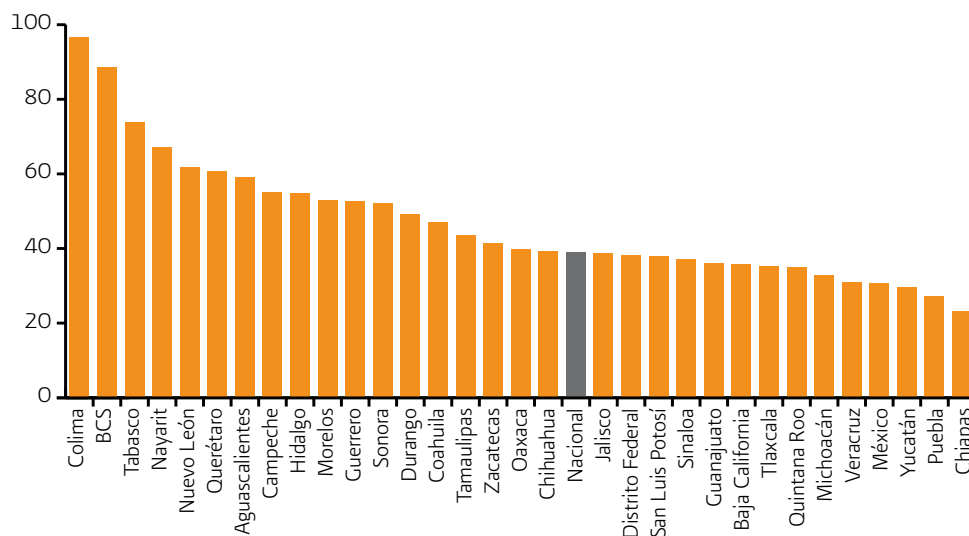
Las UAA de los SESA cuentan con 23,007 consultorios. Las entidades con mayor número de consultorios son el Estado de México (2,489) y Veracruz (1,580). Es notable el incremento reciente de consultorios en el Estado de México; entre 2008 y 2009 se construyeron en esta entidad 542 consultorios adicionales.

La disponibilidad de consultorios por 100,000 habitantes sin seguridad social en el país es de 38, cifra superior en tres unidades a la reportada en 2008. En la figura 1.7 se muestra la disponibilidad de consultorios por 100,000 habitantes sin seguridad social por entidad federativa. Mientras que en Colima y BCS disponen de más de 80 consultorios por 100,000 habitantes sin seguridad social, respectivamente, Chiapas y Puebla sólo cuentan con poco más de 20.

Equipo Clínico

La información sobre equipamiento de las UAA de los SESA se registra anualmente en el SINERHIAS. En este apartado se muestra información sobre dos tipos de equipo básico con los que sería deseable que contaran las UAA: el laboratorio clínico y el equipo de ultrasonografía. Adicionalmente se analiza la disponibilidad del equipo básico para la atención de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Figura 1.7. Disponibilidad de consultorios por 100,000 habitantes sin seguridad social por entidad federativa, México 2009



De las 13,317 UAA de los SESA, únicamente 371 (2.8%) cuentan con servicio de laboratorio clínico. Las diferencias entre entidades federativas son notables. En el Distrito Federal 21.8% de las unidades cuentan con laboratorio clínico, mientras que en Aguascalientes no existen unidades con este servicio (Figura 1.8). La mayor parte de los centros de salud que cuentan con servicio de laboratorio clínico es urbana (67.7%).

Cabe señalar que las UAA suelen solicitar servicios de laboratorio a otras unidades y estos servicios no tienen porqué estar siempre disponibles en la unidad, con excepción de unas cuantas pruebas (tiras reactivas para glucosa y tiras reactivas para lípidos). Esto posiblemente explique el caso de Aguascalientes, una entidad bien comunicada con centros de referencia identificados.

En 2009 se tenía registrada también la existencia de 62 equipos de ultrasonido en las UAA de los SESA, concentrados en su mayoría en los centros de salud urbanos y en los CAAPS. Nueve entidades federativas no cuentan con este tipo de equipo en sus UAA (Figura 1.9).

Equipo para la atención de la diabetes y la hipertensión

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son dos de las causas más comunes de consulta externa en los SESA. Esto hace que la existencia del equipamiento básico para su atención sea un buen rastreador de la disponibilidad de equipamiento en las UAA y de la

adaptación de los SESA al proceso de transición epidemiológica por el que atraviesa el país. Para obtener el rastreador correspondiente a estos padecimientos se definieron listas de cotejo con el equipo básico para la atención adecuada de estas causas y se verificó su existencia en una muestra de unidades ambulatorias visitadas en 2008.

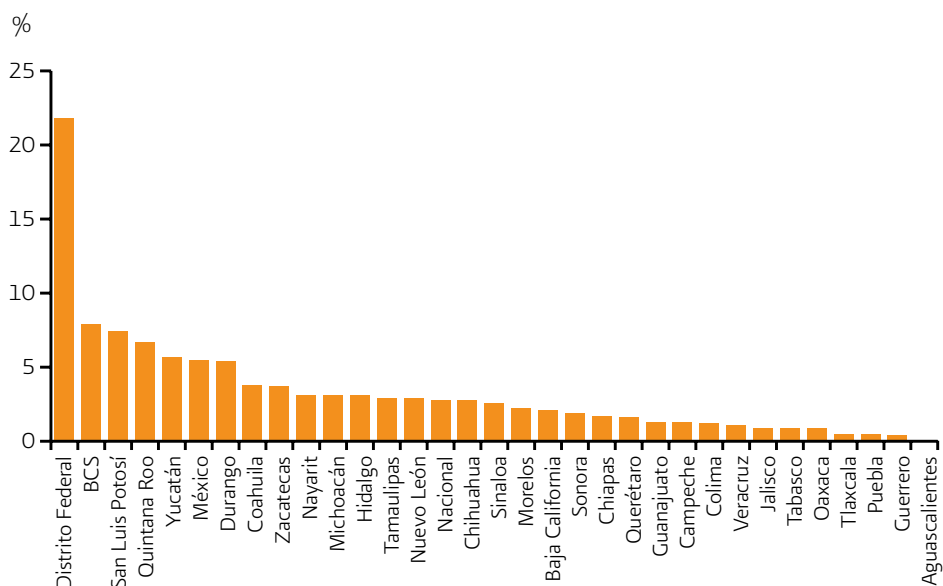
No se encontró ninguna UAA con todo el equipo necesario para la atención de la diabetes. La mitad de los centros de salud rurales que estaban acreditados al cierre de 2008 contaban con al menos ocho de los nueve elementos cotejados, mientras que en los centros de salud rurales no acreditados el porcentaje correspondiente fue de 41%. En el caso de las unidades urbanas, 47% de las acreditadas y 31% de las no acreditadas contaban con ocho de los nueve elementos.

En el caso del equipamiento necesario para la atención de la hipertensión arterial, no se identificaron diferencias entre los centros de salud rurales y los urbanos ni entre los acreditados y los no acreditados. 90% de las unidades visitadas contaron con los cuatro elementos cotejados para la atención de este padecimiento. El equipo que con mayor frecuencia estuvo ausente fue el esfigmomanómetro mercurial, aneroide o eléctrico, una ausencia crítica.

Medicamentos*

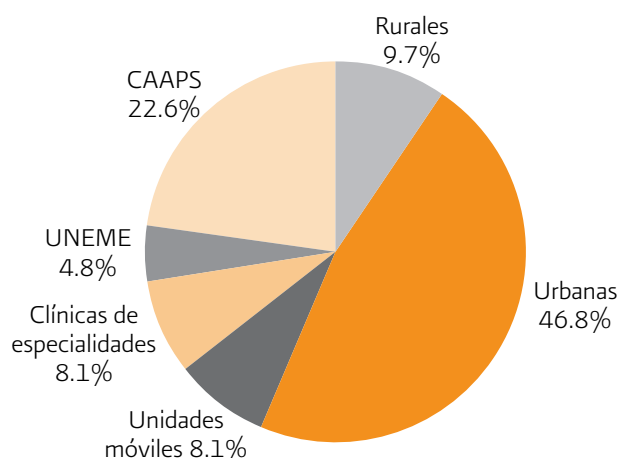
En este apartado se revisa la disponibilidad y el surtimiento completo de recetas en las UAA de los SESA en 2008.

Figura 1.8. Porcentaje de unidades de atención ambulatoria de los SESA con laboratorio clínico, México 2009



* Esta sección es un resumen del capítulo de medicamentos del siguiente documento: Secretaría de Salud, Dirección general de Evaluación del Desempeño. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Reporte situacional 2008. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2009.

Figura 1.9. Distribución porcentual de equipos de ultrasonido por tipo de unidad de atención ambulatoria en los SESA, México 2009



Disponibilidad de medicamentos

La disponibilidad de medicamentos en las UAA de los SESA se evaluó verificando la existencia de 264 claves seleccionadas del Cuadro Básico de Medicamentos en una muestra de unidades ambulatorias registradas en 2008. Cabe mencionar, sin embargo, que cada jurisdicción sanitaria establece un catálogo de medicamentos ad hoc que depende de la organización institucional y el perfil epidemiológico de cada población.

En las UAA de los SESA se identificó un promedio de 85 claves de las 264 seleccionadas del CBM. En los centros de salud acreditados el promedio de existencia fue de 90 claves (34%) y en los no acreditados de 79 (30%).

El análisis por entidades muestra importantes diferencias. En Aguascalientes, las unidades acreditadas tuvieron casi 140 claves en promedio y las no acreditadas 125. En contraste, en Michoacán, tanto los centros acreditados como los no acreditados tuvieron menos de 40 claves en existencia. La diferencia más importante entre centros acreditados y no acreditados se observó en Coahuila. Las unidades acreditadas de esta entidad tuvieron 70% más claves que las no acreditadas.

Disponibilidad de medicamentos para la atención de causas seleccionadas

En este apartado se analiza la disponibilidad de medicamentos para la atención de tres causas seleccionadas por su importancia

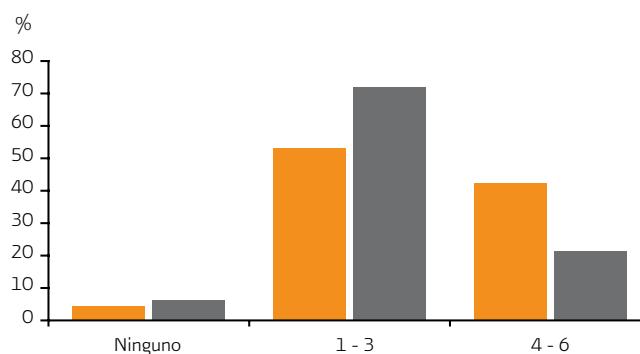
en el contexto epidemiológico: diabetes mellitus, hipertensión arterial y atención del parto.

En 2008 se evaluó la existencia de seis claves para el manejo y control ambulatorio de los pacientes con diabetes que acuden a las UAA. De las seis claves, tres corresponden a diferentes variedades de insulina. Los otros tres medicamentos son la metformina, la glibenclamida y la tolbutamida. Poco menos de la tercera parte de las unidades visitadas contaba con al menos cuatro de las seis claves mencionadas. En el extremo opuesto, alrededor de 5% de los centros de salud no contaban con ninguno de estos medicamentos. Se detectaron diferencias significativas entre los centros dependiendo de su estatus de acreditación. El porcentaje de centros acreditados con al menos cuatro claves fue el doble del porcentaje correspondiente para las unidades no acreditadas. La diferencia en el porcentaje de unidades sin existencia de medicamentos para la diabetes también fue significativa (Figura 1.10).

El medicamento para el control de la diabetes que se encontró con más frecuencia en los centros de salud fue la glibenclamida, que estaba presente en 86.5% de las unidades visitadas. El medicamento más escaso fue la tolbutamida, que sólo se encontró en 13.8% de los centros de salud visitados.

El abasto de medicamentos para el tratamiento y control de la hipertensión arterial se evaluó midiendo la existencia de ocho claves: captopril, clortalidona, enalapril o lisinopril, metoprolol, propranolol, espironolactona, furosemida e hidroclorotiazida. Los resultados de esta revisión indican que 38.4% de las unidades acreditadas contaban con siete o más de los medicamentos revisados, diez puntos porcentuales más que las unidades no acreditadas. El medicamento encontrado con más frecuencia fue el captopril, que se ubicó en

Figura 1.10. Disponibilidad de ciertos medicamentos para diabetes mellitus en las unidades de atención ambulatoria de los SESA por estatus de acreditación, México 2008



85% de las unidades visitadas. Los más escasos fueron diuréticos, la hidroclorotiazida y la espironolactona, que estuvieron presentes en menos de la mitad de las UAA visitadas (Figura 1.11).

La disponibilidad de medicamentos para la atención prenatal se evaluó verificando la existencia de seis productos: fumarato ferroso, ácido fólico, ácido ascórbico, caseinato de calcio, complejo B y polivitaminas y minerales. Poco más de la mitad de los centros de salud contaban con al menos cuatro de estos insumos, siendo el porcentaje significativamente más alto en las unidades acreditadas. Un porcentaje menor a 3% no contó con ninguna de estas sustancias, sin diferencias significativas por estatus de acreditación (Figura 1.12).

La comparación entre unidades urbanas y rurales mostró que las unidades rurales tienen un mejor abasto de la mayor parte de las sustancias evaluadas, con excepción de los complejos vitamínicos

y minerales. Las diferencias más notorias ocurrieron en los casos de la disponibilidad de fumarato ferroso y complejo B, donde la brecha entre unidades urbanas y rurales fue de alrededor de diez puntos porcentuales.

Surtimiento completo de recetas

En este apartado se presentan algunos datos de una encuesta sobre surtimiento completo de recetas levantada en 2008 a los usuarios en una muestra de UAA de los SESA y coordinada por la DGED.

Poco más de un tercio de los usuarios de estas unidades utiliza estos servicios con fines curativos. La mayor parte de estos usuarios recibe una prescripción médico-farmacológica y 96.6% obtienen un surtimiento íntegro de su receta en el centro de salud (Figura 1.13). Este resultado difiere notablemente de los datos reportados por la última encuesta nacional de salud (ENSANUT 2006) en la que se encontró que sólo se surten de manera íntegra 60% de las recetas.

La mayor parte de los pacientes que no obtiene todos sus medicamentos en la UAA acude a farmacias privadas para obtenerlos. Un porcentaje muy bajo acude en fechas posteriores a la unidad pública a buscar su medicamento y otro pequeño porcentaje no compra posteriormente sus medicamentos. El análisis realizado indica que el surtimiento en unidades acreditadas tiene una magnitud similar al de las unidades no acreditadas.

Existen diferencias importantes en el surtimiento completo de recetas entre entidades federativas. En el extremo inferior de la distribución, el Distrito Federal y Morelos sólo llegaron

Figura 1.11. Disponibilidad de medicamentos para hipertensión arterial en las unidades de atención ambulatoria de los SESA por estatus de acreditación, México 2008

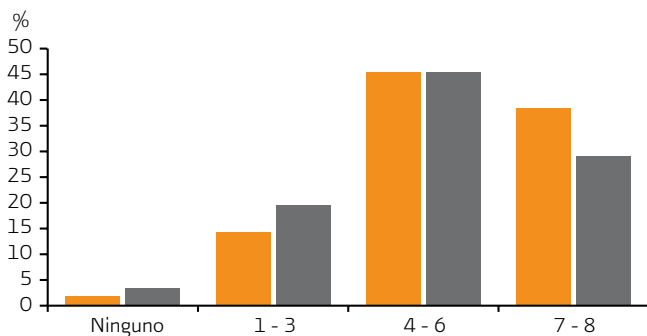


Figura 1.12. Disponibilidad de insumos para la atención prenatal en las unidades de atención ambulatoria de los SESA, México 2008

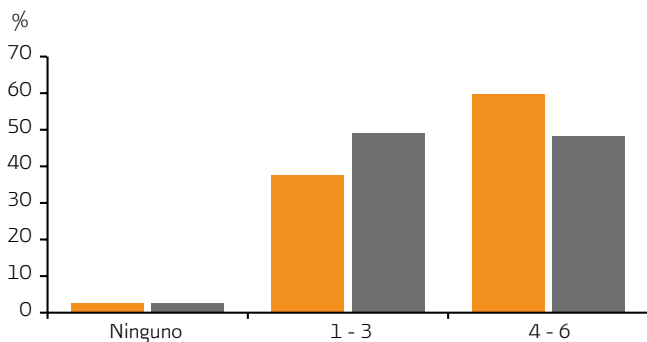
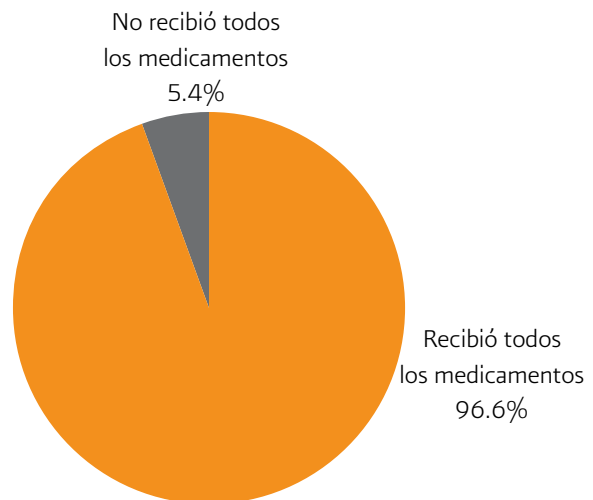


Figura 1.13. Porcentaje de recetas surtidas íntegramente en las unidades de atención ambulatoria de los SESA, México 2008



a 67.9% y 76.5% de surtimiento íntegro, respectivamente, mientras que en Guanajuato todos los usuarios entrevistados reportaron haber recibido la totalidad de las prescripciones médicas (Figura 1.14).

Sistemas de Información

El SINAIS cuenta con cuatro subsistemas: i) población y cobertura; ii) recursos; iii) servicios otorgados y iv) daños a la salud. El subsistema de información sobre población y cobertura proporciona datos relacionados con proyecciones de población, población asegurada y no asegurada, y población potencial y usuaria de los servicios de salud, así como información sobre los principales componentes de la dinámica poblacional e indicadores derivados de la misma (fecundidad, mortalidad infantil, esperanza de vida y migración, entre otros). El subsistema de información sobre recursos para la salud genera estadísticas de unidades médicas, infraestructura, equipamiento, recursos humanos y recursos financieros. El subsistema de información de servicios otorgados genera información sobre la oferta y la demanda de los servicios de salud que se prestan en unidades médicas y administrativas o en la comunidad. Por último, el subsistema de información de daños a la salud se compone de información de morbilidad y mortalidad por causa. Las estadísticas de morbilidad, generadas a partir de los motivos de consulta externa y las causas de egresos hospitalarios,

se complementan con el registro de los casos de notificación obligatoria captados a través del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), que genera información sobre una selección de padecimientos (fundamentalmente transmisibles) que tienen prioridad para la vigilancia epidemiológica. Estos dos sistemas de información se encuentran bajo la responsabilidad de distintas unidades administrativas a nivel federal, pero en las entidades federativas y en las unidades médicas se manejan de manera conjunta en las áreas de estadística.

Flujos y procesamiento de la información en salud

En las UAA el personal operativo realiza el registro de las atenciones y servicios otorgados en el formato primario que corresponde. Al finalizar la semana o el mes se genera el informe que se entrega a la unidad administrativa de adscripción. El nivel intermedio (jurisdicción sanitaria) lleva a cabo la concentración de los informes y realiza el envío a nivel estatal. En esta instancia se agregan los datos de cada unidad, pasando primero por un proceso de validación para obtener los concentrados estatales, mismos que se proporcionan para su uso a los responsables de los distintos programas sustantivos y se envían a nivel federal para su incorporación a la base de datos nacional. Este procedimiento se realiza casi de manera uniforme en todo el país y por todas las unidades médicas sin importar su tipo (Figura 1.15).

Figura 1.14. Porcentaje de recetas surtidas íntegramente por entidad y estatus de acreditación de las unidades de atención ambulatoria de los SESA, México 2008

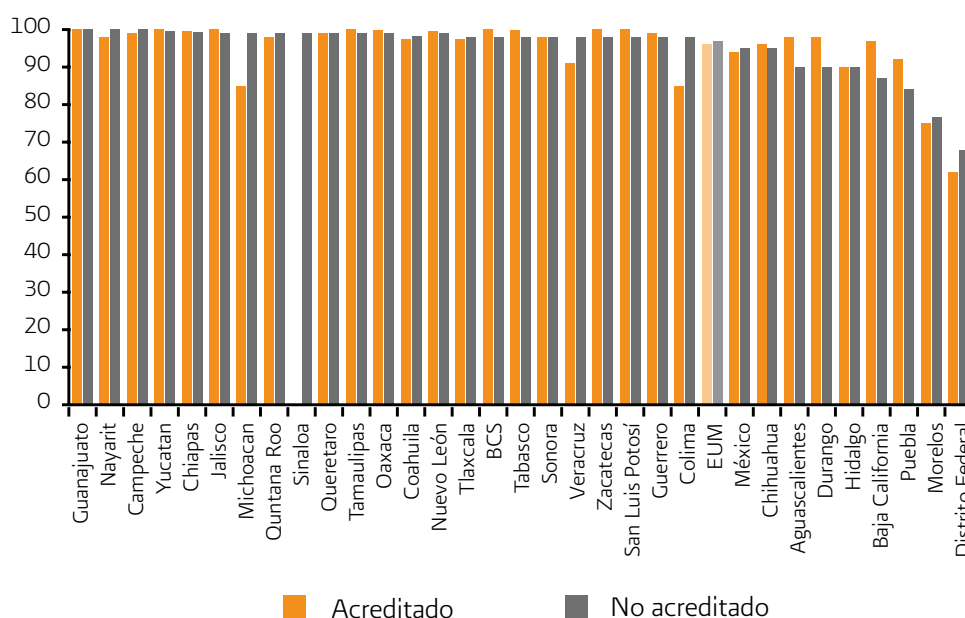
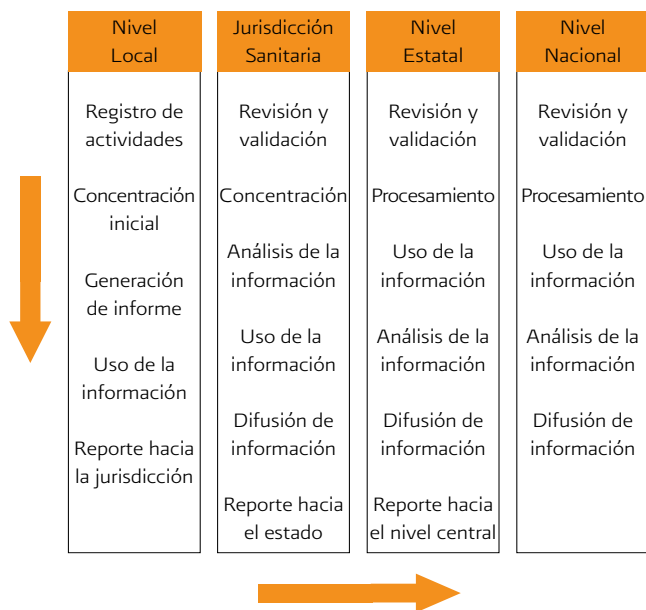


Figura 1.15. Flujos del Sistema Nacional de Información en Salud



La alimentación y manejo de la base de datos nacional es responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), que recibe la información durante el mes siguiente al que se refiere para su validación, procesamiento, análisis y difusión.

Es importante señalar que el proceso de validación que se realiza a nivel jurisdiccional, estatal y federal tiene como objetivo asegurar la calidad de las cifras, aplicando criterios cuantitativos consistentes en el uso de algoritmos para definir igualdades y desigualdades entre las relaciones numéricas que guardan las variables contenidas en cada informe, así como criterios cualitativos relacionados con las pautas que debe cumplir la información plasmada en el informe.

Principales deficiencias de la información en las UAA de los SESA

A pesar de los avances que ha tenido el SINAIS todavía hay problemas y limitaciones que repercuten tanto en la disponibilidad como en la calidad de la información. Los problemas detectados son de estructura, proceso y productos generados.

En los últimos programas de acción específicos de las últimas dos administraciones de la SESA se reconoce la gran cantidad de formatos y de información que las unidades operativas tienen a su

cargo, así como la duplicidad de la captación de un solo concepto de información. Esto genera una sobrecarga para el personal de salud y afecta la eficiencia y calidad de los datos.

El segundo problema se refiere al personal, que a nivel de las UAA no está bien capacitado en el registro y manejo de la información. En estas unidades son los médicos pasantes, las enfermeras o los médicos adscritos los que llenan los formatos de los distintos subsistemas y su capacitación en estas tareas es muy limitada. Es raro encontrar, salvo en los centros de salud urbanos de mayor tamaño, personal especializado en la captura y procesamiento de la información en salud.

A esto habría que agregar el rezago en el proceso de automatización de la información. En un número considerable de UAA, la información se sigue llenando a mano y se entrega de manera personal a la jurisdicción, incluso en aquellos casos en los que se cuenta con computadora y servicio de Internet en las unidades.

Los esfuerzos por generar información más desagregada han permitido contar con una mayor cantidad de datos, pero se ha comprometido su calidad, sobre todo por la frecuencia de las inconsistencias en la información entre unidad, jurisdicción y nivel estatal.

El fondo del problema es que la definición de variables a incluir en el SINAIS responde a las necesidades de información del nivel central, que a su vez responde a demandas de los programas prioritarios o de los altos funcionarios, quienes deben dar seguimiento a las metas estatales, nacionales e internacionales. Además, no existe un diagnóstico de las necesidades reales de información de los usuarios del sistema, lo cual contribuye a la generación de una gran cantidad de datos, que en muchos casos, por sus dimensiones, son de difícil manejo. En general son las jurisdicciones, los estados y la federación los que hacen uso de esta información y sólo en casos excepcionales es utilizada por el personal de salud y de estadística de las UAA para la toma de decisiones o la planeación de servicios.

Recursos Humanos

El personal sanitario es el recurso por excelencia para la atención a la salud, el acto médico es inimaginable sin la existencia de médicos, enfermeras, odontólogos y otro tipo de personal que está en contacto con los pacientes.

Entre los principales retos que el sistema mexicano de salud debe enfrentar en esta materia está el de mejorar la distribución del personal de salud. En este apartado se presenta información sobre el número y distribución de médicos y enfermeras en las UAA de los SESA.

Médicos

En 2009 se registró la existencia de 32,874 médicos en contacto con el paciente en las unidades de consulta externa de los servicios de salud en el país. Esta cifra equivale a 2.5 médicos en cada unidad de consulta externa y a 0.56 médicos en contacto con el paciente por cada 1000 habitantes sin seguridad social. Estas cifras muestran una disponibilidad bastante menor que el estándar internacional de un médico por 1000 personas.

Cabe destacar la importancia de la presencia de los médicos pasantes en los centros de salud de los SESA, ya que estos representan 22.9% del total de médicos en contacto con el paciente.

En la distribución de médicos en las entidades federativas que se muestra en la figura 1.16, se observa que Colima, Baja California Sur y Tabasco cuentan con más de un médico por cada 1000 habitantes sin seguridad social. Sin embargo, en Chiapas y el Estado de México dicho indicador es menor a 0.5 médicos por cada 1000 habitantes sin seguridad social.

Con respecto a la distribución de médicos en contacto con el paciente por tipo de centro de salud, se observa que casi la mitad (49.3%) se concentra en los centros de salud rurales y 33% en los centros de salud urbanos. Las unidades móviles son el lugar de trabajo de 6.7% de los médicos en contacto con el paciente, mientras que otro tipo de unidades concentran 7.9% de este recurso humano (Figura 1.17).

Enfermeras

En 2009 se tenían registradas 31,195 enfermeras en contacto con el paciente en las UAA de los SESA: 2.3 por cada UAA y 0.5 por 1000 habitantes sin seguridad social. Las enfermeras pasantes representan 16.2% y las auxiliares 36% del total de las enfermeras en contacto con el paciente.

Colima es la entidad con el mayor número de enfermeras en contacto con el paciente por cada 1000 habitantes sin seguridad social (1.34) y le siguen Baja California, Tabasco y Nayarit (Figura 1.18). Igual que en el caso de los médicos, el Estado de México, Chiapas y Puebla cuentan con el menor número de enfermeras en contacto con el paciente por cada 1000 habitantes sin seguridad social, con cifras por debajo de 0.40 (Figura 1.18).

En los SESA, 47.4% de las enfermeras en contacto con el paciente están en centros de salud rurales, 36.9% en centros de salud urbanos, 5.6% en unidades móviles y 7.7% en otro tipo de unidad.

Pasantes

En los SESA hay 7,555 pasantes de medicina que representan 23% del total de médicos en contacto con el paciente. La distribución de este porcentaje es heterogéneo entre entidades federativas: Sonora cuenta con el mayor porcentaje de pasantes con

Figura 1.16. Médicos en contacto con el paciente en las unidades de atención ambulatoria por cada 1,000 habitantes sin seguridad social, México 2009

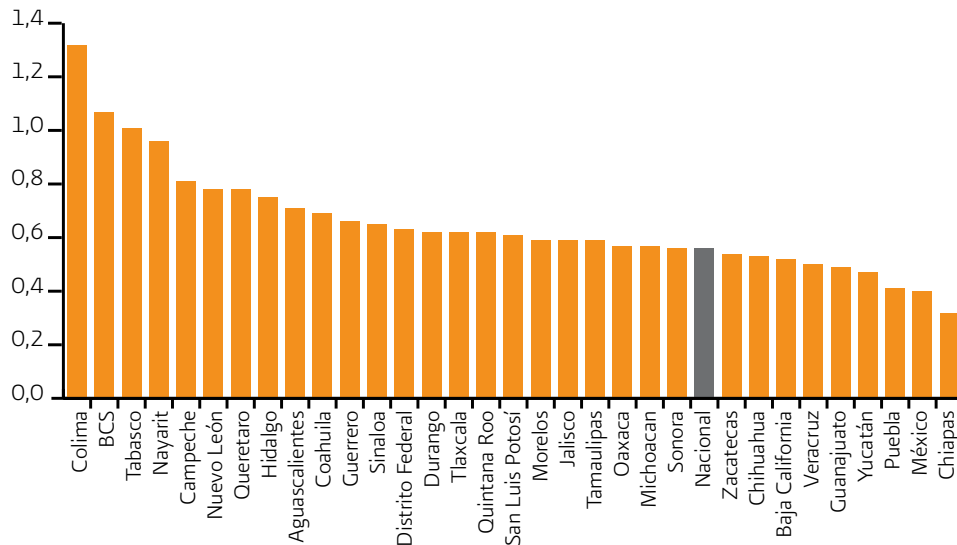
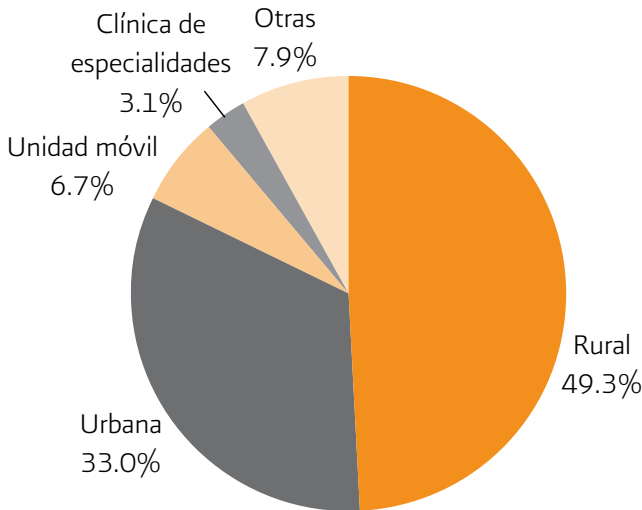


Figura 1.17. Porcentaje de médicos en contacto con el paciente por tipo de unidad de consulta externa, México 2009



respecto al total de médicos en contacto con el paciente (36.5%), mientras que en Tlaxcala el porcentaje es de 4.9%.

Es notable que la gran mayoría (81.6%) de los pasantes que operan en unidades ambulatorias de los SESA está ubicada en los centros de salud rurales (Figura 1.20).

Uno de los resultados más notables de este análisis es la existencia de una alta proporción de los centros de salud rurales que operan únicamente con pasantes de medicina u odontología. A nivel nacional, 41.5% de los centros de salud rurales operan exclusivamente con este tipo de recurso humano (Figura 1.21). Sin embargo, en entidades como Colima, el porcentaje es de 81.1%.

La atención de esta situación requiere de estrategias de reasignación de los recursos humanos profesionalizados que involucren mayores incentivos con el fin de que los médicos ocupen las plazas correspondientes a los centros de salud rurales, sobre todo los que se encuentran en las comunidades más alejadas y con mayor dispersión poblacional.

Servicios

De acuerdo con el SINAIS, en 2008 se efectuaron 73.3 millones de consultas en las UAA de los SESA. De éstas, 45.6 millones de consultas se llevaron a cabo en unidades rurales y 27.7 millones en unidades urbanas. Poco más de 29 millones de estas consultas se brindaron a población beneficiaria del SPS.

La cifra acumulada de consultas representa una productividad aproximada de 14.7 consultas diarias por consultorio y 11 consultas diarias por médico. La productividad por consultorio es más alta en las unidades urbanas, en donde se llega a 19.1 consultas diarias por consultorio contra 12.8 en áreas rurales. En términos poblacionales, el volumen de consultas que ofrecen los centros de

Figura 1.18. Médicos en contacto con el paciente en las unidades de atención ambulatoria por cada 1,000 habitantes sin seguridad social, México 2009

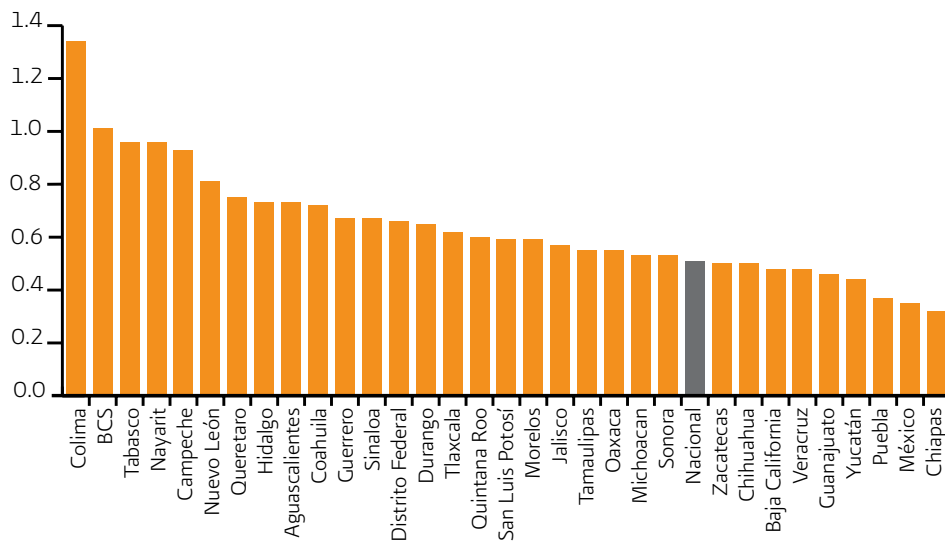


Figura 1.19. Distribución de enfermeras en contacto con el paciente en las unidades de atención ambulatoria por tipo de unidad, México 2009

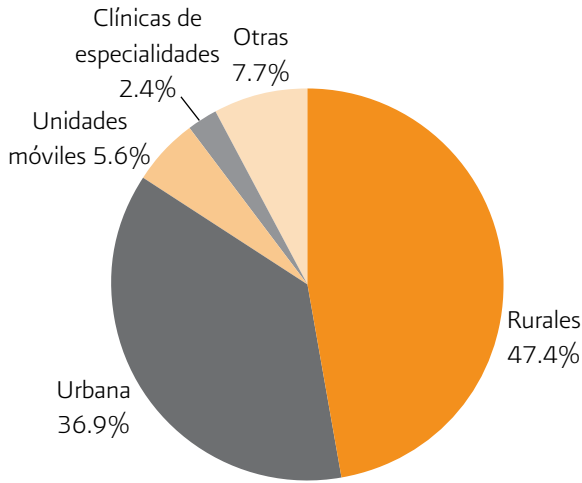
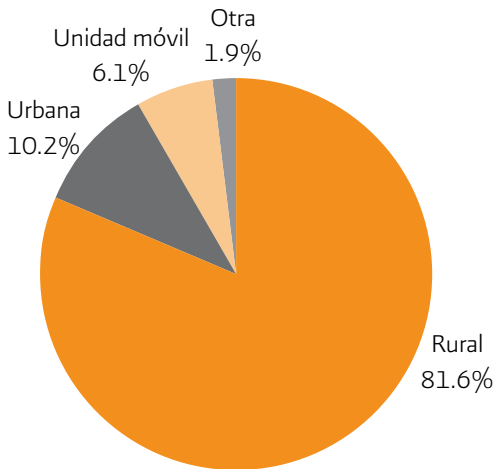


Figura 1.20. Distribución de pasantes de medicina por tipo de unidad, México 2009

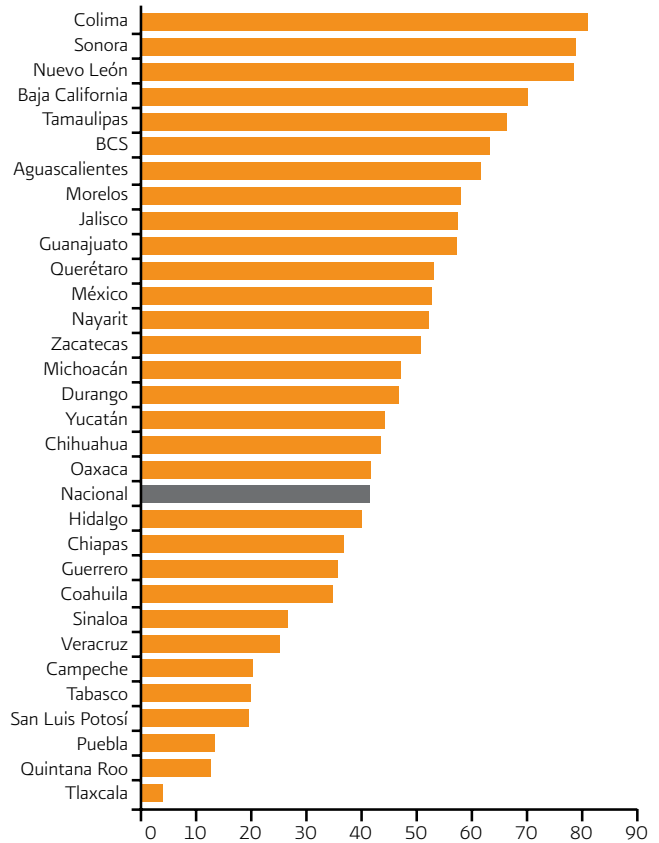


Otras: CAAP (0.86%), brigada móvil (0.48%) y otra (0.57%)

salud de los SESA representa 1.2 consultas anuales por habitante sin seguridad social en el país.

La distribución de la productividad por consultorio muestra cifras que escapan al comportamiento considerado normal desde un punto de vista estadístico. De manera particular, un análisis crudo

Figura 1.21. Porcentaje de centros de salud rurales operados exclusivamente por pasantes de medicina u odontología, México 2009



arrojaba cifras inusualmente altas de productividad en el Estado de México y Chiapas, alcanzado cifras superiores a 50 consultas diarias por consultorio. Las posibles fuentes de inconsistencia son al menos tres: un sobre-registro de consultas, un sub-registro de consultorios y el uso de 252 días como estándar de la cifra de días trabajados cada año.

A fin de lograr una corrección mínima, se asumió que todos los centros de salud deben tener al menos un consultorio. En el cuadro 1.1 se muestran los resultados obtenidos al aplicar este supuesto.

Existen otros indicadores que permiten valorar la confiabilidad de las cifras de productividad de los consultorios. Por ejemplo, el número de consultas que se reporta para Morelos representa una relación de 0.2 consultas anuales por poblador sin seguridad social, cifra seis veces menor que el promedio nacional, lo que sugiere que

Cuadro 1.1. Consultas diarias por consultorio en unidades de atención ambulatoria de los SESA por entidad federativa y ubicación de la unidad, México 2008

Entidad Federativa	Rurales	Urbanas	Totales
EUM	12.8	19.1	14.7
Aguascalientes	17.5	17	17.2
Baja California	17.2	13.4	14.7
Baja California Sur	8.6	16.3	11.2
Campeche	17.8	17.8	17.8
Coahuila	8.9	15	10.8
Colima	7.3	40.9	13.4
Chiapas	11.5	42.8	15.3
Chihuahua	5.9	19.4	9.6
Distrito Federal	***	11.1	11.1
Durango	6.8	13.2	9.7
Guanajuato	14.4	59.1	20.9
Guerrero	7.9	20.4	8.8
Hidalgo	14.5	13.3	14.4
Jalisco	13.1	15.3	13.9
México	26	23.3	24.9
Michoacán	11.9	17.4	13.7
Morelos	12.5	11.8	12.2
Nayarit	6.4	26.2	7.5
Nuevo León	8	15.6	11.1
Oaxaca	13.4	27	15
Puebla	15.5	16.3	15.6
Querétaro	10.8	34.9	12.8
Quintana Roo	5	17.5	7.3
San Luis Potosí	11.1	21.6	13.4
Sinaloa	11.2	36.6	13.6
Sonora	10.6	20.8	13.8
Tabasco	14.3	19.2	14.9
Tamaulipas	5.8	17.9	10.3
Tlaxcala	12.8	30.9	13.9
Veracruz	12.3	20.8	14.8
Yucatán	17.4	35.5	23.6
Zacatecas	12.7	18.5	14.3

en esa entidad podría existir una importante subutilización de los servicios de atención primaria locales o bien que existe un notable sub-registro del número de consultas. En sentido opuesto, Chiapas y el Estado de México muestran una razón de consultas por población de 3.2 y 4.3 (ésta última también alcanzada en Chihuahua),

lo que representa 2.6 y 3.4 veces el promedio de consultas diarias por persona sin seguridad social a nivel nacional.

Dos terceras partes de las consultas que se brindan en los centros de salud se otorgan a mujeres. Alrededor de 26 millones de consultas, casi 36% del total, se ofrecen a mujeres entre 20 y 49 años de edad, lo que sugiere un importante peso relativo de la atención prenatal y servicios relacionados con la salud reproductiva. Otro grupo importante de usuarios es el de los menores de cinco años. Las consultas que se brindan a este grupo de edad, muchas de ellas correspondientes a la atención de niños sanos, suman 14.3 millones, prácticamente 20% del total de consultas en el primer nivel de atención de los SESA.

El motivo de consulta más frecuente es la atención a individuos sanos (Cuadro 1.2). Esto lo explica la atención a mujeres embarazadas y niños de las familias Oportunidades. La segunda causa es la atención a enfermedades transmisibles, también muy comunes en los menores de edad. El tercer lugar lo ocupan las enfermedades no transmisibles, que hoy dominan el perfil de salud de la población. Además de los servicios considerados más tradicionales, las unidades de atención primaria proveen con frecuencia servicios de salud bucal, servicios de planificación familiar y, hecho que llama la atención, servicios de salud mental.

Acreditación

La estrategia de acreditación de unidades de atención de los SESA se ideó bajo la lógica de que el sistema mexicano de salud debe ofrecer servicios efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información que se maneja.

El proceso de acreditación comprende dos etapas, la autoevaluación y la visita de evaluación por parte de las autoridades de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSa.

Cuadro 1.2. Principales causas de consulta en las unidades de atención ambulatoria de los SESA, México 2008

Causa	Número (millones)	%
Consulta de sanos	25	34.2
Enfermedades transmisibles	13	17.8
Enfermedades crónico-degenerativas	8	11
Salud bucal	5.5	7.5
Planificación familiar	4.5	6.2
Salud mental	0.5	0.7
Otras	16.5	22.6

Los componentes empleados para evaluar a las unidades son la capacidad, la seguridad y la calidad. A través del componente de capacidad se evalúa si las unidades cuentan con los recursos físicos, materiales y humanos mínimos necesarios para brindar los servicios relacionados con las intervenciones establecidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). En el componente de seguridad se evalúan los principales aspectos de la práctica médica segura, la seguridad del paciente durante el proceso de atención médica y su estancia en el establecimiento. El componente de calidad evalúa la factibilidad de implantar mínimos de gestión de calidad que faciliten la introducción de procesos de mejora continua.

En el 2009 se habían acreditado 6,612 UAA de los SESA, cifra que representa 49.6% del total de estas unidades. El análisis de la acreditación por entidad federativa muestra diferencias significativas. Mientras que Aguascalientes, Morelos y Guanajuato presentan porcentajes de acreditación de sus unidades mayores de 80%, en Chiapas este porcentaje no llega a 20% y en Guerrero y el Distrito Federal está por debajo de 30% (Cuadro 1.3).

Calidad de la Atención*

Una forma de medir la calidad de la atención es evaluando la calidad del tratamiento de ciertas enfermedades cuya atención está estandarizada. El tratamiento de estos padecimientos constituye lo que se denomina "rastreador clínico". Los rastreadores deben tener una definición clara y una delimitación operativa. Su diagnóstico debe ser sencillo y suficientemente frecuente para permitir su medición. Además deben contar con una historia natural que varíe dependiendo de la utilización de los servicios y la calidad de la atención médica.

Para este informe se seleccionaron como rastreadores tres causas frecuentes de consulta en las UAA: la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la atención prenatal (AP).

Para evaluar la calidad de la atención en las UAA usando estos rastreadores se revisaron 5,754 expedientes de pacientes diabéticos, 5,827 de pacientes hipertensos y 5,082 de mujeres en atención prenatal seleccionados aleatoriamente en 640 UAA de los SESA. En estos expedientes se buscaron evidencias del cumplimiento de los aspectos normativos de la atención y datos del control de la enfermedad o del desarrollo de complicaciones.

* Esta sección y la siguiente (Calidad Percibida) constituyen resúmenes de los capítulos dedicados a la calidad de la atención del siguiente documento: Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Reporte situacional 2008. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2009.

Cuadro 1.3 Porcentaje de unidades de atención ambulatoria de los SESA acreditadas por entidad federativa, México 2009

Entidad federativa	% unidades acreditadas
Aguascalientes	88.4
Morelos	84.0
Guanajuato	83.3
Tlaxcala	78.6
Nayarit	73.6
Quintana Roo	72.3
Durango	71.7
Tabasco	71.0
Yucatán	70.7
Sinaloa	66.0
Colima	64.0
Zacatecas	63.3
Querétaro	61.0
Puebla	60.2
San Luis Potosí	59.1
Campeche	56.0
Oaxaca	52.6
Baja California	51.1
Veracruz	50.7
Baja California Sur	50.6
Jalisco	50.4
Nacional	49.7
Nuevo León	48.9
Chihuahua	48.6
México	45.8
Coahuila	45.1
Tamaulipas	43.7
Sonora	40.4
Hidalgo	34.6
Michoacán	31.0
Distrito Federal	29.9
Guerrero	20.5
Chiapas	18.5

Calidad de la atención de la diabetes

La DM es un trastorno metabólico que se caracteriza por la incapacidad para regular adecuadamente los niveles de glucosa en sangre como resultado de deficiencias en la secreción de insulina. Cuando el padecimiento se maneja inadecuadamente,

los diabéticos desarrollan complicaciones como ceguera, falla renal y pérdida de miembros como consecuencia de lesiones micro-vasculares.

México tiene una de las prevalencias de diabetes más altas del mundo. Datos de la más reciente encuesta nacional de salud (ENSANUT 2006) indican que 14.4% de la población adulta padece diabetes y casi un tercio de la población afectada desconoce su condición. La alta prevalencia de este padecimiento impone enormes cargas no sólo a los pacientes y sus familias sino también al sistema nacional de salud.

La atención de la DM tiene lineamientos claros que permiten su utilización como criterios de evaluación de la calidad de la atención. La Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSAZ-1994 "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes" señala que el control del paciente diabético se fundamenta en los niveles de glucosa y establece como uno de sus criterios de éxito un nivel de glucemia en ayunas menor a 110mg/dl. Esta norma también recomienda la búsqueda intencionada de complicaciones en cada visita al médico y una medición anual de hemoglobina glicosilada (HbA1c), sobre todo al inicio del tratamiento o después de no haber visto en mucho tiempo al paciente. El objetivo del tratamiento es evitar el descontrol metabólico y el desarrollo de complicaciones.

Con base en los criterios que se presentan en el cuadro 1.4, se cuantificó el porcentaje de pacientes con DM que tenían registro adecuado de las variables de interés en el expediente clínico y el porcentaje de los mismos que presentaban se los niveles recomendados en dichas variables. También se revisó la frecuencia con que se efectúan una serie de procedimientos considerados básicos en la norma respectiva: la revisión de pies y fondo de ojo, y el registro de complicaciones derivadas de la DM.

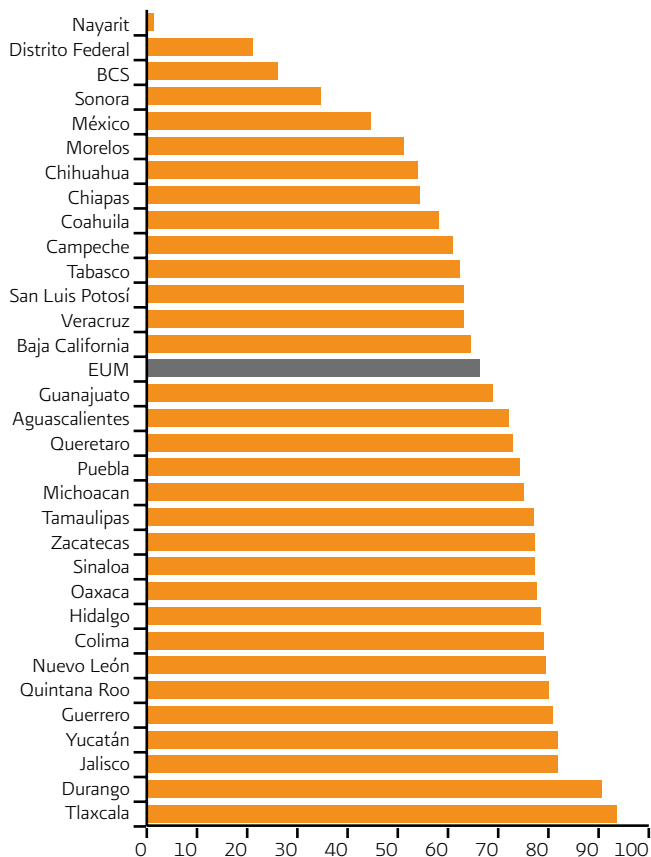
La revisión de expedientes en las UAA de los SESA mostró que un porcentaje importante de los pacientes en este nivel de atención carece de estudios de laboratorio para la medición de glucosa sanguínea y otros marcadores biológicos. Un tercio de los expedientes revisados no tenía registro de glucosa en sangre en la nota de la última consulta. Las diferencias entre entidades federativas son importantes. En Tlaxcala y Durango más de 90% de los expedientes contaban con esta información, mientras que en Baja California Sur, Distrito Federal y Nayarit los porcentajes correspondientes no alcanzaron 30% (Figura 1.22).

La atención del paciente con DM requiere de la revisión periódica de las extremidades, en particular de los pies, y de la revisión del fondo de ojo. La adecuada ejecución de estas acciones permite la identificación temprana de dos de las com-

Cuadro 1.4. Metas de tratamiento y criterios para calificar el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en ayunas (mg/dl)	<110	110-140	>140
Glucemia postprandial de 2 h. (mg/dl)	<140	<200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<200	200-239	>240
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150	150-200	≥200
Colesterol HDL (mg/dl)	>40	35-40	<35
P.A. (mm de Hg)	<120/180	121-129/81-91	>130/85
IMC	<25	25-27	>27
HbA1c	<6.5%	6.5-8%	>8%

Figura 1.22. Porcentaje de expedientes de pacientes diabéticos en unidades de atención ambulatoria de los SESA que cuentan con registro de medición de glucosa sanguínea en la última consulta por entidad federativa, México 2008



plicaciones más frecuentes de la DM: la retinopatía, que puede producir ceguera, y el pie diabético, que puede terminar en gangrena y amputación. Poco más de 40% de los expedientes

revisados carecía de evidencias de que se habían revisado los pies del paciente durante el último año y sólo en 35.5% había reporte de que se había examinado el fondo de ojo. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre UAA acreditadas y no acreditadas, con una diferencia a favor de las acreditadas de 13 puntos porcentuales en la revisión de fondo de ojo y de 15 puntos en la revisión de extremidades. Al interpretar estos resultados debe considerarse, como se señaló en secciones anteriores de este mismo capítulo, que en muchas UAA no se cuenta con oftalmoscopios.

Otro elemento a considerar son las mediciones de glucosa. Los resultados de la revisión de expedientes indican que en ninguna entidad se solicitó al menos una medición a la totalidad de los pacientes. El promedio nacional de pacientes con al menos una indicación de medición de glicemia en ayunas al año fue de apenas 43.1%. Las diferencias entre entidades federativas son notables: mientras que en Guanajuato seis de cada 10 pacientes contaron con este tipo de estudio, en Guerrero la cifra correspondiente fue menor de dos.

Dadas estas carencias, los pacientes diabéticos que se atienden en UAA de la Ssa presentan una alta frecuencia de complicaciones. 84.7% de los diabéticos entrevistados reportaron tener alguna complicación derivada de su padecimiento primario. Las alteraciones visuales fueron las complicaciones más frecuentemente reportadas, encontrándose en 34.4% de los pacientes (Figura 1.23). 17.3% de los pacientes reportaron complicaciones renales. 7.1% de los pacientes reportaron úlceras

en miembros inferiores y 3.% reportaron amputaciones (3.5%). La frecuencia de estas complicaciones podría utilizarse a nivel de unidad y jurisdicción para monitorear la atención que se brinda a los pacientes con DM.

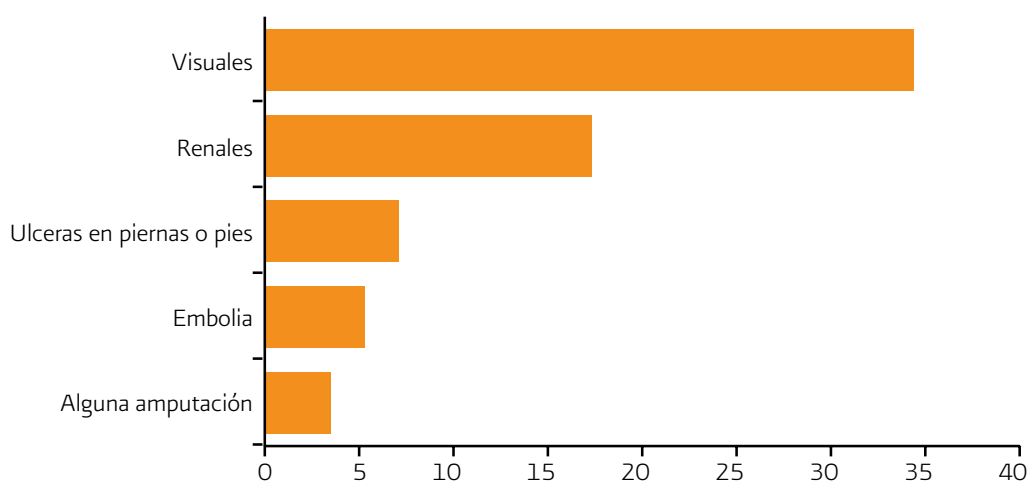
Calidad de la atención de la hipertensión arterial

Un individuo se considera hipertenso cuando el valor de su presión sistólica es mayor o igual a 140 mm de Hg o cuando la diastólica se ubica al menos en 90 mm de Hg. Alrededor de 40% de los adultos mexicanos padecen hipertensión y casi la mitad lo desconoce.

La importancia de la hipertensión arterial (HTA) radica no sólo en las alteraciones que ella misma produce sino también en el hecho de que es un importante factor para el desarrollo de afecciones cardio y cerebro-vasculares y renales. Un estudio reciente desarrollado en México por la Universidad de Harvard ubica a la HTA en la tercera posición entre los factores de riesgo para muerte prematura y le atribuye 10% del total de muertes en el país. De acuerdo con este estudio, en México ocurren más de 50,000 muertes al año como consecuencia de padecimientos asociados a la HTA, como los infartos al miocardio, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal crónica.

Para evaluar la calidad de la atención de la HTA se utilizan los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial", que recomienda ciertos procedimientos clínicos que favorecen el control de esta afección.

Figura 1.23. Frecuencia relativa de complicaciones de la diabetes de acuerdo al reporte de los pacientes afectados en las unidades de atención ambulatoria de los SESA, México 2008



Esta norma también establece metas del tratamiento e identifica criterios para evaluar el grado de control del paciente hipertenso (Cuadro 1.5). El objetivo del tratamiento es reducir las cifras de tensión arterial hasta alcanzar valores relativamente normales.

Cuadro 1.5. Metas de tratamiento y criterios para calificar el grado de control de pacientes hipertensos

Metas de tratamiento	Bueno	Regular	Malo
P.A. mm de Hg	<140/90	140/90 - 60/95	>160 -95
Colesterol total	<200	200 - 239	>240
IMC (kg/m ²)	<25	25 - 27	>27
Sodio	<2400mg/día	-	-
Alcohol	0=<30ml/día	-	-
Tabaco	Evitar ese hábito	-	-

El control del paciente hipertenso descansa en el monitoreo constante de las cifras de tensión arterial. Por lo tanto, es esencial el registro de estas cifras en el expediente a fin de valorar el grado de éxito terapéutico y la necesidad, en su caso, de hacer ajustes en el tratamiento prescrito.

Prácticamente la totalidad de los expedientes revisados contaba con registro de la medición de la tensión arterial en la última consulta realizada. Sin embargo, un porcentaje de expedientes de pacientes con HTA (1.8%) no mostró registros de presión arterial durante el último año. En estados como San Luis Potosí, Morelos y Colima el porcentaje de expedientes sin registro de las cifras de tensión arterial fue superior a 5%, mientras que en Aguascalientes, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa y Tlaxcala todos los expedientes contenían este registro. El peso, que es otra variable de control importante, también se registró en la mayoría de los expedientes: más de 96% de estos contaban con dicha información en la última consulta y sólo 3% carecían del dato de peso en los últimos 12 meses.

El tratamiento del paciente hipertenso tiene como principal objetivo evitar las complicaciones derivadas de esta afección, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad asociada a este trastorno. Con independencia del tratamiento farmacológico, la atención al paciente con HTA requiere de la promoción de conductas saludables, como el ejercicio regular y la eliminación del hábito tabáquico. Por esta última razón, una de las actividades recomendadas en la norma es la promoción de la participación del paciente en los denominados Grupos de Ayuda Mutua, que promueven la adopción de hábitos de vida saludables.

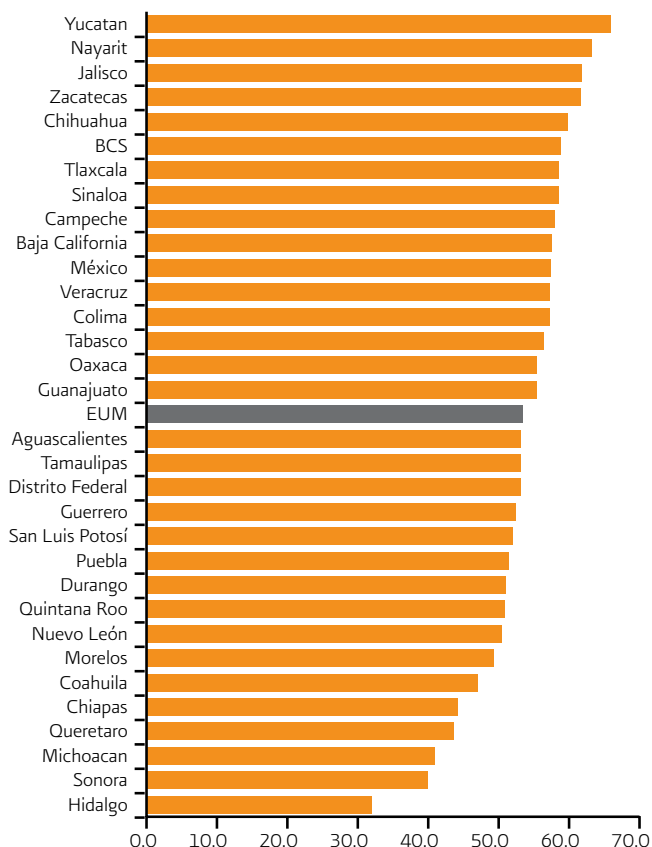
Poco más de dos terceras partes de los expedientes revisados tenía registro de recomendaciones en el sentido de reducir o evitar la ingesta de alcohol o el consumo de tabaco y casi 95% de los pacientes tenían registro de prescripción de tratamiento farmacológico.

En todas estas variables, los centros de salud acreditados tuvieron porcentajes de registro más altos que los centros no acreditados.

La HTA tiene entre sus efectos secundarios la generación de lesiones vasculares en diferentes órganos (corazón, riñón, retina). Por esta razón, una actividad que debe realizarse de manera regular es la revisión de fondo de ojo, a fin de favorecer la detección oportuna de alteraciones de la retina y porque el daño de esta estructura es un buen indicador del grado de deterioro sistémico que se ha producido como consecuencia del trastorno primario. Sólo en 34% de los expedientes revisados se encontró evidencia del examen del fondo de ojo el último año.

Poco más de la mitad de los pacientes hipertensos presentó cifras de tensión arterial menores de 140/90 mm de Hg, lo que sugiere un adecuado control de su padecimiento. Este porcentaje es más alto en las mujeres (54.5%) que en los hombres (50.2%) y en las UAA acreditadas (55.5%) que en las UAA no acreditadas (50.2%). En Yucatán, Nayarit, Jalisco y Zacatecas el porcentaje de pacientes con cifras normales fue superior a 60%. En el extremo opuesto se ubicaron Hidalgo y Sonora, en donde el porcentaje de pacientes con cifras normales fue menor de 40% (Figura 1.24).

Figura 1.24. Porcentaje de pacientes con cifras de presión arterial por debajo de 140/90 mm de Hg por entidad federativa, México 2008



Calidad de la atención prenatal

De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población, en 2008 ocurrieron en México 1.95 millones de nacimientos, de los cuales alrededor de 1.5 millones se atendieron en unidades públicas de salud, 900,000 de ellos en unidades de la SSA y los SESA. Estas cifras convierten a la atención del parto en el motivo más frecuente de demanda de atención en nuestro país. Idealmente, todas las mujeres embarazadas deberían recibir una adecuada atención prenatal que les asegure un embarazo y parto sin complicaciones, y que reduzca al mínimo la probabilidad de que el recién nacido sufra de algún padecimiento congénito.

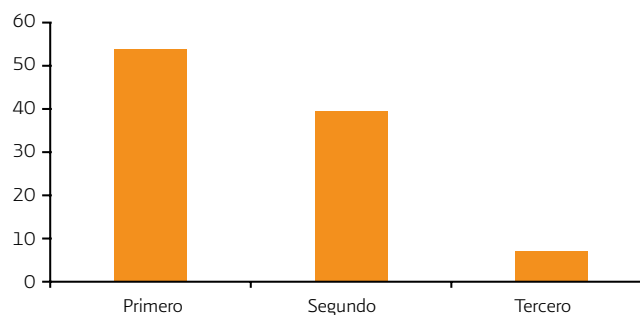
La atención prenatal ayuda a reducir las muertes maternas. Hoy la razón de mortalidad materna en México es de 57.2 muertes por 100,000 nacidos vivos o tres muertes asociadas al embarazo, parto o puerperio por día. Muchas de estas muertes podrían prevenirse identificando oportunamente los factores que las producen. Los trastornos hipertensivos del embarazo, por ejemplo, pueden tratarse si se diagnostican a tiempo.

Para evaluar la calidad de la atención prenatal se utilizó como referencia la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Las acciones propuestas en esta norma tienen como objetivo fundamental favorecer un embarazo libre de complicaciones, contribuyendo de esta manera a mejorar la salud de la madre y de los niños recién nacidos.

El contacto temprano entre la futura madre y los servicios de salud permite establecer mecanismos de control que facilitan la identificación de signos de riesgo obstétrico. Por esta razón, un indicador adecuado para medir el éxito de la oferta de servicios preventivos durante el embarazo es el porcentaje de mujeres que acuden a su primera consulta en el primer trimestre del embarazo. De hecho, la NOM respectiva propone que se brinden cinco consultas de control a la mujer embarazada. La primera debe llevarse a cabo durante en las primeras 12 semanas de embarazo. A pesar de esta recomendación, los datos obtenidos muestran que sólo la mitad de las mujeres embarazadas acudió a su primera consulta durante el periodo recomendado (Figura 1.25).

El retraso en el establecimiento de contacto entre la mujer gestante y los servicios de salud puede ser resultado de dos situaciones que no son mutuamente excluyentes: por un lado, la lejanía física o las barreras geográficas que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios y, por el otro, la falta de correspondencia entre los servicios que se ofertan y las expectativas

Figura 1.25. Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a su primera consulta de control en las unidades de atención ambulatoria de los SESA por trimestre de gestación, México 2008



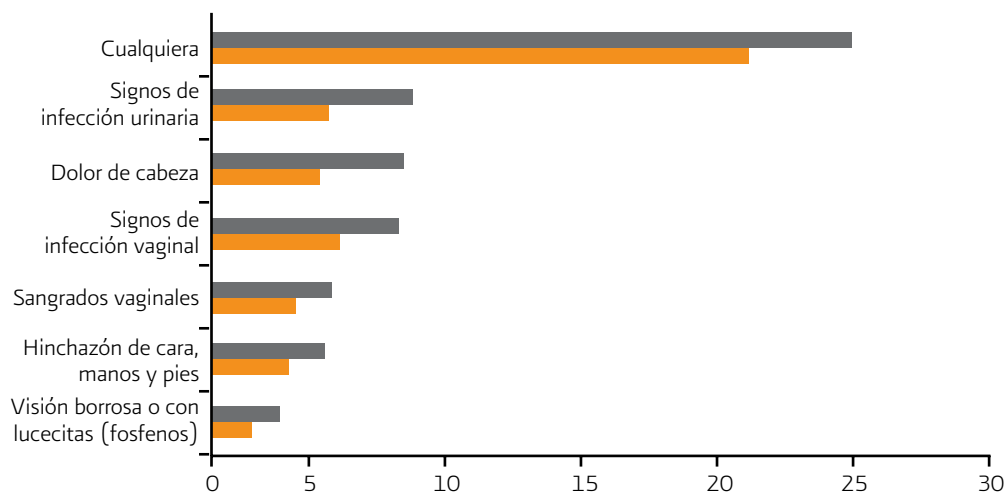
de las usuarias. En cualquiera de estos dos casos se requiere de ajustes en los servicios de salud que favorezcan la búsqueda temprana de atención y reduzcan las barreras que impiden el acceso efectivo a los servicios. Llama la atención que en las zonas rurales, donde teóricamente se enfrentan mayores barreras de acceso, el porcentaje de mujeres que asiste a su primer consulta en el primer trimestre es cinco puntos más alto que en las zonas urbanas. Las diferencias que hay entre las entidades federativas con relación a este indicador son dignas de resaltarse. En Jalisco, 72% de las mujeres reciben su primera consulta en el primer trimestre, cifra equivalente al doble de los porcentajes de Durango y Coahuila.

Como se mencionó previamente, la NOM recomienda que se brinde un mínimo de cinco consultas de atención prenatal a la mujer embarazada. Como consecuencia natural del retraso en el contacto con los servicios de salud, este número de consultas no se alcanza de manera regular. A nivel nacional, el promedio de consultas por mujer embarazada fue de 4.5, sin diferencias significativas entre los diferentes tipos de UAA.

Tan importante como el número de consultas es su calidad. En estas consultas el médico debe realizar una serie de actividades que ayudan a identificar condiciones de riesgo o favorecer un desarrollo saludable del feto (véase cuadro 1.6). Los resultados obtenidos indican que a la mayoría de las pacientes se le hizo una exploración física completa (96.3%), se le prescribió hierro y ácido fólico profilácticos (95.5%) y se le identificó signos de alarma (90.5%). Hubo pocos registros de mediciones de la cantidad de líquido amniótico (32.3%) y del tamaño del feto (54.9%).

Cuadro 1.6. Actividades que se deben realizar durante el control prenatal

1	Elaboración de historia clínica
2	Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales)
3	Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración
4	Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración
5	Valoración del riesgo obstétrico
6	Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto
7	Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes, dependiendo del riesgo)
8	Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y s variante débil D μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos
9	Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.
10	Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad
11	Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
12	Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica; se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas de embarazo)
13	Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales
14	Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales y económicas de la embarazada
15	Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada
16	Promoción de la lactancia materna exclusiva
17	Promoción y orientación sobre planificación familiar
18	Medidas de autocuidado de la salud
19	Establecimiento del diagnóstico integral

Figura 1.26. Prevalencia de algunos signos de alarma durante el embarazo en centros de salud rurales y urbanos de los SESA, México 2008

La identificación oportuna de posibles situaciones de riesgo es la mejor manera de reducir los desenlaces negativos del embarazo. Entre los principales indicadores de riesgo se encuentra la presión arterial elevada, la cual puede poner en serio riesgo la vida de la madre y su hijo. En este estudio se encontró una prevalencia de 5.2% de mujeres embarazadas con hipertensión arterial. Los porcentajes fueron más altos en centros de salud urbanos y en los acreditados.

Otros signos de alarma son la presencia de cefalea, edema, sangrado vaginal o algún otro signo de infección de vías urinarias o vaginales. Entre las mujeres que acudieron a solicitar atención prenatal en las UAA de los SESA, 24.4% presentaron alguno de los signos previamente mencionados, sobresaliendo los signos y síntomas relacionados con infecciones urinarias (8.8%), la cefalea (8.4%) y la presencia de signos de infección vaginal (8.1%).

La frecuencia de signos de alarma fue mayor en los centros de salud rurales (Figura 1.26). Dentro de los signos y síntomas de riesgo que más se identificaron en estas unidades destacan los signos de infección urinaria (9.5%), el dolor de cabeza (9.2%), los signos y síntomas de infección vaginal (8.6%), y los sangrados vaginales (6.0%).

Hay una serie de análisis clínicos que deben realizarse en México a todas las mujeres bajo control prenatal: biometría hemática completa (BH), examen general de orina (EGO), glucemia y VDRL, para la identificación de anticuerpos contra la sífilis. La NOM en la materia también recomienda la realización de la prueba diagnóstica para detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), aunque acota que éste debe efectuarse a mujeres de alto riesgo y siempre bajo consentimiento y aprobación de la mujer.

La revisión de expedientes clínicos en las UAA mostró que sólo a seis de cada 10 pacientes se les solicitó EGO y a más de la mitad no se le solicitó BH (Cuadro 1.7). La determinación de glucosa mediante tira de reactiva se le practicó al 42.5% de las pacientes. El cuadro 1.8 muestra los porcentajes de expedientes con registro de pruebas de laboratorio por situación de acreditación de la unidad.

Calidad percibida

Los resultados que se presentan en este capítulo proceden de entrevistas que se hicieron a 18,997 usuarios de UAA. A todos ellos se les interrogó sobre su nivel de satisfacción general con la atención recibida y sobre aspectos específicos de su interacción con los servicios de salud.

Cuadro 1.7. Porcentaje de expedientes con registro de pruebas de laboratorio recomendadas para mujeres embarazadas en las unidades de atención ambulatoria de los SESA, México 2008

Acción	No acreditado	Acreditado	Total
Prueba de Papanicolaou*	10.0	10.9	10.5
Ultrasonidos*	27.8	33.4	31.1
Detección de VIH	29.5	40.5	36.0
Determinación de glucemia en ayunas (dextrostix)*	34.6	48.0	42.5
Determinación de grupo sanguíneo ABO y RH *	36.7	50.1	44.6
Análisis en sangre para sífilis (VDRL) *	39.8	51.4	46.6
Biometría hemática completa *	40.8	54.9	49.1
Examen general de orina	53.7	66.2	61.1

*p < 0.001

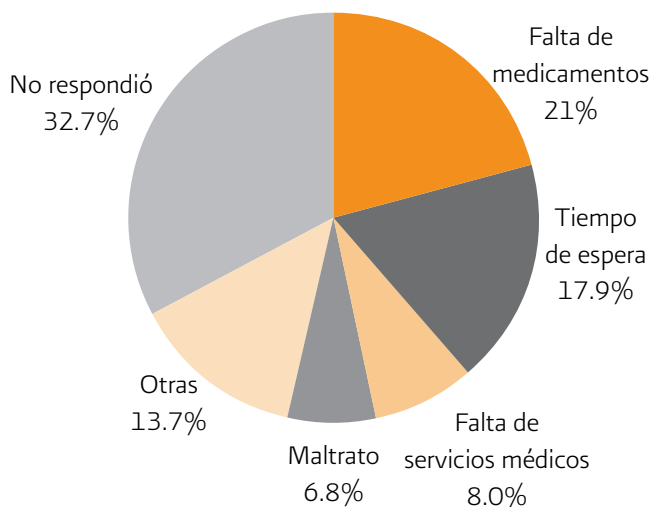
Satisfacción del paciente

La medición de la satisfacción del paciente es una de las estrategias usadas con más frecuencia para conocer la percepción que tienen los usuarios acerca de los servicios que se les brindan en las unidades de atención. La gran mayoría de entrevistados (94.8%) calificó la atención recibida como buena o muy buena. El porcentaje más alto de satisfacción lo reportaron los usuarios de los centros de salud rurales acreditados (96.1%) y el más bajo los usuarios de los centros de salud rurales no acreditados (93.5%). Las diferencias entre tipos de unidad fueron estadísticamente significativas. 95.8% de los usuarios respondieron que sí volverían a atenderse en el mismo sitio, con porcentajes más altos en centros rurales acreditados (97%) y más bajos en centros urbanos acreditados (93.3%). A pesar de que una tercera parte de los que declararon que no regresaría decidió no especificar la razón, 21% del total de respuestas identifica la falta de medicamentos como la principal razón para no volver (Figura 1.27). La segunda causa son los prolongados tiempos de espera (17.9%).

Medición del trato ofrecido a los usuarios de las UAA

En esta sección se evalúa el trato recibido por los usuarios de las UAA de los SESA a través del estudio de los ocho dominios en los que la Organización Mundial de la Salud descompone el trato adecuado. Los ocho dominios son los siguientes: i) trato digno o

Figura 1.27. Causas por las que los usuarios no regresarían a atenderse en la misma unidad de atención ambulatoria, México 2008



respetuoso, definido como el trato al usuario salvaguardando en todo momento su dignidad como persona; ii) confidencialidad, entendida como el derecho del usuario a decidir quién y cómo se hace uso de su información personal; iii) autonomía, que se refiere a la oportunidad que el usuario tiene para participar en la toma de decisiones relacionadas con su salud; iv) comunicación, dominio en el cual se valora la calidad de la información que el usuario recibe con relación a su padecimiento y las alternativas terapéuticas; v) atención pronta, entendida en el sentido de que los tiempos de espera no deben agregar molestias adicionales a las generadas por el motivo de atención, o agravar la condición de salud subyacente; vi) capacidad de elección, que indica en qué medida existen arreglos organizacionales que permiten a los usuarios seleccionar a su médico o cambiar éste cuando están insatisfechos; vii) condiciones de las comodidades básicas, que miden la calidad de servicios básicos, como la limpieza y amplitud de salas de espera, y viii) acceso a redes de apoyo social, que se refiere a que los pacientes hospitalizados mantengan el contacto con sus familiares. Este último dominio no aplica en el caso de las unidades de atención ambulatoria.

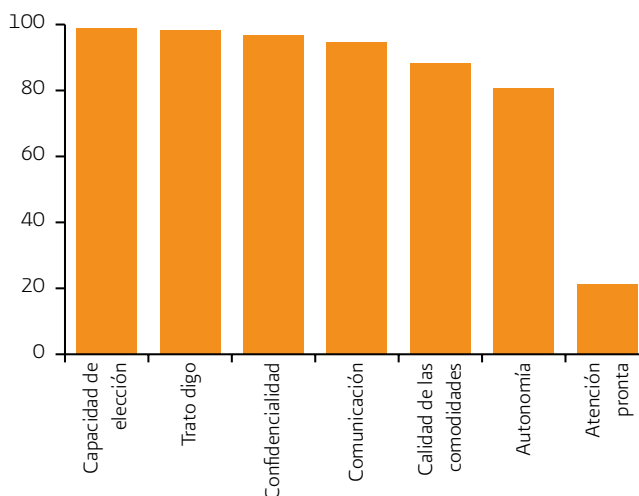
Aquí se presentan los porcentajes de aprobación de cada dominio, entendida la aprobación como el calificar el desempeño en cada dominio como "bueno" o "muy bueno". Hay varios resultados que deben destacarse. En primer lugar, que, en general, la aprobación de los dominios relacionados con el respeto a derechos humanos (los primeros cuatro) es muy alta, cercana a 100%, con la excepción de la autonomía, que sólo fue aprobada por 80.7% de los usuarios entrevistados. El segundo hallazgo destacable es

que la atención pronta fue muy mal calificada, aprobada sólo por 21.2%. También llama la atención que los usuarios califican muy alto la capacidad de elección tanto de las unidades como de los médicos, lo cual resulta paradójico considerando que muchos de los usuarios no tiene acceso real a otras unidades y que no son comunes los arreglos organizacionales para permitir la selección o cambio de médico.

Las diferencias entre usuarios o entre distintos tipos de centro de salud fueron menores en casi todos los dominios. Las excepciones se describen a continuación. En el caso particular de la autonomía, hubo diferencias de cinco puntos porcentuales entre hombres y mujeres y entre centros urbanos y rurales (a favor de las mujeres y de los centros urbanos). La atención pronta fue significativamente mejor calificada en centros urbanos (28.6% de aprobación) que en rurales (19.2%). En este dominio en particular llama la atención el hecho de que tienen más aprobación los centros no acreditados (23%) que los acreditados (19.9%). En el caso de la calidad de las comodidades, la diferencia se inclinó a favor de los centros acreditados y rurales. La figura 1.28 muestra los porcentajes de aprobación de los siete dominios de trato adecuado, y los cuadros 1.8 y 1.9 presentan los porcentajes de aprobación por variables seleccionadas.

Dadas las altas calificaciones de prácticamente todos los dominios, sólo se exploraron las diferencias a nivel de entidad para atención pronta. La baja calificación obtenida por este dominio es consistente con estudios previos, los cuales siempre han evidenciado que los tiempos de espera son uno de los reclamos más

Figura 1.28. Porcentaje de aprobación en las unidades de atención ambulatoria de los SESA de siete dominios de trato adecuado a nivel nacional, México 2008



Cuadro 1.8. Porcentaje de aprobación en las unidades de atención ambulatoria de los SESA de los cuatro dominios de trato adecuado relacionados con derechos humanos, desagregado por variables seleccionadas, México 2008

Sexo	Comunicación	Autonomía	Confidencialidad	Trato digno
Hombre	95.1	76.3	96.3	98.3
Mujer	94.3	81.8	97.1	98.2
Tipo de centro				
Rural	94.5	79.4	96.9	98.3
Urbano	94.3	85.8	97.2	97.9
Acreditación				
Sí	93.8	79.9	96.3	97.8
No	95.0	81.3	97.4	98.5

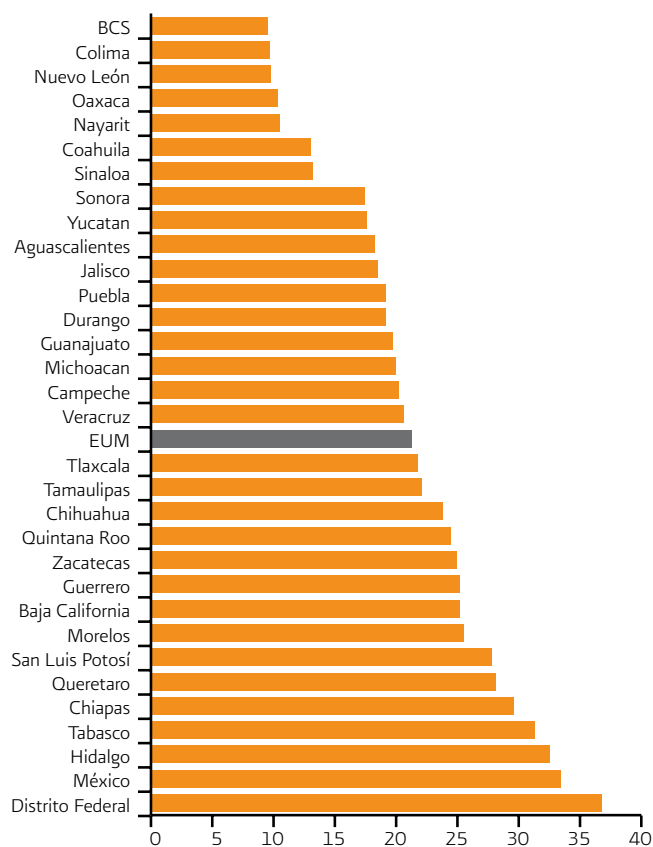
Cuadro 1.9. Porcentaje de aprobación en las unidades de atención ambulatoria de los SESA de tres dominios de trato adecuado relacionados con aspectos organizacionales desagregado por variables seleccionadas, México 2008

Sexo	Calidad de comodidades	Capacidad de elección	Atención pronta
Hombre	89.7	98.9	17.6
Mujer	88.0	98.8	22.2
Tipo de centro			
Rural	89.1	98.8	19.6
Urbano	85.8	98.7	28.6
Acreditación			
Sí	85.5	99.0	23.0
No	90.5	98.6	19.9

frecuentes. No obstante, es destacable la magnitud de la insatisfacción con este aspecto de la atención. En 2003, en el marco de una encuesta de representatividad nacional (ENED 2003), los usuarios ubicaron a la atención pronta en la posición con menor aprobación aunque el porcentaje correspondiente fue de 75%, tres veces más alto que el identificado en el ejercicio aquí reportado.

La reducción en la aprobación a este dominio puede deberse, en gran medida, al incremento en las expectativas de los usuarios, ya que la medición objetiva que algunas instancias realizan de los tiempos de espera indica que estos se han mantenido constantes o incluso se han reducido en ciertas entidades. La figura 1.29

Figura 1.29. Porcentaje de aprobación de la atención pronta en las unidades de atención ambulatoria de los SESA por entidad, México 2008



muestra el porcentaje de aprobación del dominio de atención pronta por entidad federativa. Puede observarse que en Nuevo León, Colima y Baja California Sur menos de 10% de los usuarios entrevistados consideraron buena o muy buena la rapidez de la atención. Las entidades con mayor aprobación fueron el Distrito Federal y el Estado de México, con poco más de un tercio de sus usuarios aprobando este dominio.

Bibliografía

1. Dentzer S. E-health's promise for the developing world. *Health Affairs* 2010; 29(2):229.
2. Gutiérrez JP, Leroy J, López-Ridaura R, DeMaría L, Walker D, Campuzano JC y col. Evaluación de la calidad en los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades. En: *Evaluación externa del programa Oportunidades 2008. A 10 años de intervención en zonas rurales (1997-2007)*. México, D.F.: Secretaría de Desarrollo Social, 2008.
3. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. SINAIS Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/estadisticasportema.html>. Consultado el 10 de noviembre de 2010.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes
5. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial
6. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, "Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio"
7. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Sistema Nacional de información en Salud 2001-2006. México, D.F.: Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, 2002.
8. Secretaría de Salud Programa Nacional de Salud 2007-2012. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2007.
9. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Nacional de Información en Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2008.
10. Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Reporte situacional 2008. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2009.
11. Secretaría de Salud. Mexico Health Metrics 2005 Report: Section 1 – Comparative risk assessment. Secretaría de Salud / Universidad de Harvard. Disponible en: http://www.sinais.gob.mx/descargas/pdf/r05_medcomparativariesgosalud.pdf. Consultado el 30 de diciembre de 2010.
12. Vital Wave Consulting. mHealth for development: the opportunity of mobile technology for healthcare in the developing world. Washington, D.C.: UN Foundation-Vodafone Foundation Partnership, 2009.
13. World Health Organization. World health statistics 2010. Ginebra: WHO, 2010.
14. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. Ginebra: WHO, 2010

II. La atención ambulatoria en los Servicios Estatales de Salud de Morelos*



Las unidades de atención ambulatoria de los Servicios Estatales de Salud de Morelos operan en condiciones generales aceptables. Sin embargo, hay retos importantes que enfrentar en materia de comunicación, profesionalización de la atención ambulatoria y, sobre todo, acceso regular a los medicamentos del CAUSES.

En este capítulo se describen las condiciones en que operan las UAA de los SESA de Morelos. Su propósito es complementar el diagnóstico general presentado en el capítulo anterior con un “estudio de caso” con la finalidad de detectar áreas adicionales de oportunidad que pudieran haberse pasado por alto.

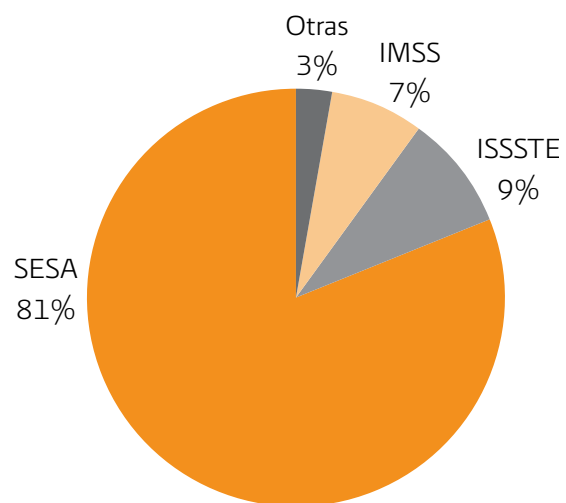
La información de este capítulo procede del SINERHIAS y de una encuesta que se aplicó, en 2010 en 62 UAA de los SESA de Morelos, que representan poco menos de la tercera parte del total de unidades de este tipo en el estado. En dicha encuesta se recopiló información sobre infraestructura física, acceso a servicios básicos (agua, saneamiento, electricidad y comunicación) equipamiento, abasto de medicamentos, sistemas de información y recursos humanos.

En el primer apartado se presenta un análisis del número y distribución de las UAA de los SESA por tipo y municipio, así como las condiciones generales en las que operan (condiciones de la infraestructura física, acceso a servicios básicos y servicios de comunicación). El segundo apartado describe la disponibilidad y distribución de los consultorios por municipio. En el tercer apartado se revisa la disponibilidad de equipo básico, incluyendo laboratorio clínico y equipo de ultrasonografía. En el cuarto apartado se describe la situación de los medicamentos y otros insumos. En seguida se analiza la cantidad y distribución de los recursos humanos. Finalmente se discute la acreditación de las UAA del estado.

Unidades de Atención Ambulatoria

En 2009 Morelos tenía registradas 283 UAA públicas: 229 de los SESA (80.9%), 25 del ISSSTE (8.8%), 21 del IMSS (7.4%), cuatro de SEDENA (1.4%) y cuatro de IMSS-Oportunidades (1.4%) (Figura 2.1).

Figura 2.1. Unidades públicas de atención ambulatoria, Morelos 2009



* Los autores de este capítulo son María Lilia Bravo y Octavio Gómez Dantés.

Otras: SEDENA (1.41%) e IMSS-O (1.41%)

De las 229 unidades ambulatorias de los SESA, únicamente 225 reportan información al sistema, por lo que en adelante este documento se referirá únicamente a dichas unidades. Estas 225 UAA arrojan una razón estatal de 22.1 unidades por 100,000 personas sin seguridad social. Sin embargo, este indicador varía entre los distintos municipios: en Coatlán del Río es de 101.8 y en Cuautla de apenas 12.7 (Figura 2.2).

Como puede observarse en la figura 2.3, la mayor parte de las UAA (66.7%) de Morelos está ubicada en el área rural.

La encuesta realizada en 62 UAA en 2010 indica que todas las UAA de Morelos cuentan con servicios básicos (agua, servicios sanitarios y luz). Poco más de 80% de las UAA cuentan con agua entubada, 6% cuentan con pozo o manantial y 12% requieren de abastecimiento con pipas. Todas cuentan con baños: 60% tienen conexión a un sistema de drenaje y 40% disponen de fosa séptica. Finalmente, aunque todas cuentan con luz, 27% presentan interrupciones varias veces al mes, lo que complica el almacenamiento de los medicamentos e insumos que requieren de refrigeración.

Tal vez el problema más serio de las UAA de los SESA de Morelos sea la comunicación: sólo 54% cuentan con teléfono y sólo 37% están conectadas a Internet.

Consultorios

Al cierre de 2009 se tenía registrada la existencia de 538 consultorios en el estado de Morelos, 0.23% del total de consultorios en el país. El municipio de Cuernavaca es el que cuenta con el mayor número de consultorios (84) y Mazatepec el municipio con el menor número (4). Sin embargo, al relacionar el número de consultorios con unidades de población se observa que Mazatepec cuenta con un mayor número de consultorios por 100 000 habitantes sin seguridad social (63.8) que Cuernavaca (49.7). Coatlán del Río es el municipio con la razón más alta (174.4) y Emiliano Zapata el municipio con la razón más baja (32.5) (Figura 2.4).

Equipo Clínico

En esta sección se analiza la disponibilidad de dos tipos de equipo clínico mayor (laboratorio de análisis clínico y equipo de ultrasonografía) y diversos equipos de baja tecnología. Se considera que el laboratorio y el equipo de ultrasonografía constituyen buenos trazadores de la disponibilidad de equipo clínico básico en el estado.

Figura 2.2. Unidades de atención ambulatoria de los SESA por 100,000 personas sin seguridad social por municipio, Morelos 2009

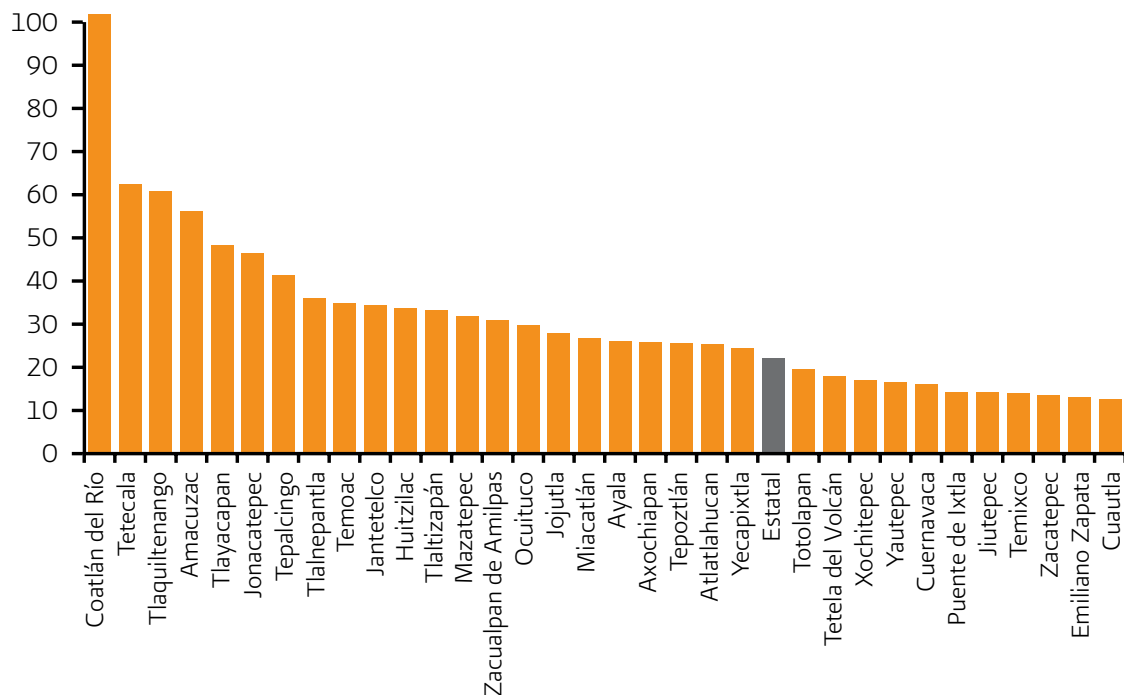
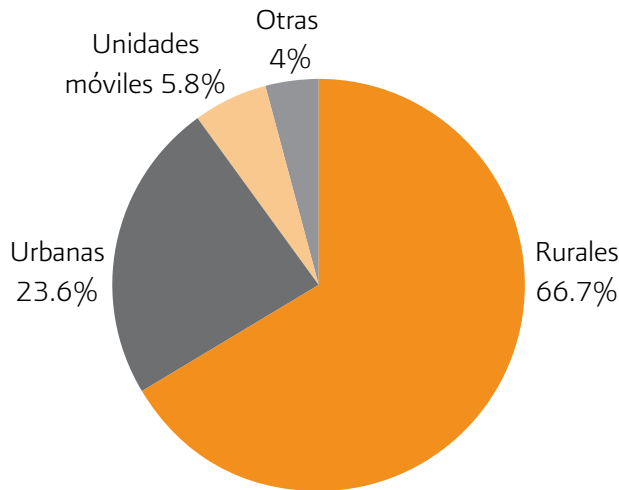


Figura 2.3. Distribución de las unidades de atención ambulatoria de los SESA por tipo de unidad, Morelos 2009



Otras: Clínica de especialidades (0.4%) y UNEME (3.6)

En Morelos sólo en cuatro municipios se registró la existencia de laboratorios de análisis clínicos en UAA: uno en Cuautla, dos en Cuernavaca, uno en Yauatepec y otro más en Zacatepec, para un total de cinco laboratorios en todo el estado.

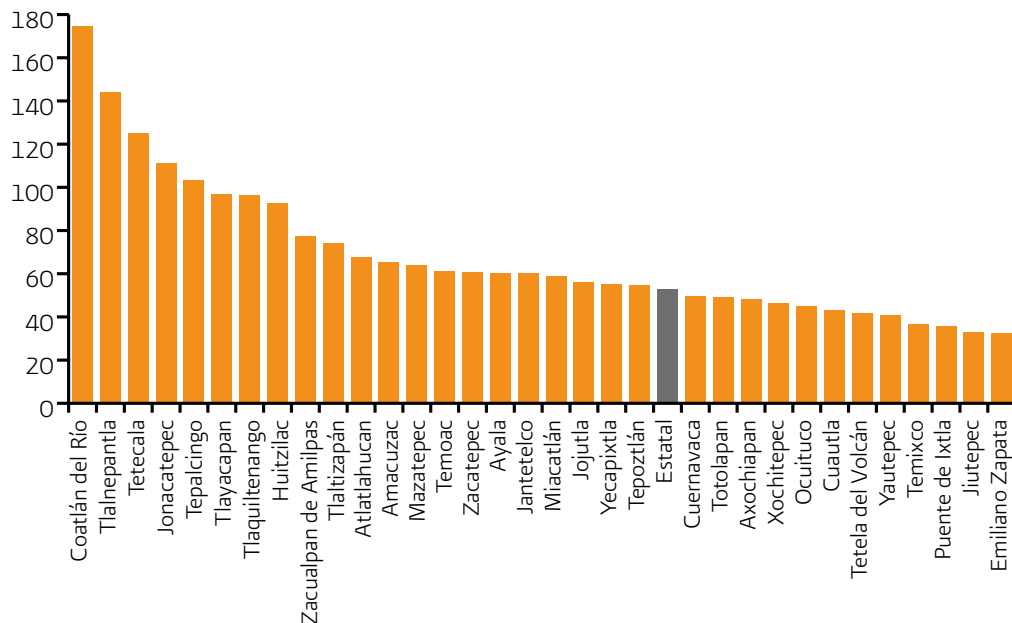
En 2009 no se registró la existencia de ningún equipo de ultrasonografía, situación que constituye una gran área de oportunidad, considerando la importancia de dicho equipo en la atención prenatal.

La disponibilidad de equipo básico de baja tecnología es aceptable. Llama la atención, sin embargo, la baja disponibilidad de termómetros (34.6% de las UAA visitadas), martillo de reflejos (38.5%), oftalmoscopio (76.9%) y esfignomanómetro (82.7%) (Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1. Disponibilidad de equipo clínico de baja tecnología en las unidades de atención ambulatoria de los SESA de Morelos, 2010

Equipo	% UAA que cuentan con el equipo
Báscula infantil	100
Báscula para adulto	100
Espejo vaginal	94.1
Esfignomanómetro	82.7
Estadímetro	94.2
Estetoscopio	98.1
Estetoscopio de Pinara	96.2
Infantometro	90.4
Lámpara de exploración	88.5
Martillo de reflejos	38.5
Oftalmoscopio	76.9
Otoscopio	86.5
Termómetro	34.6

Figura 2.4. Número de consultorios por 100 000 habitantes sin seguridad social por municipio, Morelos 2009



Medicamentos y Otros Insumos

Uno de los principales problemas de las UAA de los SESA de Morelos es la disponibilidad de medicamentos. En general hay una baja disponibilidad de medicamentos esenciales, que se agudiza en el caso de algunas jurisdicciones y algunos rubros particulares, como los antihistamínicos, los antihelmínticos, los broncodilatadores y las soluciones electrolíticas, (Cuadro 2.2).

La disponibilidad de insumos clínicos básicos en las UAA de los SESA de Morelos puede calificarse de aceptable, aunque llama

la atención la baja disponibilidad de jabón, vendas elásticas, jalea lubricante y tela adhesiva (Cuadro III).

Recursos Humanos

En las unidades de consulta externa de los SESA de Morelos trabajan 1,332 personas en contacto con pacientes; 603 son médicos, 679 enfermeras y 50 otro tipo de personal (Figura 2.5).

Cuadro 2.2. Disponibilidad de claves básicas de medicamentos en las unidades de atención ambulatoria y los SESA de Morelos, 2010

Medicamentos	% de UAA con el medicamento disponible			
	Estatal	Jurisdicción 1	Jurisdicción 2	Jurisdicción 3
Analgésicos antipiréticos				
Ácido acetil salicílico tab 500mg	80.8	84.2	100	65.0
Paracetamol (acetaminofen) tab 500mg	84.6	89.5	75.0	85.0
Paracetamol (acetaminofen) solución oral 100mg/ml	64.7	61.1	75.0	55.0
Diclofenaco cápsulas o grageas 100mg	32.0	38.9	25.0	26.3
Naproxeno tab 250mg	67.3	73.7	62.5	55.0
Anestésicos				
Lidocaína solución inyectable 2%	74.5	61.1	87.5	80.0
Atropina solución inyectable 1mg/ml ampollitas de 1ml	27.1	17.6	50.0	25.0
Antiácidos				
Aluminio y magnesio suspensión oral	86.5	84.2	87.5	85.0
Ranitidina tab 150mg	51.9	26.3	87.5	55.0
Omeprazol tab 20mg	30.8	21.1	50.0	15.0
Antibióticos				
Trimetoprima y sulfametoxazol tab 80/400mg	82.7	89.5	75.0	75.0
Trimetoprima y sulfametoxazol susp oral 40/200 mg / 5ml	86.5	73.7	100	90.0
Bencilpenicilina procainica con bencilpenicilina cristalina inyectable 300000 / 100000 UI	65.4	68.4	62.5	60.0
Bencilpenicilina procainica con bencilpenicilina cristalina inyectable 600000 / 200000 UI	56.9	63.2	50.0	52.6
Bencilpenicilina benzatínica compuesta inyectable 1200000 UI	82.4	73.7	75.0	90.0
Dicloxacilina cap 500mg	63.5	78.9	87.5	30.0
Dicloxacilina suspensión oral 250mg/5ml	84.3	94.7	87.5	78.9
Ampicilina tab 500mg	67.3	84.2	62.5	55.0
Ampicilina suspensión oral 250mg/5ml	45.1	36.8	37.5	52.6
Eritromicina tab 500mg	84.6	94.7	75.0	75.0
Eritromicina base suspensión oral 250mg/5ml	69.2	57.9	100	70.0
Amoxicilina suspensión oral 500mg/5ml	30.8	26.3	62.5	25.0
Amoxicilina cap 500mg	61.5	78.9	50.0	40.0
Cefalexina tab 500mg	32.7	15.8	75.0	30.0
Ciprofloxacino tab 250mg	23.1	21.1	25.0	20.0

Continúa...

Continuación...

Antibióticos oftálmicos				
Cloranfenicol solución oftálmica 5mg/ml	47.1	78.9	50.0	5.0
Cloranfenicol ungüento oftálmico 5mg/g	41.2	22.2	75.0	35.0
Neomicina polimixina B y gramicidina Neo 1.75, poli 5 mil UI y gra 25ug / ml	59.6	57.9	50.0	65.0
Timolol solución oftálmica, 5mg/ml	0.0	0.0	0.0	0.0
Pilocarpina, solución oftálmica, 20mg/ml o 40mg/ml	0.0	0.0	0.0	0.0
Anticonceptivos				
Levonorgestrel y etinilestradiol grageas L 0.15mg y E 0.03mg	81.6	70.6	87.5	84.2
Desogestrel y etinilestradiol tab L 0.15mg y E 0.03mg	26.1	28.6	25.0	21.1
Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol inyectable M 25mg t C 5mg	37.5	56.3	25.0	31.6
Enantato de noretisterona y valerianato de estradiol inyectable N 50mg y V 5mg	61.2	64.7	75.0	52.6
Condomes masculinos	85.7	76.5	100	84.2
DIU T de cobre	92.0	94.1	87.5	90.0
DIU Mirena	78.0	70.6	87.5	75.0
Antiespasmódicos				
Butilhioscina grageas 10mg	36.5	31.6	37.5	35.0
Butilhioscina inyectable 20mg/ml	67.3	52.6	100	70.0
Antihelmínticos				
Albendazol tab 200mg	40.4	36.8	50.0	40.0
Albendazol suspensión oral 20mg/ml	48.1	42.1	62.5	45.0
Antihipertensivos-Diuréticos				
Propranolol tab 40mg	78.8	73.7	75.0	85.0
Captopril tab 25mg	67.3	52.6	87.5	75.0
Nifedipino cápsulas gelatina blanda 10mg	69.2	57.9	87.5	65.0
Metroprolol tab 100mg	73.1	68.4	100.0	70.0
Hidroclorotiazida tab 25mg	64.7	47.4	62.5	84.2
Hidralazina tab 10mg	76.9	73.7	87.5	70.0
Clortalidona tab 50mg	76.9	52.6	100	90.0
Enalapril tab 10mg	44.2	31.6	50.0	50.0
Lisinopril tab 10mg	3.8	0.0	0.0	10.0
Telmisartan tab 40mg	0.0	0.0	0.0	0.0
Losartan tab 50mg	1.9	0.0	0.0	0.0
Irbesartan tab 150 ó 300mg	1.9	0.0	0.0	5.0
Pravastatina tab 10mg	47.1	33.3	50.0	65.0
Simvastatina tab 20mg	6.4	5.9	12.5	0.0
Acido acetil salicilico tab 300mg	44.2	47.4	25.0	45.0
Furosemida tab 40mg	40.4	47.4	37.5	30.0
Furosemida solución inyectable 20mg/2ml	64.7	68.4	50.0	57.9
Espironolactona tab 25 mg	60.8	63.2	57.1	55.0
Antihistamínicos				
Clorfenamina (Clorfeniramina) tab 4mg	57.7	63.2	37.5	50.0
Clorfenamina (Clorfeniramina) jarabe 0.5mg/ml	44.2	63.2	62.5	15.0
Antiparasitarios				
Metronidazol tab 500mg	71.2	68.4	62.5	70.0
Metronidazol suspensión oral 250mg/5ml	63.5	57.9	75.0	60.0

Continúa...

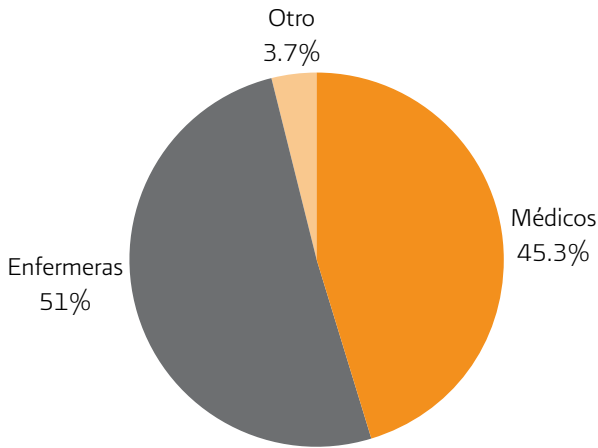
Continuación...

Antitusivos				
Ambroxol solución oral 300mg/100ml	29.4	33.3	37.5	20.0
Broncodilatadores				
Salbutamol suspensión aero 20mg	44.2	21.1	75.0	55.0
Salbutamol jarabe 2mg/5ml	62.7	55.6	62.5	60.0
Beclometasona suspensión en aerosol 10mg/inhaler	11.8	5.6	12.5	15.0
Ginecológicos				
Metronidazol óvulos o tab vaginales 500mg	37.3	42.1	75.0	10.5
Nistatina óvulos o tab vaginales 100.000UI	50.0	78.9	50.0	10.0
Hipoglucemiantes				
Glibenclamida tab 5mg	94.2	94.7	100	90.0
Metformina tab 850mg	88.5	89.5	100	85.0
Insulina humana de acción intermedia NPH inyectable 100UI/MI	82.7	84.2	100	75.0
Insulina humana acción rápida regular solución inyectable de 100UI frasco de 10ml	17.3	10.5	37.5	20.0
Insulina glargina solución inyectable 10ml (100UI/ml)	9.6	10.5	12.5	0.0
Soluciones electrolíticas				
Glucosa 5%	69.2	73.7	75.0	60.0
Cloruro de sodio 0.9%	56.9	63.2	42.9	55.0
Sol Hartman (sodio 1500mg)	71.2	57.9	87.5	75.0
Electrolitos orales	76.5	66.7	87.5	75.0

Cuadro 2.3. Disponibilidad de insumos básicos en las unidades de atención ambulatoria de los SESA de Morelos, 2010

Insumos	Estatal	Jurisdicción 1	Jurisdicción 2	Jurisdicción 3
Abatelenguas	98.0	94.7	100	100
Algodón	94.1	89.5	100	94.7
Benzal	90.0	94.7	87.5	83.3
Cubrebocas	96.1	89.5	100	100
Gasas	100	100	100	100
Guantes desechables	96.1	94.7	100	94.7
Isodine	100.0	100	100	100
Jabón líquido	96.1	100	100	89.5
Jabón para lavar manos	84.3	73.7	100	84.2
Jalea lubricante	88.2	78.9	100	89.5
Lancetas para glucómetro	98.0	94.7	100	100
Punzocat	96.0	94.7	100	94.4
Suturas	96.1	94.7	87.5	100
Tela adhesiva	88.2	84.2	87.5	89.5
Tiras reactivas para glucosa	90.2	94.7	87.5	84.2
Tiras reactivas para orina (bili labstix)	88.0	88.9	100	84.2
Vasos recolectores para baciloscopia	92.2	100	100	84.2
Vendas elásticas	86.0	84.2	87.5	83.3
Venaset	72.5	63.2	75	73.7

Figura 2.5. Personal en contacto con el paciente en los SESA, Morelos 2009



Médicos

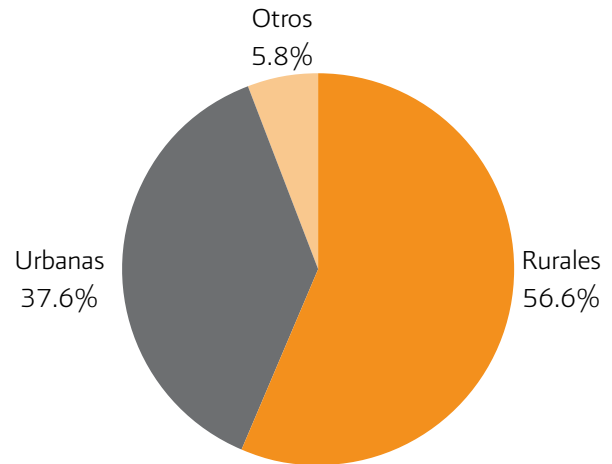
En Morelos hay 0.6 médicos por 1000 habitantes sin seguridad social, una razón muy baja y mucho menor que la razón para la población nacional en su conjunto, que es de 1.85.

La distribución de médico por municipio es bastante heterogénea. En Cuernavaca las UAA de los SESA cuentan con 90 médicos, mientras que en Zacatepec sólo se cuenta con cinco médicos. Jonacatepec es el municipio que presenta el más

alto número de médicos en contacto por 1000 habitantes sin seguridad social y Zacatepec el municipio con la menor razón (Figura 2.6).

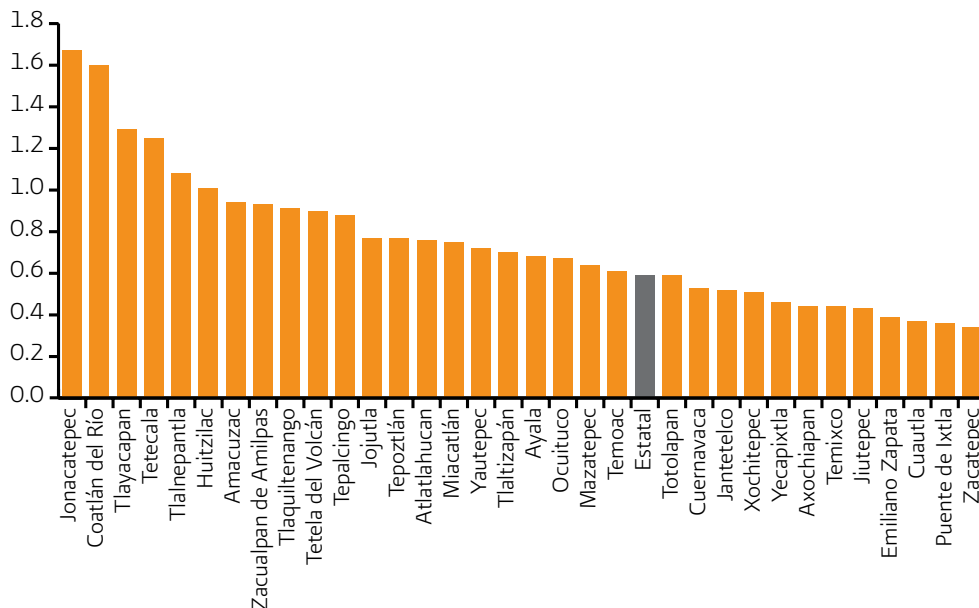
Los médicos que trabajan en las UAA de los SESA de Morelos están concentrados en su mayoría (56.6%) en las unidades rurales y en menor grado en las unidades urbanas (37.6%) (Figura 2.7).

Figura 2.7. Distribución de médicos en contacto con el paciente por tipo de unidad de atención ambulatoria, Morelos 2009



Otros: UNEME (1.3%), clínica de especialidades (1.7%), unidades móviles (2.8%)

Figura 2.6. Médicos en contacto con el paciente en unidades de atención ambulatoria de los SESA por 1,000 habitantes sin seguridad social por municipio, Morelos 2009



Enfermeras

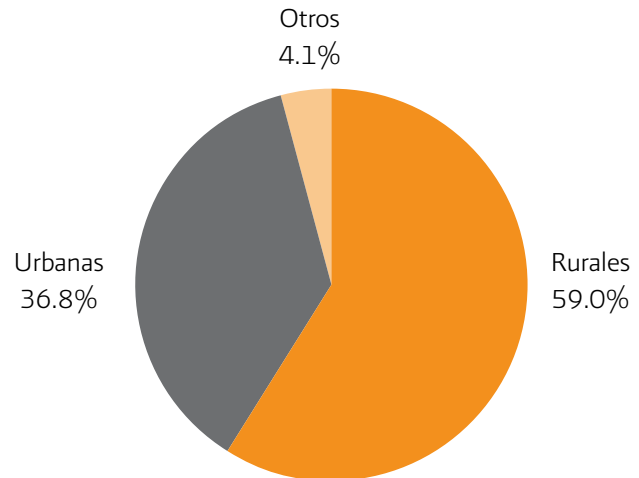
En Morelos se tienen registradas 679 enfermeras en contacto con el paciente en las UAA de los SESA, lo que representa 2.2% del total de las enfermeras del país. Esto equivale en promedio a tres enfermeras por cada unidad y a 0.7 por 1000 habitantes sin seguridad social, una razón mucho más baja que la correspondiente a la población nacional, que es de 2.2. Cuernavaca es el municipio con el mayor número de enfermeras trabajando en las UAA de los SESA (78). Tlalnepantla y Totolapan solo cuentan con cuatro. Coatlán del Río es el municipio que cuenta con el mayor número de enfermeras por 1000 habitantes sin seguridad social. Jiutepec es el municipio que presenta la razón más baja (Figura 2.8).

La mayor proporción de las enfermeras que trabajan en UAA está concentrada en las unidades rurales (59.0%) (Figura 2.9).

Pasantes de medicina

En 2009 había en el estado de Morelos 182 pasantes de medicina trabajando en las UAA de los SESA, que equivalen a 30.2% del

Figura 2.9. Enfermeras en contacto con el paciente en unidades de atención ambulatoria de los SESA por tipo de unidad, Morelos 2009



Otros: UNEME (1.03%), clínica de especialidades (1.62%), unidades móviles (1.47%)

Figura 2.8. Enfermeras en contacto con el paciente en unidades de atención ambulatoria de los SESA por 1,000 habitantes sin seguridad social por municipio, Morelos 2009

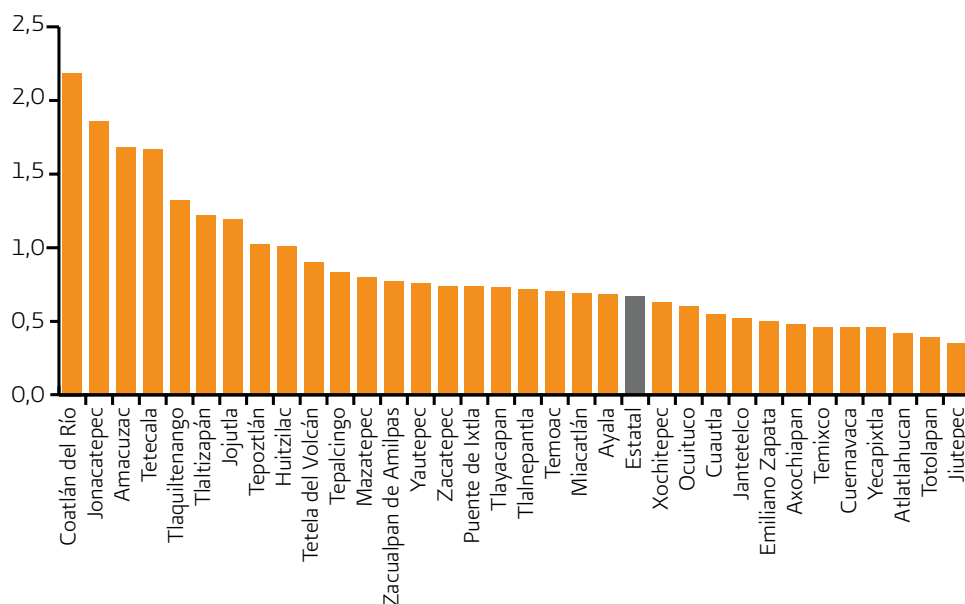


Figura 2.10. Pasantes como porcentaje del total de médicos en contacto con el paciente en las unidades de atención ambulatoria de los SESA por municipio, Morelos 2009

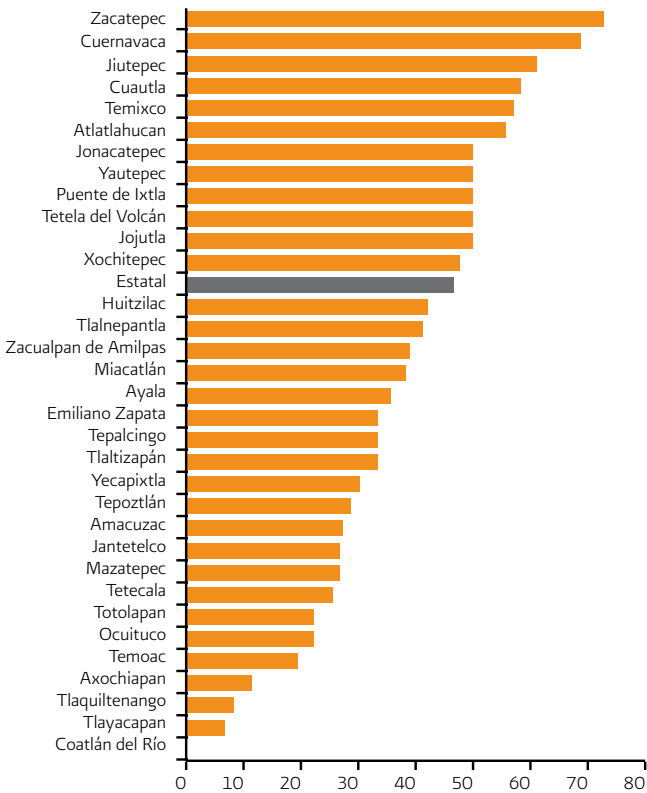


Figura 2.12. Porcentaje de unidades de atención ambulatoria de los SESA acreditadas por municipio, Morelos 2009

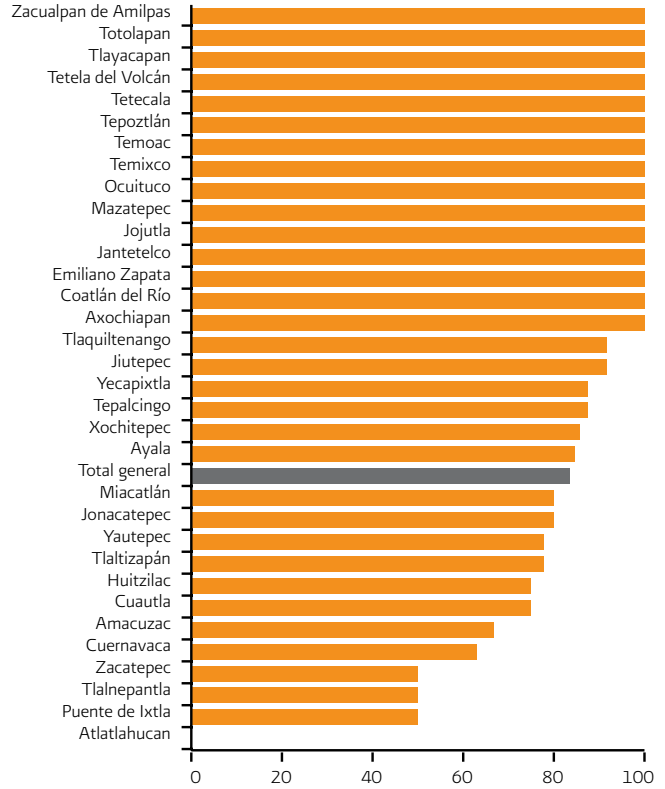
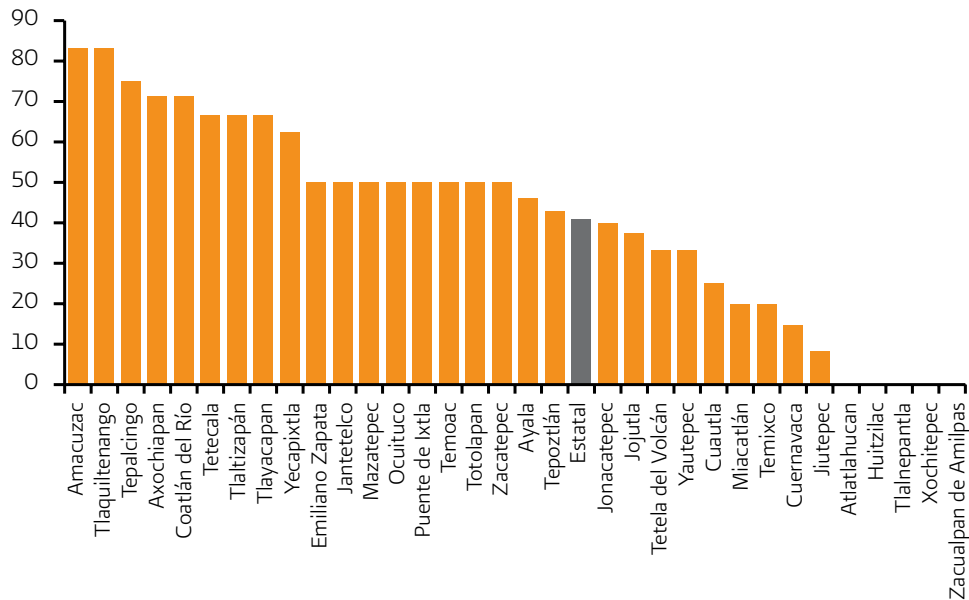


Figura 2.11. Porcentaje de unidades de atención ambulatoria de los SESA operadas exclusivamente por pasantes de medicina por municipio, Morelos 2009



total de médicos en contacto con el paciente en el estado. En la figura 2.10 se muestra a los pasantes como porcentaje del total de médicos en contacto con el paciente por municipio. Como se puede observar, en más de nueve municipios más del 60% de los médicos que trabajan en las UAA de los SESA son pasantes.

La gran mayoría de los pasantes (166) se concentra en las unidades rurales. Sólo 15 trabajan en unidades urbanas de atención ambulatoria.

Poco más de 40% de las UAA de los SESA de Morelos están operadas exclusivamente por pasantes. En la figura 2.11 se muestra la distribución de UAA operadas exclusivamente por pasantes

por municipio. Como puede observarse, hay nueve municipios en donde más del 60% de las UAA ambulatoria están operadas exclusivamente por este tipo de personal.

Accreditación

En Morelos, al cierre de 2009, se habían acreditado 188 unidades, que representan 83.5% del total. Cerca de la mitad de los municipios habían acreditado el total de sus unidades y sólo cuatro habían acreditado 50% o menos (Figura 2.12). En el municipio de Atlatlahuacán no se registraron unidades acreditadas.

III.

Propuestas de fortalecimiento de la infraestructura física de las UAA de los SESA*



Más que ampliar el número de UAA en los SESA, es necesario fortalecerlas mejorando los espacios tanto clínicos como residenciales y el acceso regular a servicios básicos, ampliando la infraestructura de comunicación e institucionalizando las tareas de mantenimiento.

La atención a la salud debe prestarse en unidades bien diseñadas, bien construidas y con acceso regular a servicios básicos (agua, drenaje, luz y servicios de comunicación). Estos componentes constituyen lo que en la literatura reciente sobre calidad de la atención se ha dado en llamar “comodidades básicas”.

El número de UAA de los SESA se ha ampliado considerablemente en los últimos años. En el momento actual se cuenta con más de 13 mil unidades de este tipo. También ha habido un esfuerzo importante por dignificar y remodelar las unidades ya existentes. El objetivo de estos esfuerzos ha sido ampliar la cobertura de atención y mejorar la oferta de servicios.

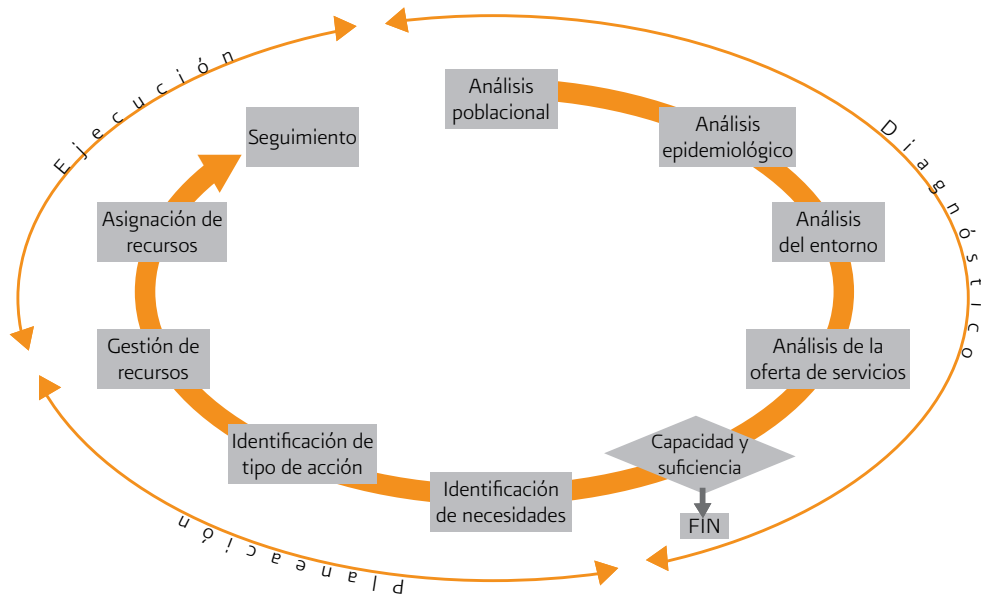
Gracias al Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud de la SESA, el proceso de fortalecimiento de dicha infraestructura se ha racionalizado, de tal forma que para poder acceder a los recursos para la remodelación, ampliación y/o construcción de unidades de atención a la salud es necesario pasar por las etapas que se describen en la figura 3.1 y que incluyen un análisis de la población y sus características epidemiológicas, un análisis de la oferta local de servicios de salud, un análisis del entorno geográfico en donde se piensa fortalecer la infraestructura física, un análisis de costo-

beneficio y un plan de seguimiento de las acciones. Este proceso, desde el punto de vista formal, contempla la expedición de un certificado de necesidad de infraestructura, que es responsabilidad de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, y un certificado de factibilidad de obra, que es responsabilidad de la Dirección General de Infraestructura Física.

El objetivo de este capítulo es presentar propuestas para fortalecer la infraestructura física de las UAA de los SESA. Incluye propuestas tanto para el nivel federal como para el nivel estatal. Cabe señalar que las evidencias generadas por este informe nos permiten concluir que más que ampliar el número de UAA en los SESA, es necesario fortalecerlas, mejorando los espacios tanto clínicos como residenciales, garantizando el acceso regular a servicios básicos, ampliando la infraestructura de comunicación, e institucionalizando las tareas de conservación y mantenimiento.

La información para este capítulo procede de una revisión de la literatura existente sobre el tema de la infraestructura en salud y fuentes de datos secundarios como el SINERHIAS y el Consejo Nacional de Población (CONAPO). También se utilizó la información de la Encuesta de Evaluación de las Clínicas de Oportunidades en Zonas Rurales 2007, el Anuario Estadístico 2009 de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, la Encuesta Electrónica a Directores

* El autor de este capítulo es Edson E. Serván Mori.

Figura 3.1 Etapas para el fortalecimiento de la infraestructura física de los Servicios Estatales de Salud, México

de Servicios de los SESA y una encuesta que se aplicó, en 2010, en 62 UAA de los SESA de Morelos.

Antecedentes

Han habido en México diversos esfuerzos por ampliar y mejorar la infraestructura física de las unidades de salud de las instituciones públicas. En 1943 surge la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que construye su primer centro hospitalario en 1945.

En 1952 se creó la Comisión Nacional de Hospitales, que elaboró el Censo Nacional de Infraestructura Médica disponible a partir del cual se pudo contar con información fidedigna para ubicar el radio de acción y la capacidad de cada una de las unidades médicas y fue posible sustentar técnicamente programas de operación de unidades "tipo" con base en proyectos arquitectónicos acordes a las necesidades y condiciones demográficas de cada región, estableciéndose instituciones especializadas para grupos vulnerables y de alto riesgo. De hecho, entre 1958 y 1964 se amplió considerablemente la infraestructura en salud del IMSS, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y el Departamento del Distrito Federal. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que se crea en 1960, nace acompañado de un plan muy ambicioso de construcción de unidades. En 1964 ya contaba con 33 hospitales y 68 clínicas.

A finales de los años ochenta se produjo una nueva ampliación de la infraestructura pública en salud, sobre todo en las zonas rura-

les. A través del Programa IMSS-Coplamar, que años más tarde se rebautizó como Programa IMSS-Oportunidades, se construyeron, con recursos del boom petrolero, 3,025 centros de salud y 60 hospitales rurales. Por su parte, el Programa de Atención Médica para las Zonas Deprimidas de las Grandes Urbes, que surge en esta misma década, construyó 260 centros de salud en las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey y León.

En 1995 se retomaron, como parte del proceso de conclusión de la descentralización de los servicios de salud para población abierta o no asegurada, los Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para Población Abierta (PEMISPA). Estos planes se constituyeron en instrumentos rectores de los procesos de planeación, programación, presupuestación, ejecución y evaluación de las acciones de obra, conservación y equipamiento de la infraestructura física de la SSa. A partir de estos planes se conformó el Programa Integral de Infraestructura Física en Salud para Población Abierta 1996-2000.

La APS tuvo un nuevo impulso con la creación, en los años noventa, del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, el Programa de Ampliación de Cobertura y el Programa de Educación, Salud y Alimentación, hoy denominado Oportunidades.

En 2003 el Congreso aprobó diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al SPSS y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud. Estas reformas permitieron incrementar considerablemente los recursos para la población sin seguridad social, lo que se vio reflejado en la infraestructura física de los

SESA. Entre 2001 y 2006 la Ssa construyó 751 unidades de consulta externa y 104 hospitales. Esta obra se construyó en el marco de un esfuerzo por racionalizar la remodelación y ampliación de la infraestructura física de los SESA, que se concretó en el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud.

La preocupación por ampliar la infraestructura para la salud persistió en esta administración. A la fecha, el gobierno del Presidente Calderón ha remodelado, ampliado o construido 1800 unidades de salud.

No obstante las numerosas iniciativas para ampliar la infraestructura en salud, mejorar la ya existente e incrementar el acceso a los servicios de salud, persisten serias deficiencias en la disponibilidad y acceso a la infraestructura necesaria para cubrir las necesidades de la población.

Propuestas para el Fortalecimiento de la Infraestructura Física de las Unidades de Atención Ambulatoria de los SESA

La Ssa cuenta con cuatro tipos básicos de UAA: las casas de salud (CAS), los centros de salud (CES), los CES con servicios ampliados (CESSA) y las unidades de especialidades médicas (UNEMES). Estas unidades, en condiciones ideales, forman parte de una red de servicios, y sus unidades naturales de referencia son los hospitales de la comunidad y los hospitales generales, aunque las UNEMES también funcionan como unidades de referencia de las CAS, los CES y los CESSA. En este informe se hace referencia sobre todo a las CAS, los CES y los CESSA.

Las CAS son unidades que se ubican en comunidades rurales dispersas de 500 a 1000 habitantes. Típicamente están a cargo de un promotor de salud de la propia comunidad y son las sedes de las brigadas móviles que visitan la comunidad periódicamente. Sus funciones son sobre todo de censo, vigilancia prenatal, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, apoyo a programas nacionales de nutrición y salud (Oportunidades, vacunación, planificación familiar), primeros auxilios, y enlace con centros de salud y hospitales cercanos a través de telefonía o radio.

Los CES son unidades que atienden a poblaciones de 2500 a 3000 habitantes por núcleo básico (consultorio). Se ubican en zonas rurales o urbanas. Ofrecen atención clínica básica y servicios de salud a las comunidades (promoción de la salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos y diagnóstico temprano de enfermedades). Los CES pueden contar con servicio de estomatología. En términos de espacio pueden contar con dos, cinco o 12 consultorios, sala de curación y usos múltiples, laboratorio básico, equipo de ultrasonido, farmacia, almacén, sanitarios y

sistema de radio o telefonía, además de la residencia del médico/enfermera.

Los CESSA son unidades de atención primaria de alta capacidad resolutiva. Además de los servicios típicos de consulta externa de los CES, ofrecen servicios de estomatología, salud mental, atención obstétrica y nutrición, así como servicios de laboratorio clínico e imagenología. Cuando un CESSA se encuentra a menos de 30 minutos de un hospital con capacidad para atender urgencias obstétricas, suele atender partos. Estas unidades están diseñadas para ofrecer servicios en comunidades de hasta 30 mil habitantes.

En 2009 los SESA contaban con 13,317 UAA. La mayor parte eran CES rurales, y CES urbanos.

Uno de los principales problemas de las UAA, sobre todo en el área rural, es la accesibilidad geográfica. De acuerdo con datos de CONAPO, 35% de las localidades rurales de México se clasifican como "aisladas" y un alto porcentaje se encuentra a más de 60 minutos del CES más cercano.

Estas unidades, además, suelen tener problemas de comunicación. Los datos de la encuesta aplicada a las áreas de planeación de los SESA de las 32 entidades federativas en 2010 indican que un número importante de UAA no cuenta con radio ni teléfono, mucho menos con acceso a Internet. En Campeche y Tabasco sólo 4 y 3% de las UAA, respectivamente, cuentan con teléfono. En Coahuila ninguna UAA cuenta con este servicio. En Guanajuato, Jalisco y Nuevo León, 93.6%, 84.7% y 100% de las UAA, respectivamente, carecen de conexión a Internet. Se trata de estados que no solo cuentan con recursos sino que tienen pocos problemas de acceso a las señales de las antenas requeridas para disponer de este tipo de servicio.

Cabe destacar que de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, en 2008, México ocupó el último lugar en penetración de banda ancha entre los países de esta organización, con sólo 5% de penetración y una velocidad de 1,024 kbits/s, velocidad quince veces menor a la velocidad promedio de los países de este grupo. Con respecto a América Latina, dicho porcentaje de penetración es menor al registrado por Chile (10%) y Brasil (9%). Entre los limitantes para el acceso a Internet destacan los altos costos de acceso y la disponibilidad de infraestructura. Sin embargo, proveer de este servicio a los CES más aislados representaría, en promedio, sólo 6.9% de los recursos financieros transferidos vía Seguro Popular a los estados (Cuadro 3.1).

En zonas rurales que no tienen acceso a energía eléctrica, el uso de energías renovables para cubrir servicios de comunicación son ya una realidad, como lo demuestra el proyecto EUROSOLAR, iniciativa pionera a nivel mundial de la Oficina de

Cooperación de la Comisión Europea (EuropeAid), cuyo objetivo es promover las energías renovables como motor de desarrollo humano en los ocho países más desfavorecidos de América Latina (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú)

Por lo que se refiere al acceso a servicios básicos, la encuesta a CES rurales que ofrecen servicios al programa Oportunidades

muestra que 30.4% de estas unidades no cuentan con abastecimiento de agua entubada y 43.1% tienen excusados conectados a alguna fosa séptica o letrina. Aunque sólo 2% de estos CES rurales no poseen servicio de luz eléctrica, la frecuencia en que se presenta la falta de este servicio llega ser alta (Cuadro 3.2)

Por lo que toca a las condiciones de la infraestructura, destaca el hecho de que sólo 70% de estos CES tienen pisos y paredes

Cuadro 3.1. Costo (en millones de pesos) de la implantación de Internet en las UAA de los SESA, México 2010

Entidad	Recursos transferidos a los estados vía Seguro Popular (a)	Número de centros de salud sin Internet (b)	Costo en relación con los recursos transferidos (%) (c)
Aguascalientes	226,622,416	---	---
Baja California	669,398,628	---	---
Baja California Sur	76,882,388	60	12.2
Campeche	212,673,730	143	10.5
Chiapas	2,684,402,508	328	1.9
Chihuahua	679,434,254	---	---
Coahuila	345,482,249	52	2.3
Colima	145,599,836	50	5.3
Distrito Federal	1,745,433,333	---	---
Durango	253,456,494	221	13.6
Guanajuato	3,079,086,479	557	2.8
Guerrero	1,514,894,703	---	---
Hidalgo	753,661,149	457	9.4
Jalisco	1,956,282,682	672	5.3
Estado de México	5,010,618,985	---	---
Michoacán	1,582,825,791	403	4
Morelos	733,996,661	158	3.4
Nayarit	267,894,699	248	14.4
Nuevo León	686,378,199	465	10.6
Oaxaca	1,923,451,301	---	---
Puebla	2,470,759,410	---	---
Querétaro	364,340,773	238	10.2
Quintana Roo	237,031,339	---	---
San Luis Potosí	957,945,339	311	5.1
Sinaloa	499,639,719	267	8.3
Sonora	400,521,506	206	8
Tabasco	1,321,561,596	235	2.8
Tamaulipas	868,407,868	---	---
Tlaxcala	663,351,457	---	---
Veracruz	3,133,343,599	757	3.8
Yucatán	457,208,825	---	---
Zacatecas	361,629,423	131	5.6

(a) Montos al cierre de 2010

(b) Número obtenido a partir de la encuesta realizada a los Directores de Servicios de los SESA

(c) El costo de referencia procede del proyecto EUROSOLAR aplicado a 91 comunidades rurales con escasez de servicios públicos de Ecuador

Cuadro 3.2. Condiciones de la infraestructura física en centros de salud rurales de los SESA que ofrecen servicios al programa Oportunidades, México 2007

Servicio	% de CES que cuentan con el servicio
Fuente de abastecimiento de agua	
Entubada	70
No entubada	30
Tipo de servicio sanitario disponible	
Excusado conectado al sistema de drenaje	57
Excusado conectado a fosa séptica y/o letrina	43
Frecuencia de interrupción del servicio de luz	
Algunas veces por semana	14
Algunas veces por mes	27
Algunas veces por año	35
Nunca o casi nunca	22
No sabe	2
Ambientes de atención disponibles	
Consultorio para la atención médica y exploración	98
Espacio de enfermería	72
Sala de espera	93
Sala o área para talleres de salud	33
Área para almacenamiento de medicamentos	73
Almacenamiento en red fría de medicamentos	34
Almacenamiento en red fría de vacunas	85
Sala de labor	45
Baño para personal	88
Baño para pacientes	81
Farmacia	64
Cuarto de curaciones	57
Sala de expulsión	54
Área de internamiento (camas)	62
Dormitorio para personal	72
Almacén para desechos biológicos	33
Sala de urgencias	17
Quirófano de cirugía menor	6
Laboratorio de análisis clínicos	7
Cuarto de inmunizaciones	40
Cuarto de limpieza	35
Limpieza de pisos	
Limpios	70
Regulares	25
Sucios	5
Limpieza de paredes	
Limpias	66
Regulares	30
Sucias	3

limpios, sólo 60% cuentan con farmacia y sólo 34% tienen la capacidad de almacenar medicamentos en red fría (Cuadro 3.2).

La encuesta electrónica a los Directores de Servicios de los SESA nos indica que hay además serios problemas de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura de los centros de salud.

Las siguientes propuestas, dirigidas a los tomadores de decisiones de los niveles federal y estatal, buscan fortalecer la infraestructura física de las UAA de los SESA.

Propuestas para el nivel federal

1. Construir un Inventario Nacional de UAA que identifique las condiciones de los accesos, señalizaciones y espacios (fachada, sala de espera, consultorios, sala de curaciones, baños) y la disponibilidad efectiva de servicios básicos (agua, drenaje/fosa séptica, energía eléctrica, teléfono/radio, Internet). Este inventario deberá actualizarse de manera sistemática en el primer mes de cada año y estar disponible en la página electrónica de los SESA.
2. En el marco del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, fortalecer el Plan Nacional de Ampliación y Mejoramiento Continuo de la Infraestructura Física de las UAA, contemplando tareas de construcción de obra nueva, ampliación y remodelación. Este plan debe tomar en consideración también las residencias del personal encargado de prestar la atención.
3. Con base en el artículo 77 de la Ley General de Salud, fortalecer el Plan Nacional de Mantenimiento de la Infraestructura Física de las UAA. Dicho plan debe de incluir recursos anuales etiquetados y un sistema de monitoreo.
4. Fortalecer la coordinación de las actividades relacionadas con infraestructura física y equipamiento que desarrollan el CENETEC (Certificado de Necesidad de Equipamiento), la DGPLADES (Certificado de Necesidad de Infraestructura) y la DGIF (Certificado de Factibilidad de Obra).
5. Generalizar el conocimiento y garantizar la aplicación de los documentos normativos que rigen la remodelación, ampliación y construcción de infraestructura física en salud.

Propuestas para el nivel estatal

1. Crear un Inventario Estatal de Infraestructura Física con un módulo de UAA que identifique las condiciones de los accesos, señalizaciones y espacios, y la disponibilidad efectiva de servicios básicos (agua, drenaje, energía eléctrica, teléfono/radio, Internet). Este inventario deberá actualizarse de manera

sistemática en el primer mes de cada año y estar disponible en la página electrónica de los SESA.

2. Crear un Plan Estatal de Ampliación y Mejoramiento Continuo de la Infraestructura Física que cuente con un módulo dedicado a las UAA y que contemple también la residencia del personal médico y de enfermería.
3. Crear un Programa Estatal de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de la Infraestructura Física que cuente con un módulo dedicado a las UAA. Este plan debe contar con recursos etiquetados y un sistema de monitoreo mensual coordinado por la oficina del secretario estatal de salud.
4. Fortalecer los servicios de comunicación de las UAA de tal manera que para finales de 2012 todas estas unidades cuentan con servicio de radio o teléfono y con servicios de Internet, que incidirán en la prestación de servicios, en la generación y envío de información, en la seguridad del personal de salud e incluso en las condiciones generales de vida de los médicos y enfermeras, sobre todo en los CES rurales.
5. Mejorar la capacidad local de gestión de recursos para el fortalecimiento de la infraestructura física en salud, incluyendo las UAA. Esto implica conocer a fondo, entre otras cosas, los aspectos normativos de la remodelación, ampliación y construcción de obra; llevar a cabo estudios sólidos de necesidades de salud y oferta de servicios, y conocer los objetivos y metas y de los programas federales relacionados con infraestructura física. En particular, es fundamental estar en condiciones de aprovechar lo establecido en el Artículo 77 de la Ley General de Salud que contempla destinar 3% de la Cuota Social, la Aportación Solidaria Federal y la Aportación Solidaria Estatal (Fondo de Previsión Presupuestal) del SPS para la remodelación, ampliación y construcción de obra.

Bibliografía

1. Consejo Nacional de Población 2000. Distribución territorial de la población en localidades 2005. Disponible en www.conapo.gob.mx. Consultado el 7 de enero de 2011.
2. Franco-Díaz E. Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para la Población Abierta. En: de la Fuente JR, Juan M, compiladores. La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1998:177-212.
3. Frenk J, Gómez Dantés O. Para entender el sistema de salud de México. México, D.F. Ediciones NOSTRA, 2008.
4. Gutiérrez JP, Bautista S, Gertler P, Hernández-Ávila M, Bertozzi SM. Impacto de Oportunidades en la morbilidad, estado de salud y utilización de los servicios de salud de la población beneficiaria en zonas urbanas. En: Hernández-Ávila M, Hernández-Prado B, Urquieta-Salomón JE, editors. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2006. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2006.
5. Hernández-Ávila JE, Santos-Luna R, Palacio-Mejía LS, Salgado-Salgado AL, Ríos-Salgado VH, Rodríguez-López MH, Sepúlveda-Amor J. Modelo geo-espacial automatizado para la regionalización operativa en planeación de redes de servicios de salud. *Salud Publica Mex* 2010;52:432-446.
6. Narro J. Normatividad para la construcción de unidades de primer nivel. En: de la Fuente JR, López Bárcenas J, compiladores. Federalismo y salud en México. Primeros alcances de la reforma de 1995. México, D.F.: UNAM, Editorial Diana, 2001:87-91.
7. Secretaría de Comunicaciones y Transporte. Anuario Estadístico 2009. México, D.F.: SCyT, 2010.
8. Secretaría de Desarrollo Social. Evaluación de las Clínicas de Oportunidades en zonas rurales 2007. Disponible en www.sedesol.gob.mx. Consultado el 7 de enero de 2011.
9. Secretaría de Salud. Planeación de unidades médica. Modelo Integrador de Atención a la Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.
10. Secretaría de Salud. Modelos de unidades médicas. Modelo Integrador de Atención a la Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006.
11. Secretaría de Salud. Guía de evaluación de proyectos de infraestructura. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2008.
12. Secretaría de Salud. Fortalecimiento de las redes de servicios de salud en municipios de menor IDH. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2008.
13. Secretaría de Salud. Plan Maestro Sectorial de Recursos para la Atención de la Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2009.
14. Organización Panamericana de la Salud. Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS, 1999.
15. World Health Organization. Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care – a process of change. Ginebra: WHO, 2000.

IV. Propuestas de fortalecimiento del equipamiento de las UAA de los SESA*



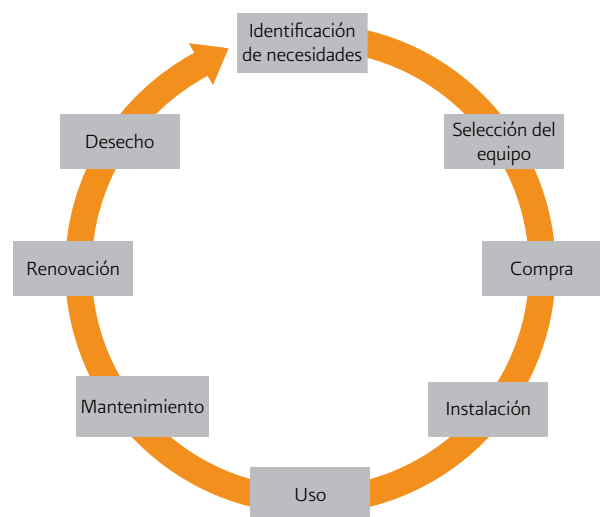
Las UAA de las SESA cuentan con un equipamiento aceptable. Es necesario, sin embargo, es necesario fortalecer sobre todo las tareas de mantenimiento preventivo y correctivo que en ellas se desarrollan, e incorporar a la planilla de los servicios estatales a ingenieros biomédicos.

La Ley General de Salud define el equipo médico como los aparatos, accesorios e instrumental destinados a la atención médica y quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos utilizados en actividades de investigación biomédica. Este equipo es indispensable para la adecuada operación de las unidades de atención a la salud. En general se habla de equipo de alta, media y baja complejidad tecnológica. Las UAA hacen uso sobre todo de equipo de baja complejidad tecnológica, como esfigmomanómetros, estetoscopios y autoclaves.

En condiciones ideales, el equipo médico pasa por el llamado ciclo de gestión (Figura 4.1.), que inicia con la identificación de las necesidades tecnológicas, que a su vez responde al perfil epidemiológico de la población que se va atender. De allí se pasa a la selección del equipo médico más conveniente y su compra, que debe considerar la disponibilidad de insumos de operación, refacciones y servicios de mantenimiento. Una vez comprado el equipo, el personal médico y de enfermería hace uso de él y se somete a rutinas de mantenimiento preventivo y correctivo. Alcanzada su vida útil, el equipo se desecha, siguiendo criterios de seguridad, y, finalmente, se renueva.

En este capítulo se presentan propuestas para fortalecer el ciclo de gestión del equipo médico de las UAA de los SESA. Algunas de las propuestas son de carácter general y afectan tanto al equipo

Figura 4.1. Ciclo de gestión del equipo médico



* La autora de este capítulo es Adriana Becerril Alquicira.

de baja como de alta complejidad tecnológica. Otras propuestas están dirigidas específicamente a mejorar el ciclo de gestión del equipo en las unidades ambulatorias.

La información que se utilizó para generar estas propuestas procede de artículos científicos y documentos oficiales, visitas a diversas UAA de entidades federativas, encuestas en UAA de la Secretaría de Salud de Morelos, entrevistas con actores clave de los niveles federal y estatal de la SSA, y entrevistas con expertos académicos en el tema de tecnologías sanitarias.

La revisión de la literatura sobre el tema estuvo dirigida sobre todo a identificar sitios en Internet, artículos, capítulos de libros, libros y documentos oficiales que dieran cuenta de la evolución de la preocupación por el equipamiento clínico en las UAA de los SESA. Tres fuentes fueron particularmente útiles: i) el Sub-sistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud de la Secretaría de Salud (SINERHIAS), ii) el Plan Maestro de Equipamiento 2006 y iii) la NOM-005-SSA3-2010, que establece los requerimientos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

Esta información se complementó con visitas a UAA de diversas entidades federativas y con información recolectada a través de una encuesta con un módulo de equipamiento médico que se realizó en 62 UAA de la Secretaría de Salud de Morelos.

Finalmente, se hicieron entrevistas a actores clave del nivel federal, funcionarios del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC) y de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, así como a funcionarios de nivel estatal, en particular aquellos dedicados a la gestión del equipo clínico de las UAA.

Antecedentes

Desde mediados de los años ochenta surgió en México un interés por mejorar la gestión del equipo médico en nuestras instituciones públicas. Un punto culminante de ese interés fue la creación, a mediados de los años ochenta del siglo pasado, de las listas de insumos esenciales de la SSA, que incluían equipo médico tanto de unidades hospitalarias como ambulatorias. A principios de los años noventa, la Fundación Mexicana para la Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública, la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad de Wisconsin organizaron un "Seminario sobre el Uso Racional de Tecnologías Médicas." La principal conclusión de dicho seminario fue que había una urgente necesidad de diseñar estrategias para promover la adopción y diseminación racional de tecnologías sanitarias en México y construir un inventario de tecnologías para la salud. A mediados de la década

se organizaron diversos foros para discutir el posible impacto del Tratado de Libre Comercio en la salud y los servicios de salud en México, incluyendo la oferta de equipo médico.

Esa misma década se creó, dentro de la SSA, el Centro de Desarrollo y Aplicaciones Tecnológicas (CEDAT), que tenía por objetivo establecer programas de mantenimiento, normatividad, capacitación y desarrollo de tecnologías sanitarias apropiadas para las necesidades del país. Utilizando las instalaciones de los Institutos Nacionales de Salud, el CEDAT apoyaba a los estados impartiendo cursos y talleres de capacitación para técnicos en mantenimiento preventivo y correctivo de equipo médico, además de difundir manuales de mantenimiento de los equipos médicos de uso más común.

Otro evento de gran trascendencia en materia de equipo médico de las UAA fue la publicación en el Diario Oficial de la Federación, en septiembre de 1991, de la Norma Oficial Mexicana 178-SSA1-1998, que establece los requerimientos mínimos de infraestructura y equipamiento de los establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

En enero de 2004 se creó el CENETEC, una agencia especializada de la SSA que tiene como misión "contribuir a satisfacer las necesidades de gestión y evaluación de tecnologías sanitarias, mediante la asesoría, la coordinación de esfuerzos sectoriales, la generación, integración y divulgación de información, con el fin de sustentar la toma de decisiones en los servicios de salud."

Uno de las primeras medidas del CENETEC fue la elaboración del Plan Maestro de Equipamiento, que se publicó en 2006 y que incluye, entre otros, lineamientos para el equipamiento de ambulancias, maletines para brigadas médicas y centros de salud. El CENETEC ha promovido entre las entidades federativas la creación de Centros Estatales de Ingeniería Biomédica con el propósito de racionalizar la compra y la gestión de tecnologías sanitarias.

Propuestas para el Fortalecimiento del Equipamiento de las Unidades de Atención Ambulatoria de los SESA

A pesar del creciente interés por la tecnología médica, la gestión del equipo médico en las UAA de los SESA presenta serios problemas, empezando por la información disponible. El área del SINAIIS encargada de este rubro, el SINERHIAS, cuenta con muy pocas variables en equipamiento y, a juicio de los usuarios de esta información, la calidad de los datos tiende a ser pobre.

Otro problema es la disponibilidad del equipo. Para evaluar este rubro, en las encuestas que se llevaron a cabo en 62 UAA

de los SESA de Morelos se recabó información para conocer el grado de cumplimiento de la NOM-005-SSA3-2010 en dichas unidades. Se evaluó en particular la disponibilidad de 12 equipos médicos. Sólo 5.77% de las unidades visitadas cumplen con la

Cuadro 4.1. Porcentaje de disponibilidad de 12 diferentes equipos en las unidades de atención ambulatoria de los SESA, Morelos 2010

Nivel de disponibilidad de equipo	% de UAA
Menos de 6 equipos	1.9
De 6 a 9 equipos	26.9
De 9 a 11 equipos	65.4
12 equipos	5.7

Cuadro 4.2. Disponibilidad de equipo médico en las unidades de atención ambulatoria de los SESA, Morelos 2010

Equipo	% de UAA que cuentan con el equipo
Báscula infantil	100
Báscula para adulto	100
Esfigmomanómetro	82.7
Estadímetro	94.2
Estetoscopio	98.1
Estetoscopio de Pinar	96.2
Infantómetro	90.4
Lámpara de exploración	88.5
Martillo de reflejos	38.5
Oftalmoscopio	76.9
Otosocopio	86.5
Termómetro	34.6

norma (Cuadro 4.1). Como puede observarse en el cuadro 4.2, las básculas fueron el único equipo que estuvo disponible en todas las unidades. Llama la atención la baja disponibilidad de oftalmoscopios, martillos de reflejos y termómetros.

A la falta de equipo hay que sumar los problemas de mantenimiento, que casi siempre suele ser tardío y correctivo. Además, el personal encargado del mantenimiento frecuentemente no cuenta con herramientas y equipo de calibración ni con instalaciones físicas adecuadas para llevar a cabo tareas de reparación. Es común también que las áreas de mantenimiento no dispongan de refacciones. El personal, además, no suele estar bien capacitado, lo que eventualmente obliga a la contratación de empresas privadas de mantenimiento.

En general los SESA no contemplan la contratación de ingenieros biomédicos, que son los profesionales de la salud que aplican principios y métodos de la ingeniería a la comprensión, definición y resolución de problemas técnicos y administrativos presentes en la medicina. En la mayoría de los estados son ingenieros civiles los encargados de la gestión de la tecnología médica. Esto tiene sus orígenes en el hecho de que en el siglo pasado, eran ingenieros civiles los encargados en los hospitales de los departamentos de conservación del inmobiliario y mantenimiento de la red eléctrica. Con el paso del tiempo, la adquisición de más y más compleja tecnología ha incrementado el conocimiento técnico indispensable para gestionar el equipo médico, dando lugar a una mayor dependencia de las empresas privadas de mantenimiento.

Al depender a ese grado de las empresas, se ha dejado de lado la compra de herramienta adecuada y la capacitación del personal propio, a pesar de que este personal podría hacerse cargo sin ningún problema de las tareas de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de las UAA. Baste con mencionar que 80.9% del equipo de las UAA de los SESA de Morelos es equipo de baja complejidad. Esto significa que su mantenimiento podría

Cuadro 4.3 Propuestas de variables para la conformación de un inventario estatal físico y funcional de equipo médico

Nombre de la unidad médica	Año de inicio de operación del equipo
Clave de la unidad (clave única de establecimientos, CLUE)	Nivel de complejidad tecnológica
Jurisdicción sanitaria a la que corresponde	Fecha del último mantenimiento preventivo
Servicio clínico	Fechas de reportes de fallas e incidentes de equipo médico
Nombre genérico del equipo	Iniciales de la persona que atendió el reporte
Marca	Fechas de solución de falla
Modelo	Breve descripción de falla o incidente (incluyendo insumos utilizados)
Número de inventario	Estatus actual (funcionando, no funcionando)
Número de serie	Especificar motivos de equipo no funcionando (en mantenimiento correctivo, obsolescencia, falta de insumos, falta de usuarios capacitados, infraestructura inadecuada)
Año de adquisición	

quedar en manos del personal técnico de las jurisdicciones. Esto obliga, sin embargo, a etiquetar recursos para estas actividades, que incluyen compra de insumos y herramientas, y capacitación del personal. Las actividades de mantenimiento, además, requieren de áreas adecuadas de trabajo y de la asignación de medio de transporte adecuado para recorridos de supervisión y traslado de equipo.

Por lo que se refiere a las últimas etapas del ciclo de gestión de equipo médico, que son la renovación y el desecho, actualmente en las UAA se observa con frecuencia que el equipo ha excedido su tiempo de vida útil y en pocos casos se utilizan lineamientos para su baja de inventario y desecho. El equipo falla constantemente y los tiempos para adquirir las refacciones suelen ser prolongados y el costo de éstas, muy alto. Todo esto impacta de manera negativa en la atención del paciente.

Estos problemas obligan al fortalecimiento de todos los procesos relacionados con el monitoreo, compra, uso, mantenimiento y desecho del equipo médico de las UAA.

Propuestas para el nivel federal

1. Revisar y actualizar las variables de equipo médico que se encuentran en el SINERHIAS.
2. Promover la actualización, difusión y aplicación de las normas, modelos y guías de equipamiento médico de las UAA.
3. Consolidar al Plan Maestro de Equipamiento como herramienta de planeación sectorial y actualizar el componente de equipamiento de las UAA .
4. Establecer mecanismos para fortalecer la capacitación de personal técnico y administrativo involucrado en la gestión del equipo médico a nivel estatal y jurisdiccional.
5. Fomentar la creación de Departamentos de Ingeniería Biomédica en los SESA que eventualmente pudieran constituirse en Centros Estatales de Ingeniería Biomédica.

Propuestas para el nivel estatal

1. Establecer un Inventario Físico y Funcional de Equipo Médico Estatal con un módulo para las UAA (cuadro 4.3).
2. Diseñar un Plan Estatal de Adquisición, Renovación, Mantenimiento y Baja de Inventario de Equipo Médico de las UAA que facilite la actualización e incremento de nueva tecnología y el cumplimiento de la NOM-005-SSA3-2010.
3. Establecer un Programa Estatal de Capacitación de Personal Técnico Involucrado en la Gestión de Equipo Médico
4. Contar dentro de los SESA con al menos un ingeniero biomédico de planta que coordine las actividades de gestión de equipo médico, incluyendo el equipo médico de las UAA
5. Contemplar en el mediano plazo la creación de un Centro Estatal de Ingeniería Biomédica.

Unidad Estatal de Ingeniería Biomédica de Baja California Sur

A principios de 2008, el Instituto de Salud de Baja California Sur convocó a un concurso para ocupar dos plazas de ingeniero biomédico en la Secretaría de Salud del estado. Uno de los ingenieros tendría la obligación de echar andar la Unidad Estatal de Ingeniería Biomédica y el otro, apoyar a las autoridades del Hospital General con Especialidades de la Paz en la compra y gestión del equipo clínico de dicha unidad. Se presentaron al concurso 18 aspirantes de todo el país.

Hasta ese momento no se contaba en la Secretaría de Salud de Baja California Sur con áreas especializadas en la adquisición de equipo médico, diseño de áreas médicas, inventario estatal de equipos y gestión del mantenimiento del equipo médico.

En abril de ese mismo año se contrataron a los dos ingenieros seleccionados y de inmediato empezó a gestarse, dentro de la Dirección Administrativa del Instituto de Servicios de Salud y con el apoyo del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC), la primera Unidad Estatal de Ingeniería Biomédica (UEIB) del país.

Las primeras tareas de esta unidad fueron las siguientes: i) revisar y adaptar los formatos de solicitud de servicios, reporte de servicios e inventario funcional del CENETEC; ii) identificar las necesidades de equipamiento de las unidades de salud de la Secretaría de Salud del estado (unidades de atención ambulatoria, hospitales, laboratorios y centros de transfusión sanguínea); iii) recopilar la información básica para conformar un inventario funcional estatal de equipo médico; iv) revisar los criterios de compra (licitación, invitación, adjudicación) de equipo médico en la Secretaría de Salud del estado; v) revisar los criterios de contratación de los servicios de mantenimiento y mejoramiento de la tecnología médica y vi) supervisar la compra de accesorios, consumibles y refacciones del equipo médico de las unidades de salud de la Secretaría de Salud estatal. Al poco tiempo se empezó a constituir también un acervo de manuales de usuario y servicios, y se empezó a capacitar, a través de jornadas anuales, a los encargados del mantenimiento de las unidades de salud.

A estas tareas se han sumado la supervisión de la asignación de recursos para los contratos de mantenimiento; el control de las garantías de fábrica para los equipos de reciente adquisición; la asesoría en por lo menos seis proyectos de equipamiento de unidades de atención y un proyecto de complemento de equipamiento del Laboratorio Estatal de Salud Pública en razón de la contingencia por influenza AH1N1.

En el proceso a constituirse en un Centro Estatal de Ingeniería Biomédica (CEDIB), la UEIB ha conseguido un espacio para establecer sus oficinas, un taller de equipo, un laboratorio biomédico, un almacén de equipos, y un almacén de accesorios y refacciones. Ha puesto además en operación un sistema informático para la actualización continua del inventario fundacional y un sistema de registro de tareas de mantenimiento y fallas, e implantó de un programa de capacitación continua para los responsables del mantenimiento de equipos en las unidades de salud del estado.

Bibliografía

1. Becerril-Alquicira A, Ortíz-Posadas M. Improvement of the health technology management process of the public health services in Morelos using the six sigma methodology. EN: Proceedings of the 32 Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Buenos Aires, Argentina: IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, 2010: 450-453.
2. Cruz C, Frenk J, Martuscelli J, Faba G. The development and assessment of health care technology in Mexico. En: Banta HD, Luce BR, editores. Health care technology and its assessment: An international perspective. Oxford, UK: Oxford University Press, 1993:237-47.
3. Gómez-Dantés O, Cruz C, Nigenda G. La evaluación de la tecnología en el campo de la salud. En: Gómez-Dantés O, Cruz C, Nigenda G, editores. La regulación participativa de la atención a la salud. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994:27-34.
4. Gómez Dantés O, Frenk J. Health technology assessment in Mexico. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2009;25(Supplement 1):270-75.
5. Lastiri S. Hacia una estrategia de fomento del uso racional de tecnologías en salud. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1993.
6. López Cervantes M, Tirado Gómez L, de Icaza del Río E, Durán Arenas L. Las tecnologías médicas y la salud: ¿mucho ruido y pocas nueces? *Revista de Investigación Clínica* 2000;52:203-210.
7. Ortíz-Posadas MR, Gaitán-González MJ. La ingeniería biomédica en el sector salud. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, 2009.
8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010 que establece los requerimientos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. *Diario Oficial de la Federación* 2010;septiembre.
9. Secretaría de Salud. Plan Maestro de Equipamiento 2006. México, D.F.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2006.
10. Secretaría de Salud, Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación* 1984;febrero.
11. Secretaría de Salud. Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud. México, D.F.: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, 2010.
12. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Programa de Acción Específico 2007-2010 de Gestión de Equipo Médico. México, D.F.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2007.
13. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Centro Estatal de Ingeniería Biomédica. México, D.F.: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, 2008.

V. Propuestas de fortalecimiento de los recursos humanos de las UAA de los SESA*



El principal reto que enfrentan las UAA de los SESA en materia de recursos humanos es la profesionalización de la atención, lo que significa contar por lo menos con un médico titulado en cada unidad.

Una alta proporción de las poblaciones con mayores necesidades de salud vive en lugares en donde la oferta de servicios de salud es muy pobre. A nivel global, la mitad de la población reside en zonas rurales, pero menos de la cuarta parte de los médicos y menos de la tercera parte de las enfermeras ofrecen sus servicios en estas comunidades. En muchos países en vías de desarrollo es común enfrentarse con una lamentable paradoja: la existencia de altos índices de desempleo médico en las ciudades y una dramática escasez de este mismo personal en el campo. Los desequilibrios en la distribución de los recursos humanos para la salud en los países de ingresos medios y bajos se expresan también en la concentración de médicos y enfermeras en los centros hospitalarios.

Como se muestra en la sección correspondiente de este informe, México es también víctima de los desequilibrios en materia de recursos humanos para la salud. Hay en el país una razón de 2.9 médicos por 1000 habitantes, que podría considerarse aceptable. Sin embargo, cuando los datos se desagregan por tipo de población y entidad federativa se identifican rezagos y diferencias. La razón de médicos por 1000 habitantes de la población sin seguridad social es de 0.6. Chiapas y el Estado de México presentan las peores cifras, con 0.3 y 0.4 médicos por 1000 habitantes sin seguridad social. Colima, en contraste, presenta una razón de 1.3 médicos por 1000 habitantes sin seguridad social.

Una situación parecida presentan las enfermeras. La razón de enfermeras por 1000 habitantes para el país en su conjunto es de 4.0. Sin embargo, la razón de enfermeras por 1000 habitantes sin seguridad social es de apenas 0.5. El Estado de México presenta un razón de 0.3 enfermeras por 1000 habitantes sin seguridad social, mientras que Colima presenta una razón de 1.3.

Estas cifras nos indican que tanto los médicos como las enfermeras están concentrados en el sector privado, en las instituciones de seguridad social y, dentro de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social, en los centros hospitalarios, que se ubican en las grandes ciudades.

En este capítulo se ofrecen algunas propuestas dirigidas a fortalecer, tanto en cantidad como en calidad, la oferta de recursos humanos para la salud en las UAA de los SESA. Se trata de tres tipos de propuestas: i) propuestas para fortalecer el servicio social de las carreras de medicina y enfermería; ii) propuestas para profesionalizar la atención ambulatoria, y iii) propuestas para explorar la subrogación de la atención ambulatoria.

La información que se presenta en este capítulo procede de artículos científicos y documentos oficiales, visitas a diversas UAA de varias entidades federativas, encuestas en UAA de la Secretaría de Salud de Morelos, entrevistas con actores clave de los niveles federal y estatal de la Secretaría de Salud, y entrevistas con expertos académicos en el tema de recursos humanos para la salud.

La revisión de la literatura sobre el tema estuvo dirigida sobre todo a identificar sitios en Internet, artículos, capítulos de libros,

* El autor de este capítulo es Octavio Gómez Dantés.

libros y documentos oficiales que dieran cuenta de la oferta de recursos humanos para la salud en las UAA de los SESA y de alternativas para mejorarla.

Esta información se complementó con la información recabada en visitas a UAA de diversas entidades federativas y con información recolectada a través de una encuesta que se realizó en 62 UAA de la Secretaría de Salud de Morelos, que tenía un módulo dedicado específicamente a recursos humanos. La información de dicha encuesta se analizó utilizando procedimientos de estadística descriptiva.

También se hicieron entrevistas a actores clave del nivel federal, sobre todo a funcionarios de la Dirección de Calidad y Educación en Salud; funcionarios de nivel estatal, en particular aquellos involucrados en la gerencia de recursos humanos y del servicio social; funcionarios de diversas escuelas de medicina y enfermería públicas y privadas, incluyendo aquellos encargados del área de servicio social, y expertos académicos especializados en recursos humanos para la salud.

Por último, se realizó un taller sobre la oferta de recursos humanos para la salud en las UAA de los SESA en el que se discutieron propuestas para fortalecer el servicio social de medicina y enfermería, profesionalizar la atención ambulatoria a la salud en los SESA y pilotear la subrogación de los servicios ambulatorios. En este taller se discutieron asimismo propuestas para darle un mayor peso a la APS en la capacitación de pregrado de los recursos humanos para la salud.

Antecedentes

En México, hasta bien entrado el siglo XX, la participación del Estado en asuntos de salud se limitó a funciones de control sanitario y vigilancia de brotes epidémicos. Los servicios personales de salud no rebasaban el ámbito de la beneficencia. Los primeros esfuerzos por ofrecer servicios personales públicos de atención a la salud se concentraron en las comunidades rurales y en el ámbito ambulatorio. En 1931 se crearon los Servicios de Higiene Rural. En 1936, como parte del Departamento de Salubridad Pública, se crearon los Servicios Médico-Sanitarios Ejidales Cooperativos. Ese mismo año se instituyó en la Universidad Nacional Autónoma de México y en la Universidad Michoacán el servicio social, que al poco tiempo se extendió a todas las universidades. En 1937 se creó el Departamento de Asistencia Social Infantil. Este departamento representó la primera estructura diferenciada de participación directa del Estado en la asistencia y su importancia quedó de manifiesto cuando poco tiempo después se elevó al rango de secretaría y se ampliaron sus funciones para la cubrir

la asistencia pública de toda la población. Surge así la Secretaría de Asistencia Pública, que en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad Pública para dar origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Ese mismo año se creó el IMSS y el primero de los institutos nacionales de salud, el Hospital Infantil de México

En los años cuarenta, los recursos humanos para la salud de las instituciones públicas operaron sobre todo en ámbitos ambulatorios. De hecho, en su primera década de funcionamiento, el IMSS subcontrató servicios a consultorios y clínicas privados en las ciudades de Puebla, Monterrey, Guadalajara y Orizaba.

A finales de la década de los cincuenta y principios de los sesenta se produjo un crecimiento explosivo de las unidades hospitalarias que se asocia a la consolidación de la llamada medicina científica que, en palabras de Julio Frenk, "tiene en las especialidades médicas su modo dominante de trabajo médico, en el hospital su espacio privilegiado de poder y en la atención curativa su forma predominante de respuesta a las necesidades de la población." Entre 1959 y 1964 las unidades hospitalarias del IMSS crecieron 83%. En ese mismo periodo, el recién creado ISSSTE construyó 33 hospitales y la SSA casi 500 unidades hospitalarias. El Departamento del Distrito Federal creó una red de 12 hospitales pediátricos y cuatro hospitales de urgencias generales. La SSA, sin embargo, no descuidó la atención ambulatoria. Entre 1958 y 1964 incrementó su número de centros de salud de 90 a casi 500.

Este incremento de unidades de atención no se asoció a un aumento de la matrícula de las escuelas de medicina existentes. De hecho, la matrícula de la Facultad de Medicina de la UNAM, que concentraba más del 60% de los estudiantes de medicina del país, se mantuvo prácticamente constante entre 1958 y 1967. Esto obligó a las instituciones de salud a recurrir a los recursos humanos disponibles: los internos de pregrado, los pasantes en servicio social y los residentes. Las características particulares de estos grupos facilitaron su empleo inmediato en los nuevos establecimientos ya que no establecen relaciones laborales formales con las instituciones de salud, al grado de que su remuneración se considera formalmente una beca. Esto implicaba un ahorro en los costos de la atención y una mayor flexibilidad para definir las condiciones de trabajo de ese personal, incluyendo su ubicación geográfica.

En la segunda mitad de la década de los sesenta se produjo un fenómeno inverso al del lustro anterior: se detuvo la ampliación de la construcción de unidades públicas de salud y se amplió el número de estudiantes y escuelas de medicina. Entre 1967 y 1971 el número de estudiante de medicina aumentó a 21,000 a 41 mil, mientras que número de escuelas de medicina del país se incrementó de 25 en 1971 a 59 en 1977. Este último año,

el presidente de la Academia Nacional de Medicina declaró: “La producción excesiva de médicos deficientemente preparados, y la incapacidad real de ubicarlos en instituciones de atención a la salud amenaza con la creación de un proletariado de médicos frustrados.” En los hechos lo que se produjo fue un desequilibrio del mercado de trabajo médico caracterizado por el subempleo y el desempleo.

Uno de los pocos aspectos positivos de esta crisis fue que la creación de nuevas escuelas de medicina permitió experimentar con nuevas formas de capacitación. Así, en los años setenta se crearon programas (Programa A-36, los programas de los dos planteles de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de la UNAM) y escuelas (Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco) orientadas a formar médicos que pudieran operar bajo un esquema ya no de especialización hospitalaria sino de APS. A nivel de posgrado, además, se instituyó la residencia en medicina familiar.

En 1983, con el fin de enfrentar los desequilibrios del mercado de trabajo médico, se creó la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud que tenía como funciones, entre otras, elaborar un diagnóstico sobre la formación de recursos humanos para la salud y mantenerlo actualizado; propiciar que la formación de recursos humanos para la salud tome en consideración las políticas del Sistema Nacional de Salud; lograr una adecuada distribución de los recursos humanos para la salud en formación, y coadyuvar a definir los perfiles de los profesionales de la salud que el sistema mexicano de salud requiere.

La recuperación económica del país de los años ochenta, asociada al incremento de los ingresos petroleros, permitió fortalecer los servicios de salud públicos, pero ahora con un fuerte énfasis en la APS. En este periodo se crearon el Programa IMSS-COPLAMAR, hoy denominado IMSS-Oportunidades, y el Programa de Atención Médica para las Zonas Deprimidas de las Grandes Urbes. El primero construyó 3025 unidades, incluyendo 60 hospitales rurales. El segundo llegó a contar con 260 centros de salud en las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey y León. Lamentablemente, muchas de estas unidades tuvieron que operar exclusivamente con pasantes en servicio social, debido a la renuencia de los médicos, incluyendo los desempleados, a trabajar en zonas rurales.

La APS tuvo otro impulso con la creación, en los años noventa, del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, el Programa de Ampliación de Cobertura y el Programa de Educación, Salud y Alimentación, hoy denominado Oportunidades.

En 2003, el Congreso aprobó diversas reformas a la Ley General de Salud, que dan origen al Sistema de Protección Social

en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud. Estas reformas han permitido incrementar considerablemente los recursos para la población sin seguridad social. El reto de este seguro es convertir esos recursos en más y mejores servicios de salud, lo que implica, entre otras cosas, más y mejores recursos humanos para la salud. Esta movilización de recursos debe reflejarse en particular en una mayor oferta de servicios de salud ambulatorios efectivos, seguros y eficientes.

Propuestas para el Fortalecimiento de los Recursos Humanos en las Unidades de Atención Ambulatoria de los SESA

Las propuestas de fortalecimiento de la oferta de recursos humanos en las UAA de los SESA incluyen medidas normativas, incentivos financieros, oportunidades de capacitación, oportunidades de desarrollo profesional y mejoras en las condiciones de vida (Cuadro 5.1). Estas últimas están dirigidas sobre todo a quienes trabajan en comunidades rurales. Estas medidas se pueden clasificar en tres grupos: propuestas para fortalecer el servicio social de medicina y enfermería, para fortalecer la profesionalización de la atención ambulatoria en los SESA y para ampliar la subrogación de servicios ambulatorios en los SESA. Estos tres tipos de propuestas no son excluyentes, y cada entidad federativa, de acuerdo con su historia institucional, los recursos disponibles, y sus prioridades y hasta sus preferencias, podrá enfatizar uno, dos o todos ellos.

Es importante señalar que la experiencia recabada a nivel nacional e internacional indica que para atraer y retener a los médicos y enfermeras en los ámbitos ambulatorios, en particular en las UAA rurales, deben diseñarse paquetes de incentivos, ya que las medidas aisladas han demostrado poca utilidad. Estos paquetes de medidas, además, tienden a generar resultados en el mediano plazo, como lo demuestra el Programa de Médicos Rurales de Chile, que se describe más adelante en una caja de este capítulo. Cabe también destacar que los incentivos financieros son útiles, pero deben ser suficientemente atractivos, sobre todo si su propósito es llevar y retener a los médicos y enfermeras en las UAA de las comunidades rurales remotas. Estos incentivos, además, deben complementarse con oportunidades de educación, capacitación continua y desarrollo profesional, y apoyo para generar mejores condiciones de vida.

Es necesario asimismo subrayar que para poder garantizar una oferta de calidad en las UAA de los SESA es indispensable dignificar la imagen de la atención ambulatoria, incluyendo la práctica de la medicina familiar, que debe remunerarse como cualquier otra especialidad, e inculcar en las escuelas de medicina y enfermería la

idea del compromiso social y la noción de responsabilidad con las necesidades de salud de las regiones en donde operan. También es necesario revisar los planes y programas de las escuelas de medicina y enfermería para fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud en APS. Es importante asimismo revisar los criterios de selección de los aspirantes a las carreras de medicina, ya que una de las variables que más influyen en la elección del sitio de la práctica profesional es el origen del aspirante: los egresados de las carreras de medicina y enfermería que proceden del ámbito rural tienden a estar más dispuestos a realizar su servicio social y a ejercer en comunidades rurales que los egresados de origen urbano.

Propuestas para el nivel federal

1. Diseñar un Plan Maestro de Recursos Humanos para la Salud con un módulo dedicado exclusivamente a recursos humanos para las UAA.
2. Acelerar la aprobación y publicación de la NOM sobre servicio social de la carrera de medicina, y promover su discusión en las facultades y escuelas de medicina de todo el país, y entre los jefes de enseñanza de los SESA.
3. Regionalizar el programa de servicio social por institución educativa para facilitar la supervisión de los pasantes y garantizar la continuidad de su trabajo.
4. Incrementar el monto de las becas de los médicos pasantes en servicio social y de las enfermeras pasantes en servicio social,

en particular de aquellos que trabajan en los centros de salud rurales, para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, transporte y recreación (véase Cuadro 5.2).

5. Ofrecerle a las enfermeras pasantes y a las enfermeras que trabajan en las UAA en comunidades rurales un seguro de vida como parte de su paquete de beneficios, y a los médicos pasantes y a los médicos que trabajan en las UAA en comunidades rurales un seguro de vida y un seguro de responsabilidad profesional.

Propuestas para el nivel estatal

1. Acreditar las sedes de servicio social estableciendo requisitos en materia de infraestructura, equipamiento, insumos, y residencias de médicos y enfermeras.
2. Diseñar un plan de corto plazo para profesionalizar la atención en las UAA, lo que significa contar con por lo menos un médico titulado en todas estas unidades (véase Cuadro 5.3).
3. Diseñar planes piloto para evaluar la posibilidad de subrogar a organizaciones de la sociedad civil los servicios de atención ambulatoria sobre todo en comunidades rurales dispersas.
4. Ofrecer salarios competitivos a los médicos y enfermeras dispuestos a hacer una carrera en APS en los SESA, en particular a los médicos y enfermeras dispuestos a trabajar en comunidades rurales.
5. Instalar radio, teléfono y servicio de Internet en todas las UAA de los SESA para atender necesidades de coordinación, asesoría en actividades clínicas y de salud pública, y capacitación, y para mejorar las condiciones de seguridad y las condiciones de vida tanto del personal profesional como de los médicos y enfermeras en servicio social.

Cuadro 5.1. Propuestas de apoyo a los recursos humanos para la salud en los centros de salud rurales de los SESA

	Incentivos financieros	Capacitación	Condiciones de trabajo	Condiciones de vida
Pasantes de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el monto de sus becas Instituir viáticos para la asistencia a reuniones en la jurisdicción o la sede de los SESA Ofrecer seguro de vida 	<ul style="list-style-type: none"> Definir competencias clínicas y en salud pública de las EPSS Fortalecer los vínculos académicos con sus escuelas de origen 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar insumos necesarios para su trabajo Adaptar los horarios de trabajo a la demanda real de servicios Respetar sus derechos laborales (pagos a tiempo de sus becas, días de descanso, vacaciones) Definir vínculos de la EPSS con los SESA (jurisdicción y área médica) Ofrecer oportunidades de desarrollo profesional en los SESA 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar las condiciones de las residencias de enfermeras Mejorar su acceso a servicios de comunicación (radio, teléfono, Internet) Garantizar su seguridad e integridad física
Pasantes de medicina	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el monto de sus becas Instituir viáticos para la asistencia a reuniones en la jurisdicción o la sede de los SESA Ofrecer seguro de vida y seguro de responsabilidad profesional 	<ul style="list-style-type: none"> Definir competencias clínicas y en salud pública del MPSS Fortalecer los vínculos académicos con sus escuelas de origen Facilitar su capacitación para el ENRM 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar insumos necesarios para su trabajo Adaptar sus horarios de trabajo a la demanda real de servicios Respetar sus derechos laborales (pagos a tiempo de sus becas, días de descanso, vacaciones) Definir vínculos de la EPSS con los SESA (jurisdicción y área médica) Ofrecer oportunidades de desarrollo profesional en los SESA 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar las condiciones de las residencias médicas Mejorar su acceso a servicios de comunicación (radio, teléfono, Internet) Garantizar su seguridad e integridad física
Enfermeras tituladas	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer salarios competitivos (mejores que los de sus contrapartes que laboran en la ciudad) Ofrecer seguro de vida 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar acceso a educación continua 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar insumos necesarios para su trabajo Ofrecer oportunidades de desarrollo profesional en los SESA 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar su acceso a servicios de comunicación (radio, teléfono, Internet) Garantizar su seguridad e integridad física
Médicos titulados	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer salarios competitivos (mejores que los de sus contrapartes que laboran en la ciudad) Ofrecer seguro de vida y seguro de responsabilidad profesional 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar acceso a educación continua 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar insumos necesarios para su trabajo Ofrecer oportunidades de desarrollo profesional en los SESA 	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar su acceso a servicios de comunicación (radio, teléfono, Internet) Garantizar su seguridad e integridad física

Cuadro 5.2. Actualización por inflación de las becas de 1980 de los médicos y enfermeras pasantes en servicio social en los Servicios Estatales de Salud

Tipo de pasante	Tipo de beca	Beca mensual 1999 (beca materiales y gratificación)	Beca anual 1999 (beca materiales y gratificación)	Beca mensual ajustada por inflación al 2010	Beca anual ajustada por inflación al 2010	Incremento porcentual requerido al 2010
PSS en Medicina	C	1,558.33	18,700.00	2,885.30	34,623.59	85.15
PSS en Medicina	B	375.00	4,500.00	694.32	8,331.88	85.15
PSS en Medicina	A	233.33	2,800.00	432.02	5,184.28	85.15
PSS en Enfermería	CC	866.67	10,400.00	1,604.66	19,255.90	85.15
PSS en Enfermería	C	650.00	7,800.00	1,203.49	14,441.93	85.15
PSS en Enfermería	B	325.00	3,900.00	601.75	7,220.96	85.15
PSS en Enfermería	A	216.67	2,600.00	401.16	4,813.98	85.15
IPC - 1999		53.8700				
IPC - 2010		99.7400				

Cuadro 5.3. Impacto financiero de la profesionalización de la atención ambulatoria en los Servicios Estatales de Salud

Entidad	UAA operadas exclusivamente por MPSS 1/ (A)	Recursos federales de SPS transferidos en 2010 2/ (B)	Beca anual de un MPSS 3/ (C)	Costo anual de un médico en una UAA contratado por honorarios 4/ (D)	Costo anual de un médico en una UAA contratado por base 5/ (E)	Escenario actual (A x C): Gasto en becas de MPSS de Total	Escenario 1 (A x D): Recursos para contratar médicos titulados por honorarios en las UAA Total Total como % de B	Escenario 2 (A x E): Recursos para contratar médicos titulados con base en las UAA Total Total como % de B
Aguascalientes	30	\$226,622,416	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$599,256	\$3,222,000 1.42	\$6,361,920 2.81
Baja California	45	\$669,398,628	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,177,848	\$4,833,000 0.72	\$9,542,880 1.43
Baja California Sur	44	\$76,882,388	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$578,592	\$4,725,600 6.15	\$9,330,816 12.14
Campeche	12	\$212,673,730	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$309,960	\$1,288,800 0.61	\$2,544,768 1.20
Chiapas	263	\$2,684,402,508	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,322,496	\$28,246,200 1.05	\$55,772,832 2.08
Chihuahua	73	\$679,434,254	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,012,536	\$7,840,200 1.15	\$15,480,672 2.28
Coahuila	37	\$345,482,249	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,095,192	\$3,973,800 1.15	\$7,846,368 2.27
Colima	85	\$145,599,836	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,839,096	\$9,129,000 6.27	\$18,025,440 12.38
Distrito Federal	7	\$1,745,433,333	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$41,328	\$751,800 0.04	\$1,484,448 0.09
Durango	33	\$253,456,494	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,033,200	\$3,544,200 1.40	\$6,998,112 2.76
Guanajuato	383	\$3,079,086,479	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$4,525,416	\$41,134,200 1.34	\$81,220,512 2.64
Guerrero	312	\$1,514,894,703	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$4,897,368	\$33,508,800 2.21	\$66,163,968 4.37
Hidalgo	107	\$753,661,149	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$3,471,552	\$11,491,800 1.52	\$22,690,848 3.01
Jalisco	12	\$1,956,282,682	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$7,046,424	\$1,288,800 0.07	\$2,544,768 0.13
México	404	\$5,010,618,985	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$7,934,976	\$43,389,600 0.87	\$85,673,856 1.71
Michoacán	195	\$1,582,825,791	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$4,112,136	\$20,943,000 1.32	\$41,352,480 2.61
Morelos	91	\$733,996,661	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,942,416	\$9,773,400 1.33	\$19,297,824 2.63
Nayarit	65	\$267,894,699	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,797,768	\$6,981,000 2.61	\$13,784,160 5.15
Nuevo León	211	\$686,378,199	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$4,215,456	\$22,661,400 3.30	\$44,745,504 6.52
Oaxaca	258	\$1,923,451,301	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$4,959,360	\$27,709,200 1.44	\$54,712,512 2.84
Puebla	81	\$2,470,759,410	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,446,480	\$8,699,400 0.35	\$17,177,184 0.70
Querétaro	108	\$364,340,773	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$2,355,696	\$11,599,200 3.18	\$22,902,912 6.29
Quintana Roo	36	\$237,031,339	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,653,312	\$3,866,400 1.63	\$7,634,304 3.22
San Luis Potosí	135	\$957,945,339	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$557,928	\$14,499,000 1.51	\$28,628,640 2.99
Sinaloa	101	\$499,639,719	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,157,184	\$10,847,400 2.17	\$21,418,464 4.29
Sonora	167	\$400,521,506	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$3,099,600	\$17,935,800 4.48	\$35,414,688 8.84
Tabasco	151	\$1,321,561,596	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,963,080	\$16,217,400 1.23	\$32,021,664 2.42
Tamaulipas	146	\$868,407,868	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$2,603,664	\$15,680,400 1.81	\$30,961,344 3.57
Tlaxcala	12	\$663,351,457	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$61,992	\$1,288,800 0.19	\$2,544,768 0.38
Veracruz	155	\$3,133,343,599	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$2,934,288	\$16,647,000 0.53	\$32,869,920 1.05
Yucatán	67	\$457,208,825	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,053,864	\$7,195,800 1.57	\$14,208,288 3.11
Zacatecas	79	\$361,629,423	\$20,664	\$107,400	\$212,064	\$1,053,864	\$8,484,600 2.35	\$16,753,056 4.63
Nacional	3,905	\$36,284,217,340	\$661,248	\$3,436,800	\$6,786,048	\$72,365,328	\$419,397,000 1.16	\$828,109,920 2.28

1/ Los estados de Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Veracruz, Yucatán, Zacatecas proporcionan este dato. Para el resto de las entidades federativas los datos se obtuvieron del Sistema Nacional de Información en Salud
 2/ Incluye la cuota social y la aportación solidaria federal
 3/ Datos proporcionados por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud. Corresponde a la beca para un médico pasante en una unidad rural.
 4/ Para el cálculo del costo de contratación por honorarios se tomó un monto de contratación de 8,950 pesos al mes. Esta cifra es el monto medio de contratación en Zacatecas.
 5/ Para el cálculo del costo de contratación de médicos en base se tomó un monto medio de 17,672 pesos mensuales. Esta cifra representa el monto promedio de los puestos de base en Zacatecas.

Programa de Médicos Rurales de Chile

Chile es un país con un poco más de 17 millones de habitantes, dos millones de los cuales viven en comunidades remotas, algunas de ellas ubicadas en zonas de difícil acceso. Desde que se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952, que garantiza el derecho a la atención de la salud de todos los chilenos, ha habido una preocupación por ampliar la infraestructura en salud y extender la oferta de médicos y enfermeras en las pequeñas poblaciones rurales. Desde el principio se descartó la idea de hacer obligatorio la práctica en estas poblaciones. La idea era más bien ofrecerles a los recursos humanos que accedieran ejercer su profesión en estas zonas, una atractiva carrera con oportunidades de capacitación y desarrollo profesional. Fue así que surgió, en 1955, el Programa de Médicos Generales de Zona, cuyo principal objetivo era atraer a médicos a trabajar en los hospitales y clínicas rurales por un mínimo de tres años y un máximo de seis. El reglamento original de dicho programa estableció los siguientes incentivos:

1. Un coeficiente máximo de 12 puntos que se incorpora a los antecedentes del médico general de zona (MGZ) y que le sirven para la postulación a cargos clínicos en el SNS. Este coeficiente se alcanza después de cinco años de servicios, y representa entre 15 y 20% del máximo de puntos con que se logra triunfar en un concurso.
2. Al cumplir tres años en el cargo, el MGZ puede concursar por una plaza de medicina, pediatría, obstetricia y cirugía en hospitales de ciudades de tamaño mediano.
3. Después de prestar tres años de servicios, el MGZ puede solicitar una beca para estudios de especialización que ofrece el SNS, y conservar, durante el período de estudios, las remuneraciones y demás beneficios que tiene asignados. Al terminar la beca y poseer el título de especialista, el MGZ puede optar por un cargo en cualquier ciudad del país.
4. El programa incluye también una bonificación especial de hasta 60% en la remuneración del MGZ, que es mayor mientras más remota es la unidad de adscripción y mayor el nivel de responsabilidad.

Hasta bien entrados los años setenta, el Programa de MGZ era la única vía de acceso a los programas de especialización y a una carrera dentro del SNS. Sin embargo, en los años ochenta y noventa se aprobaron reformas del sistema de educación médica y del sistema de salud que crearon vías alternas de ingreso a las residencias médicas.

Quince años después de creado, se llevó a cabo una evaluación del programa que indicó que 50% de los médicos recién graduados de las escuelas de medicina de Chile se incorporaban a la carrera de MGZ. La mayor parte de ellos calificaba la experiencia, una vez concluida, como muy satisfactoria, tanto desde el punto de vista profesional y humano, como desde el punto de vista social. En esa misma evaluación se señalaba que la mayoría de los MGZ opinaban que el mejor estímulo del programa era la posibilidad de optar por los cursos de especialización, que además financiaba el SNS.

Hoy en día sigue habiendo una enorme demanda por las plazas del Programa de MGZ, que se distribuyen atendiendo sobre todo a las calificaciones de los aspirantes (94.5 puntos de 100), el desarrollo de tareas de investigación (2 puntos), la publicación de artículos científicos (2 puntos) y haber realizado estancias de entrenamiento en el área rural (1.5 puntos). Los aspirantes seleccionan su sitio de trabajo en eventos públicos. Las tasas de retención (proporción de médicos que permanecen en sus sitios de trabajo el tiempo acordado) son cercanas al 100%, aunque son muy pocos los médicos que se quedan el periodo de tiempo máximo autorizado (seis años).

Después de tres años de trabajo, los médicos pueden solicitar su ingreso a los programas de especialización. Esta vez los aspirantes se califican sobre la base del tiempo de práctica en las zonas rurales y el nivel de dificultad de su trabajo. Otros criterios, menos importantes, que son el compromiso con el trabajo comunitario, las responsabilidades administrativas, las actividades de investigación y los cursos de capacitación.

Bibliografía

1. Blaauw D, Erasmus E, Pagaiya N, Tangcharoensathein V, Mullei K, Mudhune S et al. Policy interventions that attract nurse to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. *Bull WHO* 2010;88:350-56.
2. Chen LC. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. *Bull WHO* 2010;88:323.
3. Dayrit MM, Dolea C, Braichet JM. One piece of the puzzle to solve the human resources for health crisis. *Bull WHO* 2010;88:322.
4. Decreto por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 19 de octubre de 1983.
5. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Reglamento para el servicio social de los alumnos 2009. México, D.F.: Facultad de Medicina de la UNAM, Secretaría de Servicios Escolares, Secretaría de Educación Médica, 2008.
6. Frenk J, Hernández Llamas H, Álvarez Klein L. El mercado de trabajo médico. Evolución histórica en México. *Gaceta Médica de México* 1980;116(6):265-84.
7. Frenk J. La economía política del subempleo en México: corporativismo, crisis económica y reforma. En: Frenk J, Nigenda G, Hernández Llamas H et al. *Médicos, educación y empleo*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 1994:89-127.
8. Frenk J, Gómez Dantés O. Para entender el sistema de salud de México. México, D.f.: Ediciones NOSTRA, 2008.
9. Frenk J, Chen L, Bhutto ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010. Disponible en:
10. Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bull WHO* 2010;88:364-70
11. Kruk ME, Johnson JC, Gyakobo M, Agyei-Baffour P, Asabir K, Rani-Kotha S et al. Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment. *Bull WHO* 2010;88:333-41.
12. López Bárcena J. La descentralización de la Dirección General de Enseñanza en Salud. En: de la Fuente JR, Juan M, compiladores. *La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida*. México, D.F.: Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Salud, 1998:65-87.
13. López Bárcena J, González de Cossío MG, Velasco Martínez M. Servicio social de medicina en México. Factibilidad de cumplimiento académico en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 2004;47(5):181-86.
14. Nigenda G, Frenk J, Robledo-Vera C, Vázquez-Segovia LA, Ramírez-Cuadra C. Los sistemas locales de salud y el mercado de trabajo médico: resultados de un estudio de preferencias de ubicación geográfica. En: Frenk J, Nigenda G, Hernández Llamas H et al. *Médicos, educación y empleo*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 1994:195-219.
15. Organización Panamericana de la Salud. *La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: OPS, 2008.
16. Peña S, Ramírez J, Becerra C, Carabantes J, Arteaga O. The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. *Bull WHO* 2010; 88:371-78.
17. Pozas Horcasitas R. *La democracia en blanco: el movimiento médico en México, 1964-1965*. México, D.F.: Siglo Veintiuno Editores, 1993.
18. Rourke J. How can medical schools contribute to the education, recruitment and retention of rural physicians in their region? *Bull WHO* 2010;88:395-96.
19. Ruelas Barajas E, Alonso Concheiro A, Alarcón Fuentes G. *Futuros de la formación de recursos humanos para la salud en México 2005-2050*. México, D.F.: Secretaría de Salud, Consejo de Salubridad General, Academia nacional de Medicina, 2008.
20. Serneels P, Montalvo JG, Pettersson G, Lievens T, Damascene J, Kidanu A. Who wants to work in a rural health post? The role of intrinsic motivation, rural background and faith-based institutions in Ethiopia and Rwanda. *Bull WHO* 2010;88: 342-49.
21. Straume K, Shaw D. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bull WHO* 2010;88: 390-94.
22. World Health Organization. *World Health Report 2006: working together for health*. Ginebra: World Health Organization, 2006.
23. World Health Organization. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations*. Geneva. WHO, 2010.
24. World Health Organization. *World health Statistics 2010*. Geneva: WHO, 2010.
25. Zurn P, Codjia L, Lamine F, Braichet JM How to recruit and retain health workers in underserved areas: the Senegalese experience. *Bull WHO* 2010;88:386-89.

VI. Propuestas de fortalecimiento de los sistemas de información de las UAA de los SESA*



La generación y manejo de la información en las unidades de atención ambulatoria de los SESA requiere de un esfuerzo importante de simplificación de los formatos de captura, inversión en infraestructura de comunicación y capacitación de personal.

En México los sistemas de información en salud de los SESA han venido mejorando gracias al esfuerzo realizado por las unidades de atención, las jurisdicciones sanitarias, las áreas de información de los SESA y la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la SSa. Estos esfuerzos han tenido un impacto importante en las tareas de planeación y en la toma de decisiones.

El propósito de este capítulo es hacer un diagnóstico del estado en el que se encuentran los sistemas de información en las UAA de los SESA y generar recomendaciones para fortalecerlos. La mitad de estas propuestas están dirigidas al nivel estatal y la otra mitad al nivel federal.

El estudio de los sistemas de información de las UAA de este estudio comprendió la identificación de las fuentes de información (registros regulares de los SESA, literatura gris y artículos científicos), la elaboración de las guías de entrevista para los personajes clave en el proceso de integración de información, la elaboración de las preguntas para el cuestionario que se aplicó en 62 UAA de los SESA, el análisis de la información recabada en el trabajo de campo y la identificación de los aspectos susceptibles de mejora en los sistemas de información de las UAA de los SESA.

Se realizaron entrevistas a los responsables federales del Subsistema de Prestación de Servicios de la DGIS y del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de

Epidemiología, así como a los responsables de la conducción y operación del sistema de información de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y a la Directora de Tecnología de los Servicios de Salud de Sinaloa. Esta última entrevista tuvo como objetivo documentar el caso de esa entidad como una experiencia exitosa de manejo de la información en el nivel ambulatorio.

La encuesta realizada en las UAA de los SESA de Morelos incluyó preguntas sobre procesamiento, transmisión y almacenamiento de información. También se preguntó sobre el proceso de captura de información, incluyendo el número de formatos que se utilizan en la unidad, las actividades que realizan (integración, captura, codificación y análisis), y la periodicidad y el medio por el que se envía la información a los niveles superiores.

Antecedentes

Las UAA de los SESA alimentan los sistemas estatal y federal de información en salud capturando datos sobre servicios otorgados (consultas, vacunas, estudios de gabinete y laboratorio, etc.), padecimientos crónicos y eventos de notificación inmediata. La información que aportan las UAA se captura básicamente en dos sistemas de información: el Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) y el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Los datos capturados a través de estos siste-

* La autora de este capítulo es Magda Luz Atrián Salazar.

mas de información se registran por unidad médica. Esta tarea por lo general queda en manos de los médicos que otorgan la consulta (médico de base o médico pasante en servicio social).

El SIS forma parte del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) coordinado por la DGIS de la SSA. Este sistema capta las actividades realizadas en las unidades médicas y fuera de ellas, así como las actividades de los establecimientos de apoyo, como el Laboratorio Estatal de Salud Pública, entre otros.

El SIS es un subsistema que tiene más de 20 años funcionando y está consolidado en las 32 entidades federativas. Actualmente se registra información de un poco más de 13 mil UAA que reportan mensualmente los datos de 979 variables relacionadas tanto con las actividades de la consulta como con las actividades vinculadas a los programas prioritarios.

La estructura actual del SIS opera desde 2007 y se derivó de una revisión y simplificación que se hizo entre 2005 y 2006 a los formatos y variables que lo integraban, reduciendo sustancialmente el tiempo que invierte el personal de salud en su llenado y captura. Aunado a este esfuerzo de simplificación se desarrolló una aplicación automatizada que facilitó el proceso de captura, verificación e integración de la información. Actualmente los datos se recaban por unidad médica; anteriormente sólo se recibían concentrados estatales.

Otro avance que se dio a partir de 2010 fue la captura en línea. Ahora el médico o personal de salud que otorgó el servicio puede capturar directamente en línea los formatos primarios y algunas variables de las tarjetas de control, poniendo a disposición inmediata de los niveles superiores la información recabada, mejorando con ello la oportunidad de los datos. En las unidades que no cuentan con la infraestructura para la captura en línea, el proceso se mantiene en su forma tradicional que empieza con el llenado de los formatos primarios y tarjetas de control, con su posterior captura ya sea en la propia unidad o en la jurisdicción correspondiente, y su entrega al nivel superior para su verificación y concentración, realizando un envío mensual al nivel central.

La plataforma del SIS cuenta con alrededor de 300 criterios de verificación. Sin embargo, se siguen presentando inconsistencias en las cifras de los concentrados por unidad, estatales y federal. Es importante señalar que el reporte de actividades realizadas en unidades y establecimientos, así como fuera de la unidad y en la comunidad, se asocian e identifican mediante la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).

El SIS se abastece del Informe Mensual (IM) que deben llenar todos los responsables de la unidad médica. El IM es un concentrado que se llena a partir de la hoja diaria del médico. Dicho informe consta de 11 hojas y su contenido está agrupado en apartados.

El SUIVE es el otro sistema de información básico que se lleva en las UAA para el registro obligatorio de padecimientos bajo control epidemiológico. Desde la creación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) en 1995 se estableció el SUIVE, el cual sistematiza la información de morbilidad y mortalidad, con participación de todo el sector. El SUIVE está compuesto por el Sistema de Notificación Semanal de Casos Nuevos (SUAVE), la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) y los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica. Estos últimos incluyen a las enfermedades transmisibles (rabia, influenza, rotavirus, Chagas, picadura de alacrán, tuberculosis, VIH/SIDA, dengue y DH, paludismo, hepatitis) y ciertas enfermedades no transmisibles (cáncer, accidentes, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y adicciones).

Los médicos de las UAA tienen la obligación de realizar la notificación inmediata, diaria o semanal de los padecimientos que establece la Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica (NOM-017): enfermedades prevenibles por vacunación, infecciosas y parasitarias, de transmisión sexual o por vector, zoonosis y otras enfermedades exantemáticas, transmisibles y no transmisibles, ciertas enfermedades crónicas y cáncer cérvico-uterino. Realizan dicha notificación llenando los formatos correspondientes y haciéndolos llegar a la jurisdicción de adscripción o similar para su captura en el sistema. Posteriormente, si los casos son confirmados, el mismo médico tratante debe hacer el seguimiento y control de los pacientes, informando al nivel superior los resultados para su registro en el sistema.

La información de casos nuevos ha sido una herramienta indispensable para monitorear y vigilar emergencias epidemiológicas. La notificación semanal de casos nuevos concentra información semanal sobre 110 diagnósticos diferentes, opera desde el nivel local hasta el nacional y tiene una cobertura que ha ido en aumento al incorporar más instituciones y unidades médicas.

Este formato de notificación de casos nuevos tiene un primer vínculo con el SIS a través de la hoja diaria de consulta externa que se lleva en la UAA para el registro de pacientes (formato O1P-BIS). De existir un caso de notificación obligatoria el médico lo reporta a la instancia superior (en este caso la jurisdicción sanitaria) para que realice la actividad de campo necesaria. El formato se entrega una semana después a la instancia superior.

El SUIVE permite realizar análisis completos y oportunos de la información, generando análisis de riesgos, canales endémicos y comparación de cifras con años anteriores, entre otras cosas, que facilitan, principalmente a los responsables de los programas, la toma de decisiones.

Hasta antes de la epidemia de influenza H1N1, el procedimiento para la notificación de casos nuevos tardaba varias semanas en llegar a nivel estatal. A partir de esta epidemia se adoptó a nivel nacional el sistema de reporte que tenía el ISSSTE y se creó una plataforma para el envío de datos. De esta forma, a partir de la hoja médica, el epidemiólogo recibe los reportes de las unidades de salud, los revisa, captura, analiza la información y genera los reportes para los responsables de programas, quienes verifican los datos a reportar a los niveles superiores.

El formato primario es aún de llenado manual y contiene varias secciones: identificación de la unidad y del caso; datos clínicos; tratamiento; datos de laboratorio y gabinete; una sección denominada datos epidemiológicos (que identifica si el caso es local o importado, tiempo de estancia en la localidad, fuente de infección y mecanismos de transmisión); estudio de contactos, acciones y medidas de control; evolución, prevención y control, y una sección de observaciones.

Los responsables del llenado de los formatos de los subsistemas de información en la UAA son básicamente los médicos tratantes o bien las enfermeras de apoyo. Sin embargo, en las unidades donde no existen dichos recursos existe un técnico en salud responsable de la atención y del llenado de los informes mensuales del SIS y de la hoja de reporte del sistema epidemiológico.

En el ámbito estatal, el personal encargado de los sistemas de información generalmente está especializado en el área de estadística, con cargas excesivas de trabajo, ya que tiene bajo

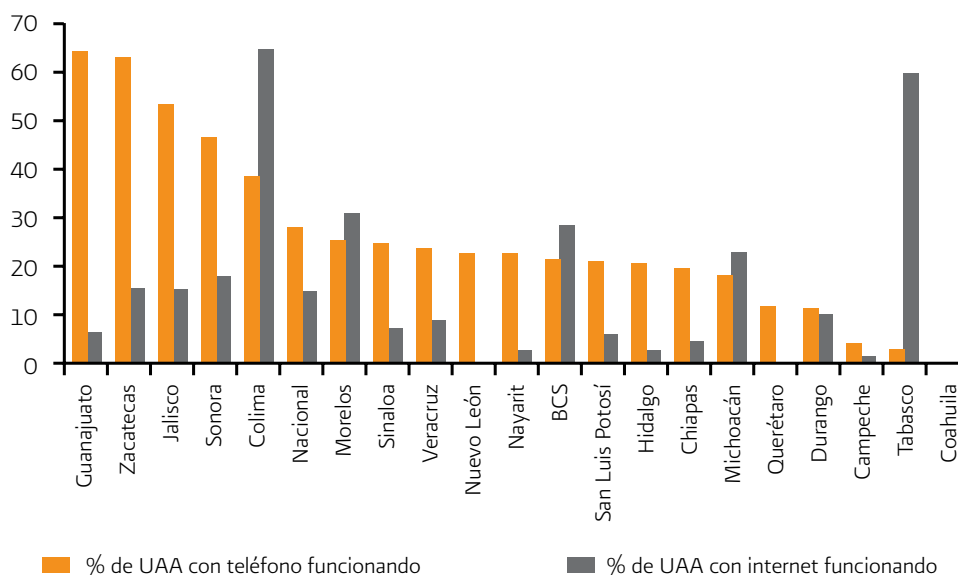
su responsabilidad más de un subsistema de información. Otra característica importante es el distinto nivel laboral que ocupan en la estructura organizacional, por lo que es posible encontrar responsables con nivel de coordinador, jefe de departamento o incluso de apoyo técnico.

Un problema recurrente en el proceso de captación de información en las UAA es la falta de capacitación del personal para el llenado de los formatos, para su captura e integración en los respectivos subsistemas. De acuerdo con las entrevistas realizadas para efectos de la presente evaluación, tanto en el nivel federal como estatal existen programas de capacitación. Sin embargo, hay una alta movilidad del personal que atiende las unidades de salud. En la mayoría de los casos este personal tiene que aprender durante la práctica, lo que va en detrimento de la calidad de la información.

Existe un gran vacío de información sobre los recursos tecnológicos (computadoras, software, Internet, etc.) en las UAA. Llama la atención que no exista un inventario nacional de recursos informáticos, aun cuando el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) contiene campos sobre el equipo de cómputo existente y funcional en las unidades de salud.

Para contar con los datos de este estudio se realizaron diversas encuestas. En primer lugar se envió un cuestionario a las entidades federativas y 21 estados respondieron. Un porcentaje reducido de unidades médicas ambulatorias cuenta con teléfono (28.1%).

Figura 6.1. Porcentaje de UAA de los SESA con teléfono e Internet funcionando, México 2010



Y solo 14.8% cuenta con servicio de Internet funcionando. Llama la atención que ninguna unidad de las reportadas por Querétaro, Nuevo León y Coahuila cuenta con este servicio.

En el estudio de caso realizado en Morelos se puso en evidencia la necesidad de fortalecer los recursos relacionados con los sistemas de información, ya que menos de la mitad cuenta con línea telefónica e Internet, lo que hace poco eficiente el envío de información a pesar de que la mayoría cuenta con equipo de cómputo. Los resultados más importantes de esta encuesta se muestran en el cuadro 6.1.

Cuadro 6.1. Acceso a diversos recursos y servicios relacionados con los sistemas de información en las 62 unidades de atención ambulatoria de los SESA visitadas, Morelos 2010

	Unidades urbanas	Unidades rurales
Área de informática	2	3
Línea telefónica	5	20
Internet	1	15
Computadoras	9	30
Estadístico	1	1
Captura y análisis de datos	6	14
Expediente clínico electrónico	1	2

El fin de los sistemas de información es que ésta se use. Desde la unidad médica que ofrece la atención hasta el nivel federal, los datos debieran usarse para los distintos fines para los que se recaban. Sin embargo, su uso está limitado por varios factores:

- ▶ el personal que genera la información desconoce la utilidad de los datos;
- ▶ los generadores de la información sufren sobrecarga de trabajo y su atención se centra en brindar la consulta, no en llenar formatos y elaborar los informes;
- ▶ la alta movilidad del personal no favorece que se involucren con la salud de la población de su área de influencia;
- ▶ es común que los tomadores de decisiones prefieran utilizar sistemas alternos de información con cobertura local para la planeación y rendición de cuentas, y
- ▶ a nivel estatal, la información generada tanto en el SIS como en el SUIVE se utiliza para elaborar informes y dar respuesta a las solicitudes de información que llegan principalmente de nivel central, y sólo en algunos casos la sistematizan para elaborar sus informes de evaluación y sus programas anuales de trabajo.

En los últimos años, la Ssa puso en marcha el proyecto del Expediente Clínico Electrónico (ECE) en las unidades de salud del país. A finales del año 2010 se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010 que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de los Sistemas de ECE para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de información de los registros electrónicos.

La implantación del ECE en las unidades médicas representará un cambio de paradigma de los sistemas de información que tendrán como eje principal al paciente y su seguimiento a lo largo de los años. Lo que ahora se capta de servicios otorgados y de vigilancia epidemiológica, y que fluye de manera separada, se podrá obtener de un solo sistema y se contará con la información automatizada de lo que ahora se capta en las Tarjetas de Control.

Ya existen en el país un sinnúmero de propuestas de expedientes electrónicos con plataformas distintas que captan datos de distintas áreas hospitalarias: consulta externa, farmacia, laboratorios, etc. Diez entidades de la República, a través de convenios de colaboración, han implantado el ECE que generó Sinaloa. El número total de expedientes captados por estas entidades es ya de 2'897,317 y el número de consultas es superior a los siete millones y medio. Las entidades con mayor porcentaje de unidades de primer nivel que cuentan con ECE son Sinaloa, Chihuahua, Hidalgo y Baja California Sur (Cuadro 6.2).

Uno de los elementos que han impedido el establecimiento del ECE en las entidades son los recursos necesarios para su implantación. En el caso de Sinaloa en los seis años que tiene operando el ECE/SIGHO han invertido alrededor de 35 millones de pesos. Esto ha permitido la implantación del ECE en 260 unidades (209 de consulta externa) con beneficios importantes dado que ya se tiene un repositorio estatal de datos con más de un millón de expedientes clínicos (véase Caja).

Un elemento a tener en cuenta es que las UAA deben contar con una red de datos tipo LAN (Local Area Network, red de área local), lo cual implica que en unidades con más de ocho terminales es necesario agregar una computadora tipo servidor, debido a que en la mayoría de las localidades no hay tecnología de telecomunicaciones de banda ancha. Según la encuesta realizada para este proyecto, el país ya cuenta con 1,339 LAN. Las entidades con mayor número de ellas son Tabasco (357), Sonora (310), el Estado de México (131), Tlaxcala (121), Yucatán (101), Colima (55), Guerrero (47), Morelos (43), Zacatecas (41), Sinaloa (38), Nuevo León (24), Coahuila (19), Veracruz y Jalisco (15 cada uno).

Cuadro 6.2. Unidades de atención ambulatoria de los SESA que cuentan con expediente clínico electrónico, México 2010

Entidad	Total de unidades	Unidades con ECE	%
Baja California Sur	78	50	64
Guerrero	947	11	1
Nayarit	208	5	3
San Luis Potosí	178	2	1
Tlaxcala	174	71	41
Zacatecas	140	38	27
Sinaloa	212	209	99
Chihuahua	165	155	94
Hidalgo	470	304	65
Sonora	278	115	41

Aunque la NOM 024 previó la instalación del ECE desde finales del año 2010, pocas entidades incorporaron una partida presupuestal específica en sus presupuestos para el año 2011. Sería por lo tanto conveniente que los SESA consideraran ir equipando a las unidades de consulta externa (de manera paulatina y por nivel) con los recursos necesarios para incorporar el ECE a la mayor brevedad posible.

Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas de información en las unidades de atención ambulatoria de los SESA

Propuestas para el nivel federal

1. Hacer una revisión exhaustiva de todos los subsistemas de información que se encuentran en operación en las UAA de los SESA con el fin de hacer más efectiva y oportuna la generación y transmisión de datos, tomando en consideración la próxima implantación del ECE. Esta revisión debe tener como objetivo fundamental reducir considerablemente el número de formatos y variables.
2. Transformar el Informe Mensual del SIS en un reporte nominal que en un futuro se obtenga directamente del apartado de

salidas del ECE y no se tenga que elaborar de manera paralela a la captura de datos de la hoja diaria del médico.

3. Automatizar todos los procesos de captura de información del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica, que deberán operar con una plataforma única.
4. Actualizar la NOM-017-SSA2-1998 para la vigilancia epidemiológica y cumplir con la actualización quinquenal que marca la normatividad en metrología, con el fin de asegurar que los padecimientos considerados de notificación inmediata y obligatoria sean acordes a las necesidades epidemiológicas actuales y de salud de la población.
5. Diseñar un curso de capacitación para los responsables estatales de los sistemas de información con contenidos estandarizados sobre técnicas para la captura, envío y análisis de información, así como sobre los principios básicos de operación del SIN AIS.

Propuestas para el nivel estatal

1. Hacer las inversiones necesarias en infraestructura y equipo para garantizar la captura y envío en línea de la información capturada en las UAA a los niveles jurisdiccional, estatal y federal.
2. Tal como lo establece la normatividad vigente, designar un responsable estatal de información encargado de diseñar y operar un sistema estatal de información en salud en estrecha colaboración con las jurisdicciones sanitarias y las unidades de atención.
3. Delegar en el personal de base (enfermeras o médicos) la responsabilidad de capturar y enviar la información en salud generada en las UAA. Este personal deberá recibir capacitación periódica estandarizada en el manejo de información en salud.
4. Asegurar una partida presupuestal específica en los Programas Operativos Anuales que garantice la instalación y operación del ECE en todas las UAA de los SESA, tal y como lo marca la NOM respectiva.
5. Mantener un programa de supervisión continua de la generación de información en las UAA que asegure la calidad de los datos y su oportuno envío a los niveles jurisdiccional, estatal y federal.

Expediente Clínico Electrónico de Sinaloa

El proyecto del Expediente Clínico Electrónico (ECE) nació como una iniciativa de los Servicios de Salud de Sinaloa en 2002. Su objetivo inicial era ayudar a solucionar el problema de desabasto de medicamentos en las UAA del estado. Debido a que este problema era más grave en las UAA del ámbito rural, desde su inicio se le dio prioridad a las unidades de salud de consulta externa de primer nivel. Una de sus primeras metas fue capturar información de 200 unidades que contaban en promedio con tres médicos cada una. Cada médico otorgaría 20 consultas al día. Se tendría entonces información sobre 12 000 recetas médicas diarias en Sinaloa.

Las opciones de software en ese momento eran escasas y muy particulares (Aguascalientes, Puebla e IMSS). Además no se contaba con un marco normativo y un modelo funcional a seguir. Por ello se diseñó el software "Sistema de Expediente Clínico (SIEC)" en 2002, con énfasis en la prescripción de medicamentos y el seguimiento de programas de salud, como diabetes, hipertensión y embarazo, con variable únicamente de los procesos del servicio de consulta externa. A finales de 2003 se cambió a SIGHO (Sistema de Información para la Gerencia Hospitalaria), añadiendo, además de la consulta externa, los módulos de Agenda, Admisión, Trabajo Social, Hospital, Enfermería, Urgencias, Cirugía, Tococirugía, Dental, Laboratorio, Imagen, Patología, Banco de Sangre, Referencias y Caja. El plan de implementación contempló las siguientes etapas: planeación, configuración, capacitación, implementación y seguimiento, y capacitación. Los requerimientos de equipamiento que se establecieron para una unidad de consulta externa de tres núcleos fueron los siguientes:

Área	Computadora de escritorio	UPS	Impresora láser
Consulta externa	1	1	1
Consultorio 1	1	1	1
Consultorio 2	1	1	1
Consultorio 3	1	1	1
Control de citas	1	1	1
Caja	1	1	1

Hoy el estado de Sinaloa cuenta con ECE funcionando en 209 de sus 212 unidades de atención ambulatoria.

Bibliografía

1. De Kadt E. Making health policy management intersectorial: issues of information analysis and use in less developed countries. *Soc Sci Med* 1989;29:503-14.
2. Frere JJ. Health management information system of child survival project in Pakistan. Washington, D.C.: United States Agency for International Development, 1987:1-23.
3. Kiaffi A. Rapport d'évaluation du nouveau système de collecte de données. Niger: Ministry of Public Health, 1988:1-26.
4. Lippeveld TJ. Transforming health facility base reporting systems into management information system: lessons from the Chad experience. Cambridge, MA: Harvard Institute of International Development, 1992: 1-27.
5. Sandiford P, Annett H, Cibulskis R. What can information systems do for primary health care? An International perspective. *Soc Sci Med* 1992;34:1077-87.
6. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación, 11 de octubre de 1999.
7. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2010 que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de información de los registros electrónicos en salud. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación, 8 de septiembre de 2010.
8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación, 29 de octubre de 1999.
9. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Nacional de Información en Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2008.
10. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2008.
11. Sistema de Información en Salud. Subsistema de Prestación de Servicios. Disponible en: <http://pda.salud.gob.mx/sis/>. Consultado el 4 de marzo de 2011.
12. WHO. The challenge of implementation: district health system for primary care. Unpublished document, WHO/SHS/DHS/88. Geneva: WHO, 1988.

VII. Propuestas de fortalecimiento del ciclo de suministro de medicamentos en las UAA de los SESA*



Los esfuerzos recientes por mejorar el acceso a los medicamentos en las UAA de los SESA se han centrado en fortalecer el abasto. Estos esfuerzos deben ahora rediseñarse para fortalecer todo el ciclo de suministro que incluye la selección, planeación, compra, distribución, almacenamiento, prescripción, dispensación y consumo de los medicamentos.

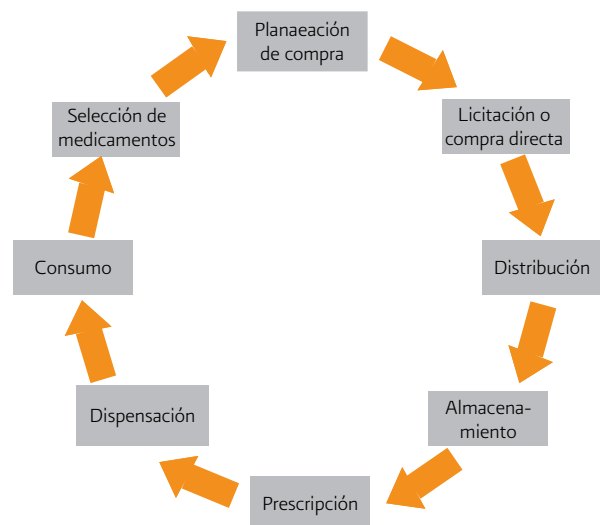
El acceso regular a los medicamentos y su uso racional son elementos esenciales de una atención a la salud de calidad. Todos los sistemas de salud deben garantizar ambos procesos si pretenden atender las necesidades de salud de su población de responsabilidad.

Los esfuerzos desarrollados recientemente por las instituciones públicas de salud de México se han centrado sobre todo en el abasto y surtimiento de estos insumos. Ahora es indispensable rediseñarlos para plantear acciones con una visión integral. Esto significa fortalecer todo el "ciclo de suministro de medicamentos," que incluye su selección, la planeación de su compra, la organización de su licitación o compra directa, su distribución, su almacenamiento, su prescripción, su dispensación y, finalmente, su consumo (véase figura 7.1).

Otro concepto útil en el diseño e implantación de iniciativas para fortalecer el acceso y la prescripción de los medicamentos es el de "acceso sostenible a la farmacoterapia de calidad," que supone: 1) contar con medicamentos que sean efectivos, seguros y costo-efectivos; 2) garantizar su disponibilidad de manera continua sin costo para el usuario en el momento de recibir la

atención y 3) hacer un uso adecuado de los medicamentos por prescriptores, dispensadores y usuarios que derive en un tratamiento de calidad. El acceso sostenible a la farmacoterapia de calidad no solamente incrementa la calidad de vida de los pacientes y los protege contra gastos catastróficos, también robustece administrativa y financieramente a las instituciones de salud.

Figura 7.1. Ciclo de suministro de medicamentos



* Los autores de este capítulo son Veronika J. Wirtz, Elizabeth Candía Fernández, René Soria Saucedo y Eduardo Teodoro Delint Ramírez.

El propósito de este capítulo es presentar propuestas que fortalezcan todo el ciclo de suministro de medicamentos en las UAA de los SESA. Como en el resto de este informe, se presentaron propuestas para implantarse en el nivel federal y propuestas dirigidas a fortalecer el ciclo de surtimiento en el nivel estatal.

Para generar las propuestas que se presentan en este capítulo se consultaron fuentes primarias y secundarias de información. Las fuentes primarias incluyeron entrevistas con actores claves del nivel federal y estatal de la SSa y con expertos en el ciclo de suministro de medicamentos, cuestionarios electrónicos y encuestas. Se hicieron entrevistas sobre todo a empleados de los SESA involucrados en el suministro de medicamentos. Cuando por alguna razón no se pudieron llevar a cabo entrevistas directas se recurrió a un cuestionario electrónico que cubrió los mismos apartados que las entrevistas personales. Se seleccionaron sobre todo a especialistas locales en el tema de medicamentos, a los encargados de la compra y distribución de medicamentos, y a los directores de los servicios médicos. Estas entrevistas se aplicaron al personal de los siguientes estados: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Yucatán. En Morelos se incluyó a responsables de las farmacias y responsables de las 62 unidades de UAA visitadas en este estudio.

Las principales fuentes secundarias revisadas fueron la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, diversas encuestas de abasto de medicamentos y surtimiento completo de recetas, varios estudios sobre calidad de la atención en las UAA de los SESA y las Encuestas Nacionales de Satisfacción y Trato Adecuado.

Las propuestas generadas se discutieron primero en un taller en el que participaron responsables de la compra y distribución de medicamentos y responsables de los servicios médicos de diversos estados. Las propuestas que surgieron en este foro se pusieron a discusión de nueva cuenta en un taller en el que se revisaron las propuestas de todos los componentes del **Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010**.

Antecedentes

La preocupación por la disponibilidad de medicamentos en las instituciones públicas de salud de México data de los años noventa, cuando el país enfrentó una situación crítica de desabasto. Una de las primeras medidas tomadas para enfrentar dicha crisis fue la elaboración de un diagnóstico sobre la disponibilidad de medicamentos en los SESA. A partir de ese diagnóstico se echó

andar una serie de acciones encaminadas a implantar un modelo capaz de “surtir los medicamentos del cuadro básico del sector salud de manera oportuna, eficiente, flexible y colaborativa, con un esquema transparente” y de promover “la participación de los sectores público y privado.”

Las principales estrategias se enfocaron en mejorar la planeación, implementar adquisiciones anticipadas y sectoriales, y fortalecer la administración de inventarios. Dos puntos clave fueron: i) la creación de una oficina que se encargó del monitoreo del progreso de las estrategias, la detección de asuntos críticos y su resolución, y la transferencia de mejores prácticas, y ii) la implantación de pruebas pilotos para la adaptación de los procesos antes de su lanzamiento nacional. Otro punto crucial fue la definición de un riguroso programa de medición interna (por parte de los estados) y externa (a través de una organización independiente) que contó con indicadores de resultado (porcentaje de pacientes con recetas surtidas al 100%). Debido a que las mediciones internas mostraron serias inconsistencias, la SSa contrató mediciones externas desde 2003.

En el sexenio actual, el *Programa de Acción Específico 2007-2012 “Mejora del Acceso a Medicamentos”* (PEMAM) se propuso “garantizar el acceso a los medicamentos esenciales a la población usuaria de los servicios de salud o de la seguridad social”. A nivel estatal se implantaron diversas estrategias encaminadas a la mejora de la disponibilidad de medicamentos en todos los niveles de atención. Desde 2007 la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud exhortó a los estados a reportar en su página web las innovaciones introducidas. A manera de resumen puede señalarse que las prácticas de auto-reporte de los estados fueron aisladas, es decir, se enfocaron en alguna de las etapas del ciclo de suministro. La mayoría se concentraron en las etapas de adquisición, distribución e inventarios, y, en menor proporción, en las fases de planeación e introducción de servicios informáticos. El área más relegada fue la de uso racional de medicamentos (prescripción, entrega y uso adecuado).

Propuestas para el fortalecimiento del ciclo de suministro de medicamentos en las unidades de atención ambulatoria de los SESA

En este capítulo se presentan propuestas dirigidas a fortalecer todo el ciclo de suministro de medicamentos en los niveles federal, estatal y local. Estas propuestas pueden agruparse en seis grandes rubros (véase cuadro 7.3): capacitación de personal, estandarización de procesos, diseño de incentivos, uso adecuado

Cuadro 7.1. Ciclo de suministro de medicamentos en los SESA de Aguascalientes y Campeche, México 2010

Etapas	Aguascalientes	Campeche
Licitación o compra directa	Se convoca a licitación respetando los precios máximos definidos a nivel federal para cada clave. Sin embargo, cada año, casi 50% de las claves aparecen desiertas y los SESA se ven obligados a comprar las claves faltantes de forma directa y a precios muy superiores a los definidos en nivel federal.	En primera instancia se convoca a licitación generalmente a finales de cada año. Si hay claves desiertas se realizan compras directas.
Distribución	El estado contrató en años anteriores a la empresa de distribución de medicamentos contratada por Jalisco y Colima. Sin embargo, los altos costos (60% por encima del costo de distribución por almacén) se obligaron a abandonar esta opción.	Desde 2007 se introduce el sistema de cálculo de necesidades por centro de atención. El almacén es el único distribuidor a través de las jurisdicciones. Actualmente se encuentra en período de prueba el ingreso de la empresa privada para la distribución de medicamentos.
Almacenamiento	Por ineficiencias en los almacenes jurisdiccionales, se decidió retirarlos de la cadena y reemplazarlos por Unidades de Abasto Directo (tres camiones responsables de abastecer los centros de salud mensualmente a través de un catálogo de surtimiento de claves).	Se utiliza el almacén central, que distribuye a los almacenes jurisdiccionales.
Prescripción	Se desconocen las funciones de un comité farmacoterapéutico y no lo utilizan. No se desarrollaron guías clínicas estatales. La utilización de estas guías por parte de los médicos es prácticamente nula. Se desconoce el rol de las guías clínicas y no se ha avanzado en la evaluación periódica de su utilización.	Se desconocen las funciones de un comité farmacoterapéutico y no se utiliza. Se utilizan 33 guías clínicas, tanto federales como estatales. Se desconoce el rol de las guías clínicas y no se ha evaluado su utilización.
Selección de medicamentos	El estado contempla 229 claves para ser utilizadas por las UAA definidas por el Comité de Compras y Adquisiciones (dependiente de atención a hospitales) y el Departamento de Planeación y Compras del área administrativa.	Los centros de atención ambulatoria tienen contemplado para su funcionamiento la utilización de 143 claves, definidas por el comité de adquisiciones estatal, en el cual participan los principales actores del sistema (primer y segundo nivel de atención, DGEF, Dirección de Atención Médica, jurisdicciones, SESA, Seguro Popular)

de medicamentos, monitoreo del ciclo de suministro y rendición de cuentas.

Es importante destacar que las propuestas pueden implementarse con cualquier modelo, público o privado, de adquisición y distribución de medicamentos. ¿Por qué no recomendar algún modelo particular de suministro? Porque ninguno de los tres modelos (modelo totalmente público, modelo con contratación privada de alguna parte del ciclo suministro y modelo totalmente privado) ha demostrado todavía su clara superioridad.

La SSA y los SESA deben promover la capacitación de todo el personal, federal, estatal y local, que interviene en el ciclo de suministro de medicamentos. A nivel internacional se cuenta con guías de buenas prácticas que pueden servir como referentes para fortalecer la capacitación de los recursos humanos. A nivel nacional son de observancia obligatoria los lineamientos normativos para los establecimientos que manejan medicamentos.

El diseño de los procedimientos del ciclo de suministro de medicamentos debe basarse en guías de referencia, nacionales e internacionales. El nivel federal debe monitorear el cumplimien-

to de los lineamientos y protocolos de buenas prácticas o, mejor aún, crear una agencia que se dedique exclusivamente a atender aspectos relacionados con medicamentos, cuyas funciones incluyan vigilar el desarrollo, asegurar la implementación y verificar el cumplimiento de los procedimientos estandarizados. Las auditorías son un elemento clave en este sentido. Se recomienda solicitarlas periódicamente.

La SSA en su carácter de órgano normativo y facultativo debe implementar acciones para motivar a los estados a mejorar el ciclo de suministro de medicamentos. Dentro de estas acciones se incluye el hacer públicos los buenos y malos desempeños, y premiar las buenas prácticas. En las entidades se deberían premiar, con reconocimientos económicos o en especie, a los centros de salud que se desempeñen bien. A nivel individual se puede incentivar a prescriptores para que se apeguen a las directrices clínicas y los listados de medicamentos esenciales. Los incentivos a este nivel pueden ser económicos o en especie, incluyendo la entrega de tecnología o insumos que faciliten la práctica profesional.

Cuadro 7.2. Abasto de medicamentos en las jurisdicciones sanitarias de Morelos, México 2010

Parámetro	Jurisdicción 1	Jurisdicción 2	Jurisdicción 3
Número de veces que la unidad se reabastece anualmente	8	12	4
Responsable del abasto	Tres meses una empresa y nueve meses el almacén	Almacén	Tres meses el almacén, tres meses una empresa y los últimos cinco meses no hubo abasto constante debido a falta de responsable
Principales debilidades del sistema de distribución	<ul style="list-style-type: none"> Injerencia de la jurisdicción en el trabajo de la empresa Insuficiente personal para la supervisión jurisdiccional Recepción de medicamentos no solicitados Desabasto de claves específicas todo el año Entregas de medicamentos sin calendario fijo Incoherencia entre las necesidades reportadas y los insumos que se reciben 	<ul style="list-style-type: none"> Desabasto de claves específicas todo el año Cantidades insuficientes de claves Recepción de medicamentos no solicitados 	<ul style="list-style-type: none"> Desabasto constante de la mayor parte de las claves Inexistencia de personal responsable de abastecer medicamentos desde almacén jurisdiccional Falta de medios de transporte para recoger el medicamento desde almacén Recepción de medicamentos no solicitados Entregas de medicamentos sin calendario fijo

Los protocolos de tratamiento son claves para garantizar el uso racional de los medicamento. Estos protocolos deben ser piloteados ampliamente para verificar su utilidad. También se tiene que evaluar periódicamente el apego de los prescriptores a dichos protocolos. Su vigilancia debe quedar en manos de un Comité de Farmacia y Terapéutica estatal, cuya función principal es definir un cuadro específico estatal de medicamentos de aplicación institucional obligatoria basado en las necesidades epidemiológicas del estado. Este Comité también puede funcionar como órgano estatal normativo encargado de establecer, difundir y monitorear las políticas de uso racional de medicamentos. Para su conformación se requiere identificar y convocar a profesionales capacitados en el uso de medicamentos que cuenten con conocimientos de Medicina Basada en Evidencia.

Negociar anualmente los precios de los medicamentos es también un asunto crucial. La idea es crear a nivel estatal un modelo semejante al de la Comisión Nacional de Negociación de los Precios de Medicamentos de Patente que existe desde 2008.

La negociación se haría entre el nivel federal y los proveedores de medicamentos certificados o previamente registrados que ofrezcan surtir en las instalaciones de las secretarías estatales. Por ejemplo, las entidades federativas pueden reunirse mensualmente, a nivel sectorial o regional, con el objetivo de alinear los estándares de compra y distribución de medicamentos para sus estados y juntar las demandas individuales para hacer valer su poder de compra. La negociación en estos casos es colectiva y busca obtener mejores precios con los productores y mayoristas. Para instrumentar esta propuesta se requiere de una revisión de las leyes de adquisiciones estatales.

Finalmente, para una toma de decisión racional se requiere de evidencias producto de evaluaciones periódicas externas que permitan –además de hacer comparaciones entre estados– monitorear la mejora en las mismas entidades. Estas evaluaciones deberían realizarse cada semestre para identificar y resolver errores oportunamente. La evaluación debe quedar en manos de una institución externa, pública o privada.

Cuadro 7.3. Propuestas de mejora del acceso sostenible a la farmacoterapia de calidad

Propuesta	Nivel	Estrategia (N=nueva; C= continuación)	Instrumentación (L=Legal, O=Operativa, T=Técnica)
Personal capacitado	Federal	<ul style="list-style-type: none"> Promover desde el nivel federal la formación de recursos humanos con conocimientos en todos los aspectos de ciclo de suministro capaces de apoyar a los estados y realizar auditorías del cumplimiento de los estándares de calidad de terapia (N) 	<ul style="list-style-type: none"> Impulsar la creación de un marco normativo para personal enfocada a todos los aspectos de la atención primaria relacionados con medicamentos (L) Promover desde el nivel federal criterios mínimos consensuados para la capacitación de recursos humanos en el área de medicamentos (incluyendo procedimiento estandarizados) (T)
	Estatad	<ul style="list-style-type: none"> Nombrar de al menos una persona responsable por jurisdicción del manejo y conservación de los medicamentos (supervisión de almacenes, disponibilidad en los centros de salud, revisión de prescripciones, dispensación y educaciones de pacientes) (N) Verificar el cumplimiento de los procedimientos estandarizados en todo el ciclo de suministro que corresponde al estado (N) Informar al responsable de nivel federal sobre el desempeño del estado en materia de medicamentos en lo que respecta a procesos en almacén, procesos de prescripción y uso adecuado de medicamentos (N) 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar el marco normativo estatal en material de personal de salud en el primer nivel de atención para la creación de puestos en la área de medicamentos con capacidad resolutive (L) Garantizar una comunicación entre las áreas administrativa y clínica (O) Fortalecer la supervisión efectiva (necesidad de estimación de personal necesario) (O) Definir el perfil profesional del responsable por jurisdicción (T)
	Local	<ul style="list-style-type: none"> Verificar el cumplimiento de las buenas prácticas en almacenes, depósitos de distribución, prescripción, dispensación y educación de pacientes (N) 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitar al personal local en la documentación de los procedimientos relacionados con el suministro de medicamentos y facilitar el acceso a la información al personal de supervisión (O)
Procedimientos estandarizados	Federal	<ul style="list-style-type: none"> Emitir recomendaciones de desarrollo e implementación de procedimientos estandarizados con base en buenas prácticas de suministro de medicamentos (C) Definir indicadores para medir el cumplimiento de los procedimientos estandarizados (N) Realizar auditorías de las entidades cada semestre para asegurar el apego a las buenas prácticas (C) 	<ul style="list-style-type: none"> Establecer el marco normativo para solicitar que cada entidad publique sus procedimientos estandarizados en base las guías establecidas (criterios mínimos) al nivel federal (L) (véase caja sobre experiencia colombiana) Definir responsabilidades de una agencia* que vigila el desarrollo y cumplimiento de los procesos estandarizados (O) Promover desde el nivel federal la capacitación de recursos humanos para la definición de procedimientos estandarizados, su actualización continua y su difusión e implementación (programas como entrenar los entrenadores y crear cursos en línea) (T)
	Estatad	<ul style="list-style-type: none"> Establecer procedimientos estandarizados con base en buenas prácticas de suministro de medicamentos (N) 	<ul style="list-style-type: none"> Ajustar el marco normativo estatal para la implementación de procedimientos estandarizados (L)
	Local	<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentar al médico sobre su prescripción, haciendo énfasis en el cumplimiento del apego a guías clínicas y los resultados de salud (N) Implementar procedimientos estandarizados (N) 	<ul style="list-style-type: none"> Nombrar responsables de su implementación y monitoreo (O)
Incentivos	Federal	<ul style="list-style-type: none"> Publicar los resultados de evaluación del desempeño de las entidades para crear motivación política y estratégica (C) Incrementar el presupuesto de las entidades en función de cumplimiento (N) Apoyar en especie a las entidades con mejor desempeño (N) 	<ul style="list-style-type: none"> Definir el marco normativo de una agencia encargada de garantizar el acceso a una farmacoterapia de calidad (L) Crear una agencia que revise los reportes de desempeño y asigne el presupuesto o beneficios en función de cumplimiento de metas (O)
	Estatad	<ul style="list-style-type: none"> Crear incentivos motivacionales (reconocimientos, en especie o económicos) (N) 	

Continúa...

Continuación...

Propuesta	Nivel	Estrategia (N=nueva; C= continuación)	Instrumentación (L=Legal, O=Operativa, T=Técnica)
Uso adecuado de medicamentos	Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Completar las guías clínicas con protocolos terapéuticos (N) • Negociar con proveedores y distribuidores los precios de referencias a nivel estatal (N) 	
	Estatad	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar los listados de medicamentos esenciales en cada estado para que sean acordes a los descritos en las guías clínicas, protocolos terapéuticos y datos de morbilidad estatales (C) • Crear un Comité Farmacoterapéutico estatal (C) 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el marco normativo para asegurar que el comité farmacoterapéutica tenga suficiente facultad para su trabajo (L) • Identificar y convocar a los profesionales con capacidad de formar parte del Comité Farmacoterapéutico (O) • Capacitar al personal involucrado en el Comité Farmacoterapéutico (T)
	Local	<ul style="list-style-type: none"> • Difusión de las guías clínicas a los médicos y pasantes en las unidades de primer nivel de atención (C) • Retroalimentación del médico en el uso de las guías clínicas a través de una revisión por pares (N) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer a los capacitadores médicos en la utilización de guías clínicas y protocolos terapéuticos (T) • Establecer mecanismos de supervisión y retroalimentación por pares para monitorear la implementación de los protocolos terapéuticos (O)
Monitoreo y sanción de prácticas inadecuadas de compra, venta y distribución de medicamentos	Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Reportar prácticas inadecuadas de los estados (C) • Investigar las prácticas sospechosas contra el marco normativo federal o estatal (C) • Sancionar actores que actúen contra el marco normativo (C) 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar una distribución local de los medicamentos aunque los precios se negocien a nivel nacional (O) • Fortalecer los brazos estatales de la Comisión Federal de Competencia (O) (incluso la capacidad de multar o sancionar prácticas contra el reglamento o ley)
	Estatad	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear el cumplimiento de los contratos de venta y distribución de medicamentos (C) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer los brazos estatales de la Comisión Federal de Competencia (O) (incluso la capacidad de multar o sancionar prácticas contra el reglamento o ley)
Rendición de cuentas	Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar acabo evaluaciones externas cada semestre utilizando indicadores del desempeño en el área de medicamentos (N) <p>Retroalimentar de manera individual a los encargados de supervisión del nivel estatal con base en los resultados de las evaluaciones (N)</p> <p>Evaluar externamente el desempeño de los flujos financieros hacia las entidades (C)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definir el marco normativo de una agencia encargada de retroalimentar a los estados al nivel federal sobre el acceso a la farmacoterapia de calidad (L) • Crear una agencia que revise los reportes de rendición de cuentas sobre el desempeño y de recomendaciones o defina sanciones en caso de incumplimiento (O) • Reclutar recursos humanos con amplia experiencia en el tema de medicamentos en el primer nivel de atención (administrativo como clínico) para formar parte de la Comisión (T) • Definir los indicadores estandarizados de desempeño relacionado (entre ellos los costos de la cadena de distribución) (O)
	Estatad	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión de arbitraje para promover casos en donde las entidades tienen reclamos hacia el nivel federal (N) 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar el marco normativo para dar facultad a una comisión que puede impulsar el monitoreo y en caso de tardanza de entrega de recursos emitir multas o sanciones

Propuestas para el nivel federal

1. Desarrollar un curso de capacitación estandarizado sobre el ciclo de suministro de medicamentos que deberá implantarse en todas las entidades federativas.
2. Crear un Centro de Información de Medicamentos dirigido a personal de salud y usuarios del nivel ambulatorio.
3. Otorgar un premio federal a la jurisdicción por estado que demuestre mayores ahorros en términos de eficiencia en el funcionamiento del proceso de suministro de medicamentos.
4. Diseñar un mecanismo de negociación de precios de una selección de medicamentos del CAUSES para asegurar un precio único de venta a todos los SESA.
5. Dar seguimiento externo semestral a seis indicadores críticos de desempeño del ciclo de suministro y 10 indicadores de uso racional de medicamentos (véase caja sobre Monitoreo del Ciclo de Suministro de Medicamentos).

Propuestas para el nivel estatal

1. Nombrar una persona por jurisdicción responsable de dar seguimiento al desempeño del ciclo de suministro de medicamentos.
2. Asegurar que todo el personal de base (administrativo y operativo) relacionado con el ciclo de suministro de medicamentos conozca y aplique los procedimientos estandarizados del área de su competencia.
3. Crear un comité fármaco-terapéutico que seleccione la lista de medicamentos esenciales estatal con base en las necesidades locales y elabore recomendaciones sobre su uso adecuado.
4. Garantizar el uso de protocolos estandarizados de tratamiento para las 10 causas más comunes de atención en las UAA, incluyendo diabetes, hipertensión y dolor crónico.
5. Otorgar un premio en especie a la mejor iniciativa implementada para promover el uso racional de medicamentos en el estado.

Experiencia de Colombia en la Integración del Farmacéutico al Equipo de Salud

En 1995 se decretó en Colombia la Ley 212, que reglamenta la profesión del químico farmacéutico. En 2005 se aprobó el Decreto 2200, que regula las actividades y/o procesos propios de los servicios farmacéuticos. El decreto define el servicio farmacéutico como “el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir de forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.”

La Ley 212 incluye dentro de sus objetivos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el suministro y atención farmacéutica. De igual manera define las funciones y los requisitos mínimos de los servicios, dentro de los que destaca la necesidad de una infraestructura física adecuada y los recursos humanos idóneos. Considera como recursos humanos idóneos a los químicos farmacéuticos y a los tecnólogos en regencia de farmacia.

Indicadores para el Monitoreo del Ciclo de Suministro de Medicamentos

► Indicadores de compra, distribución y almacenamiento

1. Nivel de servicio de proveedores: Unidades entregadas por proveedor a tiempo y completas / unidades solicitadas (medición mensual)
2. Compra alterna: Importe de las compras emergentes o alternas / compras totales (medición mensual)
3. Claves desiertas: Total de claves no asignadas en licitación / Total de claves licitadas (medición después de cada proceso licitatorio)
4. Abasto de almacén a farmacia: Unidades entregadas a tiempo y completas desde almacenes / total de unidades solicitadas a almacenes
5. Nivel de inventario promedio: Inventario final periodo anterior + entradas + inventario final periodo / 2

► Indicadores de uso racional de medicamentos

De patrones de prescripción

1. Promedio de medicamentos por receta
2. 10 medicamentos más recetados
3. Porcentaje de prescripción de antimicrobianos
4. Porcentaje de medicamentos prescritos que forman parte del cuadro básico estatal
5. Porcentaje de los pacientes tratados de acuerdo con los protocolos de tratamientos de las guías clínicas

De calidad de la atención

6. Porcentaje de medicamentos prescritos que son realmente surtidos
7. Porcentaje de los medicamentos acompañados con la indicación escrita del uso
8. Porcentaje de pacientes con conocimiento sobre la dosis prescrita
9. Promedio del tiempo de consulta
10. Promedio del tiempo de espera del surtimiento del medicamento

Bibliografía

1. Berán D, McCabe A, Yudkin J. Access to medicines versus access to treatment: the case of type 1 Diabetes. *Bulletin of the World Health Organization* .August 2008, 86(8).
2. Dirección General de Planeación y Desarrollo (DGPLADES). Metodología detallada para el levantamiento de indicadores. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2009.
3. Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, Tirado-Gómez LL, Ramírez D, Macías C. Abasto de medicamentos en unidades del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud. *Salud Pública México* 2001; 43: 224-232.
4. Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Pública México* 1998; 40(1):1-8.
5. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). *OECD Reviews of Health Systems: MÉXICO*. Paris: OECD, 2005:61.
6. Organización Mundial de la Salud. Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud: indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Ginebra: Organización Mundial de Salud, 1993. (DAP Research Series N°7. WHO/DAP/93.1) (la lista arriba es una selección de los indicadores propuestas por la OMS).
7. Ramírez-Ramírez MO, Zavala-González MA. Calidad de la prescripción de medicamentos en unidades de atención primaria en salud de Tabasco, México. *Revista de los Estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. MED. VIS.* 2009; 22(1): 19-40.
8. Reséndez C, Garrido F, Gómez-Dantés O. Disponibilidad de medicamentos en el primer nivel de atención de Secretaría de Salud. *Salud Pública México*. 2000; 42: 298-308.
9. Secretaría de Salud. Elementos para mejorar la regulación farmacéutica en México: Experiencia del Reino Unido. México 2007.
10. Secretaría de Salud. Evaluación de los Procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud, 2008. Informe Final, 8 de diciembre de 2008.
11. Secretaría de Salud. Modelo Nacional de Farmacia Hospitalaria. Secretaría de Salud. México 2009.
12. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012. Mejora del Acceso a Medicamento. Primera Edición. México 2007.
13. Secretaría de Salud. Satisfacer la demanda de medicamento en el sector salud, una iniciativa en progreso. México 2004
14. Secretaría de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. Primera edición 2009.
15. Wirtz VJ, Russo G, Kageyama-Escobar ML. Access to medicines by ambulatory health service users in Mexico: an analysis of the national health surveys 1994 to 2006. *Salud Pública México* 2010; Vol. 52(1):30-38.
16. World Health Organization. *Essential Drugs Monitor Bulletin*. WHO Department of Essential Drugs and Medicines Policy. 2002; 31: 28-29.

VIII. Propuestas de fortalecimiento de los sistemas gerenciales de las UAA de los SESA*



Los sistemas gerenciales de las unidades de atención ambulatoria de los SESA deben modernizarse para garantizar la atención continua y de calidad que requieren los pacientes con enfermedades no transmisibles.

Los modelos tradicionales de atención ambulatoria en los países en vías de desarrollo se diseñaron para atender sobre todo eventos agudos asociados a infecciones comunes y problemas reproductivos. La creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles y la reciente implantación del SPSS obligan a revisar estos modelos para atender una creciente demanda de atención que exige de servicios más complejos y un vínculo más estrecho con las unidades de referencia que ofrecen servicios especializados, tanto diagnósticos como terapéuticos y de rehabilitación.

Dentro de los esfuerzos recientes por mejorar la calidad de la atención y los procesos gerenciales en los SESA destaca un estudio realizado en 1952 centros de salud urbanos y rurales de la SSa entre 1997 y 1999. Este estudio demostró que en las UAA había problemas de abastecimiento de medicamentos, uso deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego a la normatividad de programas prioritarios. Ha habido otros esfuerzos por fortalecer la capacidad gerencial de los SESA, dentro de los que destacan el diseño del Modelo Integral de Atención a la Salud y diversas iniciativas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Para la generación de la información que alimentó la formulación de las propuestas de fortalecimiento de los sistemas geren-

ciales que se presentan en este informe se echó mano de diversas técnicas de investigación cualitativa y revisión documental. En el primer caso se realizaron entrevistas con académicos expertos en temas organizacionales y funcionarios del nivel federal vinculados con la calidad y la gerencia de servicios de salud. También se realizó trabajo de campo en dos entidades federativas en donde se realizaron entrevistas semi-estructuradas, observación pasiva y visitas a UAA. También se realizó una consulta a un grupo de ocho expertos y funcionarios vinculados con la atención ambulatoria a nivel estatal. Para ello se les envió un formulario y se les solicitó una revisión de las propuestas, así como sus observaciones para orientar su implementación en el corto plazo. Finalmente, se tuvo una última retroalimentación de las propuestas en un foro de consulta en el que participaron funcionarios federales, académicos y decisores estatales.

Antecedentes

Como parte de la estrategia de implantación de la APS, desde la década de los ochenta del siglo pasado se ha discutido en México la necesidad de fortalecer la atención ambulatoria y ampliar su capacidad resolutoria mejorando el abasto de insumos, utilizando tecnología adecuada y operando dichas unidades con médicos

* Los autores de este capítulo son Emanuel Orozco Núñez y Erika López López.

generales y familiares entrenados para operar en centros de salud urbanos y rurales. Esta demanda se vuelve a retomar a partir de los estudios realizados en casi dos mil UAA de los SESA a finales de los años noventa del siglo pasado. Hace escasos cuatro años, una evaluación del programa *Oportunidades* vuelve a documentar la situación en la que operan estas unidades de los SESA. El cuadro I describe los principales problemas en los centros de salud rurales que ofrecen servicios a dicho programa. Tres problemas parecen particularmente relevantes: la falta de equipo e insumos, la falta de disponibilidad de medicamentos del paquete básico y los problemas de calidad de la atención.

A estos problemas habría que agregar otros identificados por los funcionarios federales y estatales que se entrevistaron para este informe: los limitados horarios de atención de las UAA, la carga que representan las consultas del Programa *Oportunidades*, la poca claridad en los procesos de referencia y contra-referencia y la falta de coordinación de las UAA con las áreas responsables de servicios médicos, que tienden a ubicarse en las áreas estatales centrales, muy lejos de los ámbitos de operación de los servicios ambulatorios.

Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas gerenciales en las unidades de atención ambulatoria de los SESA

El fortalecimiento de los sistemas gerenciales bajo los que operan las UAA de los SESA pretende alcanzarse mediante la puesta en operación de un paquete de propuestas que giran alrededor de cuatro dimensiones centrales: i) la acreditación de unidades, ii) el incremento de la productividad, iii) la conformación de redes de servicios y iv) el fortalecimiento de los sistemas de referencia y contra referencia. Estas propuestas están definidas para los niveles federal y estatal, y en el contexto de la consolidación del proceso

Cuadro 8.1. Principales problemas en los centros de salud rurales que ofrecen servicios al Programa Oportunidades, México 2007

Problemas	Porcentaje
Dotación de equipo e insumos para la atención	30.9
Disponibilidad de medicamentos	30.2
Calidad de la atención de salud	23
Almacenamiento y entrega de suplementos alimenticios	12.9
Otros	3
Total	100

de reforma que dio origen al SNPSS. En su formulación se buscó retomar enfoques organizacionales y administrativos basados en los marcos normativos vigentes, diversos documentos conceptuales y operativos de la SSA y varias experiencias nacionales e internacionales.

Las propuestas parten del reconocimiento de la necesidad de lograr una mayor cobertura de servicios en un marco de mayor efectividad que procure la satisfacción tanto de los usuarios como de los proveedores. Este planteamiento retoma los principios de un esquema que ha sido muy exitoso en EUA y que establece que la atención centrada en el personal médico es poco efectiva en el mediano plazo. Este esquema plantea la separación de la atención de sanos y enfermos, la diversificación del personal en contacto directo con los usuarios, particularmente de las enfermeras y los paramédicos, y la integración de procesos.

Propuestas para el nivel federal

1. Consolidar el proceso de acreditación de las UAA dando mayor apoyo técnico y de gestión de recursos a los SESA y las jurisdicciones sanitarias con mayor rezago de afiliación de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad.
2. Dar en las cédulas de acreditación de las UAA un mayor peso a la verificación de insumos y recursos humanos para la atención de enfermedades no transmisibles, en particular diabetes e hipertensión.
3. Establecer un mecanismo aleatorio de visitas de verificación para las UAA acreditadas para así abatir los procesos de simulación.
4. Difundir los cambios realizados a la Ley General de Salud que facultan a los SESA a contratar proveedores públicos y privados con el fin de mejorar la prestación oportuna de servicios, sobre todo en las zonas de mayor rezago socioeconómico y de infraestructura.
5. Mejorar la coordinación entre la SHCP, la SSA, la CNPSS y los SESA para mejorar la asignación oportuna de recursos presupuestales a los SESA a fin de evitar retrasos en el cumplimiento de las metas programadas atribuibles a la falta de liquidez.

Propuestas para el nivel estatal

1. Ampliar los horarios de atención de tal manera que en todas las UAA se ofrezcan servicios preventivos y curativos en el horario vespertino o en jornada acumulada.
2. Reorganizar los procesos de atención en las UAA para canalizar hacia el personal de enfermería la atención de los usuarios

Cuadro 8.2. Ejes temáticos y ámbitos de las propuestas para el fortalecimiento de los sistemas gerenciales en los SESA a nivel federal

Ejes temáticos de las propuestas	Acreditación	Productividad	Redes de servicios	Sistema de referencia
Acreditación del 100% de las UAA, priorizando las entidades con mayor reto de afiliación de población pobre	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento técnico y financiero • Fortalecimiento de capacidades para la mejora y habilitación de unidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición y ajuste de estándares para la producción de servicios • Promoción de la mejora continua de la calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la acreditación de proveedores públicos y privados lucrativos y no lucrativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación del manejo adecuado de procesos y cédulas • Focalización y coordinación para mejorar la cobertura efectiva
Revisión de los procesos de acreditación de las UAA enfatizando insumos y recursos humanos para la atención de enfermedades no transmisibles, en particular diabetes e hipertensión	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de una guía para el cumplimiento de criterios • Garantía de disponibilidad de insumos • Fortalecimiento de la capacitación y los incentivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de la disponibilidad de personal capacitado • Promoción de estos contenidos en la educación continua 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación de las capacidades de los diversos proveedores. • Monitoreo del desempeño 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de criterios resolutivos de intercambio de servicios y pacientes • Mejora de la disponibilidad y acceso a servicios de especialidad y diagnóstico
Fortalecimiento de la capacidad resolutiva y la coordinación entre las UAA y las UNEMES	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de equipamiento básico y procesos de atención por tipo de unidad • Fortalecimiento de las telecomunicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición y ajuste de estándares del proceso de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusión de las cédulas de acreditación • Ampliación de la demanda de servicios en las UNEMES 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar la NOM sobre referencia y contra referencia • Promoción de las funciones de las UNEMES • Definición de mecanismos para mejorar la referencia
Promoción de los cambios realizados a Ley General de Salud que facultan a los SESA a contratar proveedores públicos y / o privados para favorecer la provisión oportuna de servicios médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación del manejo del marco normativo • Transparencia en la selección de proveedores • Premiación de iniciativas dirigidas a las zonas de mayor rezago socioeconómico y de infraestructura, incluyendo telecomunicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de estrategias efectivas de pago a proveedores • Premiación de acciones resolutivas en zonas de rezago 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de la convocatoria a proveedores privados y empresas sociales para ampliar la oferta de servicios de AA • Favorecer contratos con mejores condiciones de atención en zonas de rezago 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de criterios para la articulación efectiva de los distintos proveedores
Mejoramiento de la coordinación entre instancias financiadoras y ejecutoras del presupuesto para su asignación oportuna a los estados para evitar retrasos en el cumplimiento de metas programadas	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la asignación de recursos a los estados • Fortalecimiento de la eficiencia en los procesos de compra de equipo en insumos para la mejora de las unidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de retrasos en la asignación de recursos relacionados directamente con la atención médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la eficiencia en el pago a proveedores • Agilización en los procesos de contratación y pago de proveedores externo 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de mayor inversión pública en zonas de mayor rezago

Cuadro 8.3. Ejes temáticos y ámbitos de las propuestas para el fortalecimiento de los sistemas gerenciales a nivel estatal en los SESA

Propuestas	Acreditación	Productividad	Redes de servicios	Sistema de referencia
Fortalecimiento de la acreditación del 100% de las UAA	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la inversión estatal para la mejora de UAA Coordinación entre el nivel estatal, jurisdiccional y las UAA Evitar tergiversar el proceso 	<ul style="list-style-type: none"> Definición y ajuste de estándares Mejora continua de la calidad técnica. - Verificación del cumplimiento de las tareas por parte del personal 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar la acreditación de proveedores públicos y privados lucrativos y no lucrativos 	<ul style="list-style-type: none"> Verificación del manejo adecuado de procesos y cédulas
Ampliación de los horarios de atención para que en UAA estratégicas se ofrezcan servicios en el horario vespertino	<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo y análisis continuo de la capacidad instalada Avanzar hacia la garantía de la disponibilidad de insumos para la atención médica Verificación de la permanencia del personal 	<ul style="list-style-type: none"> Verificar que la contratación de personal y su designación mejoren la oferta de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Contratación de proveedores públicos y privados para cubrir turnos y horarios complicados Ampliación de la oferta de horarios con turnos de jornada acumulada 	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de criterios resolutiveos de intercambio de servicios y pacientes Mejora de la disponibilidad y acceso a servicios de laboratorio y radiología
Reorganización de los procesos de la atención en las UAA para designar hacia el personal de enfermería la atención de los usuarios sanos y hacia el personal médico la atención de los usuarios enfermos	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la disponibilidad de enfermeras Reconocimiento de los equipos de salud que logren mantener o mejorar la salud de los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> Ajuste de los estándares del proceso de atención Aplicación de estándares de atención efectiva 	<ul style="list-style-type: none"> Diversificación de la oferta de proveedores Descargar la demanda de servicios de nutrición, atención psicológica y preventiva del personal médico 	<ul style="list-style-type: none"> Mayor coordinación de las UNEMES con las UAA Capacitación continua del personal de las UAA en el manejo de pacientes crónicos
Revisión de los procesos de atención para ampliar la capacidad resolutivea de las UAA, para la atención de pacientes diabéticos e hipertensos	<ul style="list-style-type: none"> Mejora del manejo de pacientes Garantía de la disponibilidad de insumos Verificación de la gestión del manejo clínico que inicie en los expedientes clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción y aplicación de guías de práctica clínica - Fortalecer los programas de educación continua para la mejora de la atención de pacientes crónicos 	<ul style="list-style-type: none"> Ampliación de la convocatoria a proveedores privados y empresas sociales Favorecer contratos con mejores condiciones para la atención de pacientes crónicos 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la disponibilidad de insumos en las UAA Mayor disponibilidad de médicos de especialidad en las UAA
Revisión de los sistemas de referencia y contra-referencia para una mayor continuidad de la atención de los usuarios de las UAA, con énfasis en la consulta de especialidad, servicios de imagen y laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la gestión de recursos Eficiencia en la mejora y habilitación de unidades Verificación del monitoreo de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de áreas de oportunidad para mejorar los procesos de atención Flexibilización de oportunidades de atención para los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> Agilización en los procesos de contratación y pago de proveedores externos 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de sistemas de información Mejora del manejo clínico y seguimiento de los pacientes Ampliación del acceso a servicios de diagnóstico

3. Reforzar el abasto de insumos y la capacitación de los recursos humanos para ampliar la capacidad resolutivea de las UAA, en particular la atención de las enfermedades no transmisibles como la hipertensión y la diabetes.
4. Revisar las líneas de mando para asegurar una coordinación racional de las UAA con las jurisdicciones y las áreas de servicio de las áreas centrales de los SESA.
5. Revisar los sistemas de referencia y contra-referencia para garantizar la continuidad de la atención de los usuarios tomando en cuenta no sólo la referencia para tratamiento sino también la referencia para servicios de gabinete y laboratorio.

La Acreditación de las Unidades de Atención Ambulatoria en los SESA de Guanajuato

El proceso de acreditación de las UAA dio inicio en Guanajuato en 2004 con el compromiso y participación de las más altas autoridades sanitarias estatales. Su objetivo inicial fue acreditar en cinco años las 560 unidades que conformaban la red de servicios de esta entidad. Este sería un eje fundamental de la implantación del SPSS en el estado.

El primer reto fue identificar el área que habría de liderar este proceso. En ausencia de un área de calidad, se optó por un departamento de la Dirección de Planeación.

La siguiente tarea fue la aplicación de la cédula de acreditación al 100% de las unidades. La idea fue establecer una especie de línea diagnóstica basal a partir de la cual se estableció un programa de trabajo que incluyó la definición de las fases del proceso de acreditación y de los requerimientos financieros para habilitar las unidades correspondientes.

En seguida dio inicio un trabajo de vinculación entre la Dirección de Planeación del nivel estatal, las jurisdicciones sanitarias y las propias UAA. Como parte de este proceso se establecieron mecanismos flexibles de gestión para adquirir los insumos necesarios para fortalecer la infraestructura física, el equipamiento, los insumos y la oferta de recursos humanos de las unidades.

El objetivo de este proceso inicial de acreditación se cumplió en el plazo establecido, quedando pendientes sólo cuatro unidades que proveen servicios de salud mental. La razón por la que no se pudieron acreditar estas unidades es por que sus cédulas de acreditación, que se diseñan a nivel federal, todavía no están disponibles.

La acreditación de las UAA del estado de Guanajuato se conceptualizó y organizó como un proceso de mejora continua de la capacidad instalada. La idea ahora es buscar, en una primera fase, re-acreditación de 100 de las 590 unidades con las que cuentan actualmente los SESA de Guanajuato.

Manejo de Pacientes con Diabetes Mellitus en los SESA de Hidalgo

Esta experiencia inició en 2004 como un programa piloto de manejo de la diabetes mellitus (DM) en los SESA de Hidalgo. El modelo se operó a través de centros de salud denominados Clínicas de Diabetes. La idea no era generar nueva infraestructura, sino concentrarse en la reorganización funcional de los recursos humanos en ciertos centros de salud ya existentes. En este proyecto participó personal médico de los SESA de Hidalgo interesado en capacitarse en el manejo del paciente con DM con apoyo de personal de enfermería y trabajo social. El objetivo de esta iniciativa es buscar la autosuficiencia de los pacientes, a través de un fuerte componente de educación para la salud y monitoreo clínico.

La estrategia consiste en incentivar la atención integral y evitar la fragmentación de la prestación de los servicios, tomando en cuenta todos los factores de riesgo a los que se exponen los diferentes grupos de edad. Esto supone que los pacientes por lo general no presentan diagnósticos aislados, sino que en ellos se combinan problemas tales como obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y daño renal, entre otros.

La autosuficiencia se alcanza capacitándolo en el conocimiento y manejo de su enfermedad, incluyendo la identificación de síntomas y signos que pudieran requerir de atención especializada. Este proceso se acompaña, entre otras cosas, de la capacitación en el uso de los glucómetros.

Hay un fuerte énfasis en el uso de las redes sociales de los pacientes crónicos. Desde la primera consulta se les pide ir acompañados por un familiar, a quien se le explica su diagnóstico y su tratamiento para que este familias se constituya en un apoyo. Posteriormente se le invita a integrarse a los grupos de ayuda mutua, los cuáles promueven el soporte emocional y la capacitación específica que permiten un mejor control de la enfermedad de su familiar.

Bibliografía

1. Arredondo A, Nájera P, Leyva R. Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *Salud Pública de México* 1999;41(1):18-26.
2. Bronfman PM, López MS, Magis RC, Moreno AA, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública de México* 2003;45(6): 445-454.
3. Cabrera-Pivaral CE, Martínez A, Vega-López MV, González G, Muñoz A. Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención. *Cadernos Saúde Pública* 1996;12(4):525-530.
4. Cahuana-Hurtado L., Sosa-Rubí Sandra., Bertozzi S. Costo de la atención materno infantil en el estado de Morelos, México. *Salud Pública de México* 2004; 46(4):316-325.
5. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2008.
6. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México* 2007;49(suplemento 1):23-36.
7. Garfield S. The delivery of medical care. *Scientific American* 1970;222(4):15-23.
8. Garza-Elizondo ME, Rodríguez-Casas MS, Villarreal-Ríos E, Salinas-Martínez AM, Núñez- Rocha GM. Patrón de uso de los servicios de atención prenatal, parto y puerperio en una institución de seguridad social mexicana" *Revista Española de Salud Pública* 2003; 77: 267-274.
9. Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F, Tirado-Gómez LL, Ramírez D, Macías C. Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México. *Salud Pública de México* 2001;43(3):224-232.
10. Gómez-Dantés O, Gómez-Jáuregui J, Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública de México* 2004;46(5):399-416.
11. Gómez-Jáuregui J. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cérvico-uterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental. *Salud Pública de México* 2001;43(4): 279-288.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.
13. Pérez Rico R, Sesma S, Puentes E. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: estudio comparativo por grado de marginación. *Salud Pública de México* 2005; 47(suplemento 1):S47-S53.
14. Puentes RE, Gómez Dantés O, Garrido.Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México" *Revista Panamericana de Salud Publica* 2006;19(6): 394-402.
15. Salinas-Martínez A, M. Muñoz-Moreno F, Barraza de León AR, Villarreal E, Núñez-Rocha G, Garza-Elizondo ME. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud Pública de México* 2001;43(4): 324-335.
16. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2001.
17. Secretaría de Salud. Modelo Integrado de Atención a la Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2005.

Conclusiones

En 1937 se creó en México la primera estructura diferenciada de participación directa del Estado en la prestación de servicios de salud, el Departamento de Asistencia Social Infantil, que al poco tiempo se elevó al rango de secretaría para cubrir la asistencia pública de toda la población. De entonces a la fecha ha habido múltiples esfuerzos por ampliar y mejorar los servicios ambulatorios de atención a la salud. Destacan dentro de estos esfuerzos la construcción, entre 1958 y 1964, de más de 400 centros de salud de la SSa. En los años ochenta, gracias al boom petrolero, se crearon el Programa IMSS-COPLAMAR, hoy denominado IMSS-Oportunidades, y el Programa de Atención Médica para las Zonas Deprimidas de las Grandes Urbes. El primero construyó 3,025 unidades de salud, incluyendo 60 hospitales rurales. El segundo llegó a contar con 260 centros de salud en las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey y León. La APS tuvo un nuevo impulso con la creación, en los años noventa, del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta, el Programa de Ampliación de Cobertura, y el Programa de Educación, Salud y Alimentación, hoy Oportunidades. En 2003 el Congreso aprobó diversas reformas a la Ley General de Salud, que dieron origen al SPSS y su brazo operativo, el SPS. Estas reformas permitieron incrementar considerablemente los recursos para la población sin seguridad social, lo que se vio reflejado en la infraestructura física de los SESA. Entre 2001 y 2006 la SSa construyó 751 unidades de atención ambulatoria. Esta obra se construyó en el marco de un esfuerzo por racionalizar la remodelación y ampliación de la infraestructura física de los SESA, que se concretó en el Plan Maestro de Infraestructura Física. La atención ambulatoria en los SESA se ha beneficiado también del requisito de acreditación que la Ley General de Salud establece para poder ofrecer servicios a los afiliados al SPS. Este proceso obliga a las unidades a contar con estándares mínimos en materia de infraestructura física, equipamiento, insumos básicos y recursos humanos. A la fecha se han acreditado alrededor de 7000 UAA en los SESA, es decir, alrededor del 50% de estas unidades.

La preocupación por fortalecer la atención ambulatoria persistió en esta administración. A la fecha, el gobierno del Presidente Calderón ha remodelado, ampliado o construido 1800 unidades de salud. A estos esfuerzos habría que agregar el diseño e implantación de un nuevo modelo de atención a la salud (MIDAS), las iniciativas para mejorar el abasto de medicamentos y la oferta de recursos humanos, y el diseño y puesta en operación de diversas medidas para mejorar la calidad de la atención.

Sin embargo, la acelerada transformación del perfil demográfico y epidemiológico de la población mexicana le ha generado nuevas demandas a las UAA de los SESA. La creación del SPSS también ha incrementado las presiones sobre estos servicios, que ahora deben garantizarle a más de 40 millones de mexicanos el acceso a un paquete de más de 250 intervenciones.

Para poder responder a esta creciente demanda de servicios más complejos y costosos, las UAA de los SESA deben fortalecerse y reorganizarse, atendiendo en la medida de lo posible las recomendaciones que se presentan en este informe. Del diagnóstico que se presenta en los capítulos uno y dos, y de las propuestas de fortalecimiento que se presentan en los capítulos tres a ocho, se pueden desprender las siguientes conclusiones.

1. Más que ampliarse en número, las UAA de los SESA deben fortalecerse y reorganizarse para atender la demanda asociada a la transición epidemiológica, que se caracteriza por un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión y el cáncer, y responder a la demanda asociada a la reciente creación del SPSS, que garantiza a todos los afiliados al SPS el acceso a un paquete de más de 250 intervenciones y los medicamentos respectivos sin desembolso en el momento de utilización de los servicios.

2. La creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles, que son mucho más complejas y costosas de tratar que las enfermedades pre-transicionales (infecciones comunes, padecimientos relacionados con la reproducción y enfermedades asociadas a la desnutrición), obliga a incrementar la capacidad resolutive de las UAA, ya que el tratamiento de estos padecimientos en el ámbito hospitalario impondría enormes presiones financieras y organizativas al sistema mexicano de salud.
3. El SPSS está transfiriendo suficientes recursos frescos a los SESA para responder adecuada y oportunamente a esta demanda, lo que permitiría atender las propuestas de fortalecimiento que se hacen en este informe en materia de infraestructura física, equipamiento médico, sistemas de información, recursos humanos, abasto y prescripción de medicamentos, y sistemas gerenciales.
4. Los retos en materia de infraestructura física incluyen la creación de un inventario funcional de la infraestructura física de los SESA, el fortalecimiento de los sistemas de comunicación y la puesta en operación de programas estatales de mantenimiento preventivo y correctivo.
5. Los SESA deben contar asimismo con un inventario funcional de equipo médico, un riguroso programa de mantenimiento preventivo y correctivo, y con ingenieros biomédicos capaces de coordinar a nivel estatal la compra, uso, mantenimiento, desecho y renovación del equipo clínico de las UAA.
6. La captura y procesamiento de la información en las UAA exige un esfuerzo importante de simplificación de los formatos de captura, una inversión en infraestructura informática y de comunicación, y la puesta en operación de programas de capacitación del personal de base de las UAA en la captura y manejo de la información en salud.
7. Para poder responder de manera adecuada a la creciente demanda de servicios de mayor complejidad, las UAA de los SESA deben profesionalizarse a la mayor brevedad posible y ofrecer paquetes integrales de beneficios que incentiven a los médicos y enfermeras a hacer una carrera profesional en APS.
8. Los esfuerzos por mejorar el acceso a los medicamentos en las UAA deben rediseñarse para fortalecer no sólo el abasto sino todo el ciclo de suministro, que incluye la planeación, compra, distribución, almacenamiento, prescripción, dispensación y consumo de estos insumos.
9. Como fase inicial de la conformación de redes de servicios, las UAA deben fortalecer sus sistemas gerenciales ampliando sus horarios de atención, distribuyendo de manera más racional la atención de sanos y enfermos, ampliando su capacidad resolutive y definiendo de manera más precisa sus mecanismos de referencia y contra-referencia.
10. Como se demuestra con múltiples ejemplos en este informe, las propuestas de fortalecimiento del **Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010** pueden implantarse en periodos de tiempo muy breves y con los recursos financieros disponibles en los SESA.

Acrónimos

APS	Atención primaria a la salud	NOM	Norma Oficial Mexicana
BH	Biometría hemática	OMS	Organización Mundial de la Salud
CAAPS	Centro avanzado de atención primaria a la salud	PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud	PASSPA	Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta
CBM	Cuadro Básico de Medicamentos	PEMEX	Petróleos Mexicanos
CEDAT	Centro de Desarrollo y Aplicaciones Tecnológicas	PEMISPA	Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para Población Abierta
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica	PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
CIFRHUS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud	RHOVE	Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud	SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
CONAPO	Consejo Nacional de Población	SEED	Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones
CS	Centro de salud	SEMAR	Secretaría de Marina
CSR	Centro de salud rural	SESA	Servicios Estatales de Salud
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño	SINAI	Sistema Nacional de Salud
DGIF	Dirección General de Infraestructura Física	SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
DGIS	Dirección General de Información en Salud	SIS	Subsistema de Prestación de Servicios
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	SPS	Seguro Popular de Salud
DIF	Desarrollo Integral de la Familia	SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
DM	Diabetes mellitus	SSa	Secretaría de Salud
ECE	Expediente Clínico Electrónico	SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
EGO	Examen general de orina	SUAVE	Sistema de Notificación Semanal de Casos Nuevos
ENED	Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño	SUIVE	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	UAA	Unidades de atención ambulatoria
EPSS	Enfermeras pasantes en servicio social	UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
HTA	Hipertensión arterial	UNEMES	Unidades de especialidades médicas
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social	VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
IMSS-O	Programa IMSS - Oportunidades		
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado		
MPSS	Médicos pasantes en servicio social		

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer el apoyo que para la elaboración de este informe recibimos de las siguientes personas:

Almaguer González José Alejandro	López Vera Cuitláhuac
Andalco Higuerra Martha Silvia	Luna María Luisa
Armenta Lindoro María de Lourdes	Martínez Andrade Miguel
Belló Zelaya Mariana	Martínez Liévano Luís
Cabrera Monroy Enrique	Martínez Preciado Eduardo
Castro Borbonio María Victoria	Martínez Tamez Graciela Irma
Cicero Ancona Miguel Ángel	Maucozet Romero Fernando
Cruz Herrera Gustavo Abac	Montes Alvarado Jorge
Cruz Molina Verónica	Morales Pineda Jorge Ramón
Cuenca Flores Blanca	Morales Velázquez Jorge Gerardo
Damián Mendoza Dulce Krystal	Munibe Aragón Ana Luisa
Fernández Cantón Sonia Beatriz	Neri Velázquez Salvador
García Martínez Julia	Nigenda López Gustavo Humberto
García Ramírez Hernán	Núñez Urquiza Gabriel
García Ruvalcaba Claudia	Núñez Urquiza Rosa María
García Vargas Gumaro	Ortiz Posadas Martha Refugio
Girard Jacques E.	Pérez Cabrera Armando
Gómez Reyes Norma Angélica	Pérez Sáez Alejandro
González Block Miguel Ángel	Pimentel Aguilar Ana Bertha
González Robledo Luz María	Pineda Pérez Dayana
Graniel Ortega José Luis	Puentes Rosas Esteban
Guerrero Negrete María de los Ángeles	Ramírez Loya Baudelio
Gutiérrez Morales Patricia	Rodríguez Salgado Marlenne
Hernández Franco María Antonieta	Rodríguez Vera Ricardo Noé
Hernández Reyes Lucila	Sánchez Gaona José E.
Jiménez Urgell Sergio	Sánchez Vázquez Gregorio
Lam Osnaya Noemí	Sandoval Cázares Cesar
López Aranda Víctor Hugo	Sanjinés García Agustín
López Cervantes Malaquías	Santana Mondragón Rafael A. L.
López Melgoza Airel Guillermina	Urbáez Castro Laura
López Meneses Laura Patricia	Vargas García Catalina
López Rodríguez Erick Iván	Zamora María Teresa

**Observatorio
del Desempeño Ambulatorio
2010**

Se terminó de imprimir
en junio de 2011
El tiraje consta de 500 ejemplares.

