

# Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud

Evaluación 2008

## Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008

Primera edición, 2009  
D.R.© Secretaría de Salud  
Lieja 7, Col. Juárez  
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México  
Printed and made in Mexico.

Este informe es un producto elaborado en la Dirección General de Evaluación del Desempeño bajo la coordinación de Francisco Garrido Latorre con la colaboración de Esteban Puentes, Marlene Salgado, Ricardo Orozco, Dayana Pineda, Arturo Revuelta y Adrian Dávila.

# ÍNDICE

<b>Presentación</b>	<b>5</b>
<b>Introducción</b>	<b>7</b>
<b>Recursos y servicios</b>	<b>9</b>
■ Unidades de atención primaria	9
■ Consultorios	12
■ Recursos humanos	13
■ Equipamiento	14
■ Servicios	17
<b>Medicamentos</b>	<b>19</b>
■ Disponibilidad de medicamentos	19
■ Patrones de prescripción	23
■ Calidad en la dispensación	25
<b>Evaluación de la calidad de la atención clínica</b>	<b>27</b>
■ Calidad de la atención de la Diabetes mellitus	27
■ Calidad de la atención de la Hipertensión arterial (HTA)	32
■ Calidad de la atención prenatal	36
<b>Calidad percibida y participación ciudadana</b>	<b>43</b>
■ Satisfacción del paciente	43
■ Medición del trato ofrecido a los usuarios de centros de salud	45
■ Participación ciudadana	47
■ Conclusiones	49
<b>Notas metodológicas</b>	<b>53</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>54</b>



# Presentación

**D**el total de unidades de salud que existen en el Sector Público, más de 95% corresponden a unidades de atención primaria. Este dato refleja la importancia relativa que tiene este nivel de atención en el cuidado y mejora de la salud de la población mexicana. En el caso particular de los Servicios Estatales de Salud, estos operan casi 13,000 unidades de atención primaria, muchas de ellas ubicadas en zonas de alta marginación en las que la existencia de estos centros de atención representa la única alternativa para hacer frente a los problemas de salud que aquejan a la población de bajos recursos en México.

Los servicios de atención primaria representan, entre otras cosas, la cara más visible del sistema de salud. En 2008 se realizaron más de 73 millones de consultas, cifra que da una clara idea del volumen de demanda a la que dan respuesta los servicios ambulatorios.

Como consecuencia de su cercanía con la población, es fundamental asegurarse que los servicios de atención primaria responden adecuadamente a las necesidades y expectativas de sus usuarios. La transición demográfica y epidemiológica ha colocado a los servicios de salud en una situación muy particular en la cual, sin haber eliminado completamente las viejas causas de demanda de atención –la atención prenatal, las enfermedades infecciosas– deben enfrentarse ahora a un gran número de usuarios con patologías crónicas, como la diabetes o la hipertensión. Sin embargo, el cambio en el perfil de usuarios no se ha acompañado de un cambio a la misma velocidad en la organización de los servicios.

Como podrá verse en los capítulos de este documento, el actual diseño de los servicios de atención primaria que dependen de los Servicios Estatales de Salud ha logrado llevar servicios a la mayor parte de la población mexicana y suele satisfacer las expectativas de los usuarios por lo que genera altos niveles de satisfacción. También merece resaltarse el efecto positivo de algunas iniciativas, como la de acreditación de unidades y el fortalecimiento del abasto de medicamentos. La primera de éstas ha ayudado a establecer condiciones mínimas de calidad que se reflejan en mejores resultados prácticamente en todos los indicadores evaluados. La segunda, a su vez, ha permitido que los niveles de abasto en las unidades alcance cifras suficientes para garantizar un adecuado surtimiento de recetas a los usuarios, con el consiguiente aumento en la satisfacción de estos y la lógica reducción en el gasto de bolsillo.

No obstante, los resultados del estudio sobre unidades ambulatorias que aquí se presentan también evidencian áreas importantes de oportunidad en rubros tales como el nivel de equipamiento, la calidad de la atención de padecimientos crónicos y los tiempos de espera. Algunas de estas oportunidades de mejora requieren de inversiones de magnitud considerable o de cambios sustantivos en el perfil del personal que labora en los centros de salud, pero otras, como la relacionada con los tiempos de espera, se basan en cambios organizacionales y de actitud que suelen ser de bajo costo y alto impacto.

Como ejercicio de evaluación, el análisis situacional de los centros de atención primaria tiene el fin último de constituirse en una herramienta de comparación y mejora para los responsables de tomar decisiones sobre la operación cotidiana de estos servicios. La Subsecretaría de Innovación y Calidad tiene confianza en que la información aquí presentada será de interés y utilidad para todos los involucrados en la atención que se brinda a la salud de los mexicanos.

Dra. Maki Esther Ortíz Domínguez  
Subsecretaría de Innovación y Calidad



# Introducción

Los sistemas de salud son desarrollos sociales relativamente recientes. Antes de la presencia de los complejos sistemas hoy existentes en la mayoría de los países, la escasa atención a la salud se obtenía de la consulta privada de algunos médicos o de los servicios, usualmente hospitalarios, brindados por organizaciones asistenciales, muchas de ellas de origen religioso. Como una consecuencia natural de sus orígenes, la mayoría de los sistemas de salud se desarrollaron alrededor de los hospitales, visualizando a los otros niveles de atención sólo como complementos de lo que era el paradigma de la atención médica: la atención hospitalaria.

No obstante, este modelo de atención a la salud tiene múltiples desequilibrios, es costoso y suele ser ineficiente. Como respuesta a estas deficiencias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) efectuó en 1978 una reunión en la ciudad de Alma Ata para generar un consenso internacional sobre la importancia de rediseñar los sistemas de salud a fin de alcanzar la "Salud para Todos" en el año 2000. La definición consensuada al final de esta conferencia describía a la atención primaria como aquella "basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar... La atención primaria...representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".

Como puede suponerse, una definición de esta magnitud deja un gran margen para las interpretaciones. Por eso, al referirse a la atención primaria se requiere aclarar si se habla de un nivel de atención dentro del sistema o si, por el contrario, lo que se expresa es una serie de valores que deben regir toda la red de prestación de servicios de salud. Para resaltar la importancia de la distinción entre estos dos conceptos baste mencionar que en el más reciente Informe Mundial de la Salud, la Directora General de la OMS se refiere a la

atención primaria como "un conjunto de valores y principios que deben guiar el desarrollo de los sistemas de salud".

Como resultado de este problema conceptual, la atención primaria, operativamente, sigue siendo fragmentada, reactiva y vertical. Se ha confundido la atención primaria, integral en su esencia, con la oferta de paquetes básicos, muchas veces de baja calidad y destinados fundamentalmente a sectores marginales de la población.

En contraposición, actualmente existe un consenso internacional de que la atención primaria, ya sea que se identifique como un modelo o como nivel de atención, debe ser más resolutive, tener una mayor oferta de servicios, no limitarse a la atención de carácter reactivo y, muy importante, basarse en intervenciones con una buena relación costo-beneficio.

El presente documento se fundamenta en un marco conceptual que plantea que en nuestro país la atención primaria es un nivel de atención con recursos y servicios claramente identificables, que requiere transitar hacia un modelo más resolutive, con mayor capacidad de respuesta a las demandas de los ciudadanos, y con un papel menos reactivo y más proactivo en la promoción de la salud.

De acuerdo con dicho marco, la atención primaria debe ubicarse al centro del sistema de salud y funcionar como punto de enlace entre otros niveles y servicios del sistema. Así, la creación de unidades básicas de salud que no se integran en una red regional de servicios viola los principios básicos en los que se debería fundamentar el desarrollo de la atención primaria. En ciertos países, a fin de lidiar con la permanente escasez de recursos, se han creado redes de atención primaria en zonas bien delimitadas en vez de pretender crear estas redes en toda la geografía nacional. Esta estrategia permite atender adecuadamente al menos a ciertas fracciones de la población en contraposición a una atención teóricamente generalizada pero de calidad discutible.

Otro elemento fundamental de esta visión de la atención primaria es el de la participación ciudadana. Las actuales sociedades tienen un mayor acceso a la información y una mayor capacidad de participación en muchos campos del desarrollo social. En el sistema de atención a la salud,

mientras tanto, las oportunidades de participación siguen siendo limitadas. Mientras que la asimetría de información en los servicios de salud tiende a reducirse, la asimetría de poder en la toma de decisiones se mantiene firmemente arraigada en los servicios de atención.

Finalmente, el marco conceptual utilizado para el análisis de los resultados que se presentan en este documento aboga por una atención primaria de gran capacidad resolutive. La mayor parte de los padecimientos altamente prevalentes en México y muchas de las causas de atención son resolubles en el primer nivel de atención o al menos se les puede dar seguimiento puntual en ese nivel. A pesar de lo anterior, un buen porcentaje de usuarios no acude a los servicios de la atención primaria porque considera que ahí no se le brindará atención adecuada o difiere la atención hasta que es imprescindible referirlo a un segundo nivel o hasta que ocurre alguna complicación que lo lleva a los servicios de urgencia.

La capacidad resolutive del nivel primario de atención no sólo depende de los servicios prestados en dicho nivel sino también de elementos organizacionales, como los horarios de atención y el trato del personal de apoyo administrativo. Existen evidencias de la importancia de estas variables organizacionales en la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud por lo que cualquier inversión que se haga en su mejora tendrá una buena relación entre su costo y sus beneficios potenciales.

No obstante lo anterior, no deben perderse de vista los elementos más técnicos de la atención primaria. El seguimiento y control de padecimientos crónicos como la diabetes y la hipertensión, así como el diagnóstico temprano de éstas y otras patologías, pueden llevarse a cabo sin inconvenientes en el nivel primario si se establecen vínculos directos con los servicios de especialidad. Los recursos tecnológicos actualmente disponibles permiten que en algunos casos no sea necesaria la presencia física del médico especialista ya que éste puede revisar a distancia los datos clínicos del paciente. Evidentemente, la implantación del expediente electrónico y la transmisión en red de resultados de laboratorio e imagen son indispensables para establecer este tipo de relaciones.

Aunque costoso en sus inicios, también éste es un buen ejemplo de una reforma que tiene suficientes beneficios para justificar su puesta en marcha.

Los elementos anteriores son los lineamientos básicos que sigue este informe para describir y analizar la situación de los servicios de atención primaria que proveen los Servicios Estatales de Salud. Se han utilizado básicamente dos fuentes de información: i) los sistemas institucionales de información sobre recursos y servicios, y ii) una encuesta efectuada en 2008 en 640 unidades de atención primaria distribuidas en zonas rurales y urbanas de todo el país. Esta encuesta consistió en un ejercicio de levantamiento de información primaria en las 32 entidades federativas en el cual se entrevistó a usuarios y autoridades de los centros de salud (CS), se revisaron recetas y expedientes clínicos y se verificó la existencia de medicamentos y equipamiento médico básico.

La estructura particular de los servicios que brindan los SESA obliga a hacer una precisión con respecto al tipo de unidades y servicios descritos en este informe. Si bien la atención primaria de la salud suele proporcionarse en centros de salud que ofrecen cuidados ambulatorios, es decir, que no requieren hospitalización, existen centros de este tipo que sí ofrecen servicios hospitalarios, del mismo modo que la mayoría de los hospitales también ofrecen servicios ambulatorios. Por lo tanto, las unidades que se describen en esta sección corresponden a las unidades que el Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) de la Secretaría de Salud identifica como unidades de consulta externa (CE), independientemente de otras caracterizaciones relacionadas con su tamaño o con el tipo de servicios que ofrecen.

El objetivo fundamental es describir la situación actual de los servicios que funcionan como puerta de entrada de la población al sistema de salud a fin de resaltar sus fortalezas, identificar sus debilidades y presentar elementos que sirvan para tomar decisiones que mejoren la oferta y calidad de los servicios de salud que recibe la población a la que atienden los servicios de salud dependientes de las secretarías estatales de salud.



# Recursos y servicios

La disponibilidad de recursos humanos y físicos suficientes constituye la base para la prestación de los servicios médicos de cualquier sistema de salud y es una condición indispensable para cumplir el objetivo número uno del Programa Sectorial de Salud (PROSESA): mejorar la salud de la población.

Si el sistema de salud no dispone de los recursos suficientes y adecuados para garantizar la atención a la salud de la población, difícilmente podrá lograr los cambios que se requieren ante los retos actuales que enfrenta. El nuevo panorama epidemiológico del país requiere de servicios de salud más cercanos al paciente, tanto en sentido físico como en sentido cultural; servicios que implementen procesos de atención más dinámicos para facilitar al usuario la utilización de los servicios; que pongan a disposición de los profesionales los avances tecnológicos necesarios para diagnósticos más precisos y oportunos, y que garanticen el seguimiento adecuado de los pacientes que se encuentran bajo control permanente.

El presente capítulo describe la disponibilidad de recursos físicos, humanos y equipo médico en las unidades de primer nivel de los SESA, así como el volumen total de servicios ofrecidos en estas unidades. La descripción enfatiza la situación de los centros de salud, que son las unidades de primer nivel de atención más numerosas dentro de la Secretaría y las que atienden al grueso de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y la población sin seguridad social (PSSS). Esta información permitirá contextualizar la evaluación sobre prestación de servicios y calidad de la atención que se describirá posteriormente.

## Unidades de atención primaria

Los recursos físicos de los que dispone el Sector Salud en México siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades de la población, particularmente de la que habita en zonas rurales y marginadas. Para enfrentar los problemas de magnitud y distribución, la Secretaría de Salud ha implementado estrategias que son parte integral del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA 2007-2012). Entre éstas, por su relación con el tema del presente informe, destacan la número 5, "Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud", y la 10, "Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesario".

Esta sección describe el número y distribución de las unidades de atención primaria operadas por los SESA; primero en números absolutos y después en términos de su relación con el tamaño de la población. Considerando que no todas las unidades son del mismo tamaño y, por tanto, tienen diferente capacidad para producir servicios, el análisis se afina posteriormente usando el número de consultorios que tiene cada centro de salud, considerando a los consultorios como la unidad productiva de los servicios de atención primaria.

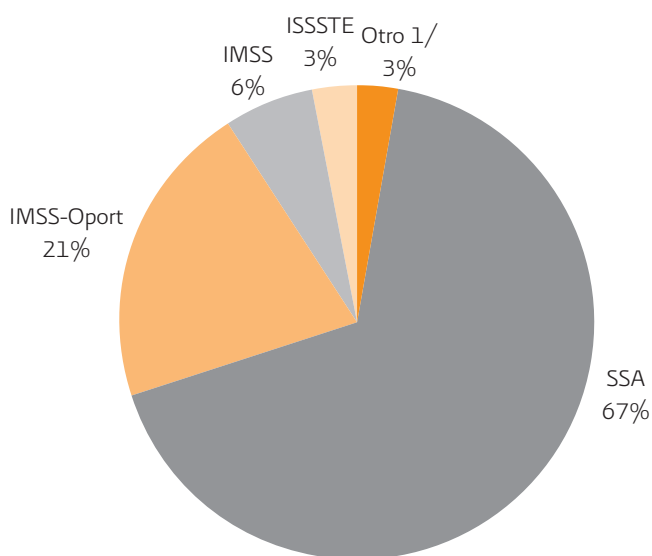
En México se disponía en 2008 de 19,377 unidades ambulatorias en el primer nivel de atención. El 88.1% de estos establecimientos dirigen sus servicios a población que no está cubierta por la seguridad social. En particular, 12,828 unidades de atención primaria, casi dos terceras partes del total de unidades de este tipo en el país, corresponden a

servicios proporcionados por los servicios estatales de salud (SESA). El detalle de la distribución de las unidades de atención primaria por institución puede verse en la figura 2.1.

Las unidades de consulta externa tienen una tipología específica determinada por los servicios que ofrecen y por su tamaño y ubicación. La figura 2.2 describe la frecuencia relativa de cada uno de los tipos de unidades de atención primaria operados por los SESA. Puede verse que 65% de estos corresponden a centros de salud rurales, mientras que el porcentaje de centros de salud urbanos y unidades móviles es similar. Se integran en un último grupo las unidades de consulta externa de características especiales, como las casas de salud y centros con servicio de especialidades, las cuales, en su conjunto, representan 9% del total de unidades de consulta externa de los SESA.

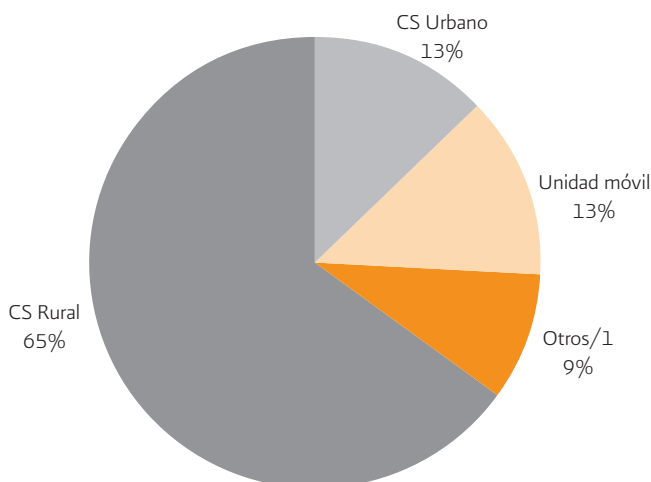
Vale la pena destacar el papel que juegan las unidades móviles en la provisión de servicios. Estas unidades se ubican como el segundo tipo más frecuente de unidades de consulta externa. En total existen en el país 1,629 unidades, lo que representa el 12.7% del total de unidades de atención primaria de los SESA. El objetivo de estas unidades es acercar la oferta de servicios de salud a la población que habita en las microrregiones con mayor grado de marginación y que, por su ubicación geográfica, dispersión o condiciones de acceso, carecen de servicios médicos instalados. La prestación de servicios en estas unidades la realizan equipos itinerantes de salud a través de vehículos equipados

**Figura 2.1** Porcentaje de unidades de atención primaria por institución responsable. México 2008



1/ Otro incluye: PEMEX, SEDENA, SEMAR, SME, SMM

**Figura 2.2** Unidades de consulta externa de la Secretaría de Salud por tipo de unidad. México 2008



1/ Otro incluye: PEMEX, SEDENA, SEMAR, SME, SMM

ex profeso para otorgar servicios de promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades. Algunas de estas unidades cuentan con sistemas de telecomunicación y enlace satelital con unidades de la red de servicios de salud con mayor resolución. El peso relativo de estos servicios es particularmente destacado en Campeche, San Luis Potosí y Zacatecas, estados donde más de 30% de las unidades de consulta externa son de este tipo (ver Cuadro II.I).

De manera poco sorprendente, dada su alta concentración poblacional, el mayor número de unidades de consulta externa operados por los SESA lo tiene el Estado de México, con 1,093 unidades, prácticamente 11 veces más que Aguascalientes y 13 más que Baja California Sur, las únicas entidades con menos de 100 unidades de este tipo en el país. Guerrero, con 972, y Chiapas, con 927, también destacan por el gran número de unidades de atención primaria con que cuentan (Cuadro II.I).

Considerando que la mayor parte de los centros de consulta externa se ubican en áreas rurales, un primer paso en el análisis de recursos consiste en identificar la disponibilidad de unidades de consulta externa para la población que habita en cada tipo de localidad. El Cuadro II.II muestra la disponibilidad de unidades de consulta externa totales por 100,000 habitantes de cada entidad, y desagrega estas cifras para la población urbana y rural. Debe considerarse que en algunas entidades el papel de las unidades móviles es importante, precisamente proveyendo servicios en localidades remotas. Por lo tanto, la aparente menor disponibilidad de servicios en áreas rurales de San Luis Potosí, por ejemplo,

**Cuadro II.I** Unidades de consulta externa de los SESA según tipología, por entidad federativa. México 2008

Entidad Federativa	Total	Centros de Salud Rurales (%)	Centros de Salud Urbanos (%)	Unidades móviles (%)	Otros (%) 1/
NACIONAL	12,828	65.3	12.9	12.7	9.2
Aguascalientes	90	66.7	23.3	7.8	2.2
Baja California	177	36.2	31.6	28.3	4.0
Baja California Sur	79	55.7	12.7	16.5	15.2
Campeche	148	63.5	4.1	31.1	1.4
Chiapas	927	32.0	3.3	10.0	54.6
Chihuahua	276	50.4	21.4	23.2	5.1
Coahuila	200	45.0	18.5	23.5	13.0
Colima	148	63.5	14.9	8.1	13.5
Distrito Federal	284	0.0	72.2	4.2	23.6
Durango	221	57.0	22.6	18.6	1.8
Guanajuato	532	76.5	13.5	9.0	0.9
Guerrero	972	86.4	6.9	6.2	0.5
Hidalgo	660	66.8	3.6	2.6	27.0
Jalisco	772	60.9	14.5	24.1	0.5
Michoacán	506	63.2	18.8	17.2	0.8
Morelos	220	67.7	24.1	4.1	4.1
México	1093	68.2	12.6	8.6	10.6
Nayarit	240	74.6	5.0	13.3	7.1
Nuevo León	488	46.5	32.4	11.7	9.4
Oaxaca	805	81.5	2.6	14.8	1.1
Puebla	587	85.0	4.9	8.0	2.0
Querétaro	229	75.6	7.9	14.9	1.8
Quintana Roo	190	71.6	15.3	5.3	7.9
San Luis Potosí	294	49.0	10.2	37.4	3.4
Sinaloa	252	70.6	7.1	13.9	8.3
Sonora	254	77.2	10.2	9.5	3.2
Tabasco	554	84.8	4.0	8.8	2.4
Tamaulipas	313	46.7	32.9	13.1	7.4
Tlaxcala	173	90.8	2.3	4.6	2.3
Veracruz	763	77.2	11.8	10.1	0.9
Yucatán	166	72.3	9.0	16.3	2.4
Zacatecas	215	56.7	7.4	34.0	1.9

1/ Otros CS incluye: Brigada móvil, Clínica de especialidades, Consultorio delegacional, Unidad ministerio público, Casa de salud, Unidad de Especialidades, Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud Médicas.

**Cuadro II.II** Disponibilidad de unidades de consulta externa (UCE) de los SESA, por entidad federativa.

Entidad Federativa	UCE por 100,000 habitantes	Centros de Salud Rurales por 100,000 habitantes de áreas rurales	Centros de Salud Urbanos por 100,000 habitantes de áreas urbanas
NACIONAL	12.0	34.2	2.0
Aguascalientes	8.0	28.5	2.3
Baja California	5.7	31.1	1.9
Baja California Sur	14.3	52.9	2.1
Campeche	18.8	46.6	1.0
Chiapas	20.8	12.9	1.4
Chihuahua	8.2	27.3	2.1
Coahuila	7.7	35.2	1.6
Colima	24.9	130.7	4.2
Distrito Federal	3.2	0.0	2.3
Durango	14.3	25.8	4.7
Guanajuato	10.6	27.4	2.0
Guerrero	30.9	62.7	3.7
Hidalgo	27.4	39.4	1.9
Jalisco	11.1	50.7	1.9
Michoacán	12.7	25.2	3.5
Morelos	13.2	66.4	3.7
México	7.5	40.3	1.1
Nayarit	24.8	57.6	1.8
Nuevo León	11.1	94.3	3.8
Oaxaca	22.7	35.2	1.2
Puebla	10.5	31.5	0.7
Querétaro	13.5	35.2	1.5
Quintana Roo	15.0	80.2	2.6
San Luis Potosí	11.9	15.9	1.9
Sinaloa	9.5	23.3	1.0
Sonora	10.2	57.1	1.2
Tabasco	27.2	51.2	2.0
Tamaulipas	9.9	37.6	3.7
Tlaxcala	15.4	66.1	0.5
Veracruz	10.5	20.9	2.0
Yucatán	8.7	37.2	1.0
Zacatecas	15.6	21.0	2.0

se ve compensada en la práctica por la oferta de atención operada a través de unidades móviles.

El análisis previo requiere complementarse con ajustes más finos basados en la magnitud de la población a la cual

dichas unidades de atención deben efectivamente prestar servicios. En principio, las unidades de los SESA deberían brindar servicios únicamente a la población no derechohabiente de las instituciones de seguridad social, por lo que el análisis más apropiado consistiría en relativizar el número de unidades con la población respectiva. Esta aproximación tendría el efecto de incrementar la disponibilidad real de centros de salud en las áreas urbanas, ya que en dichas localidades hay mayor proporción de población con seguridad social. Lamentablemente, no se cuenta con datos actualizados confiables acerca de la magnitud de la población sin seguridad social por tamaño del lugar de residencia. Por lo tanto, el análisis sólo permite obtener cifras generales para el estado en su conjunto. Los resultados se presentan en el Cuadro II.III.

Puede notarse que al delimitar el análisis de los recursos a la población sin seguridad social prácticamente se duplica la disponibilidad de unidades de consulta externa a nivel nacional, como una consecuencia lógica de que prácticamente la mitad de la población no está afiliada a alguna institución de seguridad social. De manera particular, en entidades con porcentajes elevados de población derechohabiente de la seguridad social, como el Distrito Federal, Nuevo León o Coahuila, el efecto es más notable. En Nuevo León, por ejemplo, la disponibilidad de unidades de consulta externa pasa de 11.1 por 100,000 habitantes totales a 32.4 por 100,000 habitantes sin seguridad social.

Además de los recursos físicos ya mencionados, existen otro tipo de unidades de atención con menor peso relativo pero que juegan un papel importante. Entre éstas se encuentran las denominadas “casas de salud”, que son establecimientos que usualmente no fueron construidos ex profeso para brindar servicios de salud a la población pero que se utilizan para brindar atención básica en las comunidades. Las acciones que se ofrecen en estos espacios son de promoción, prevención y fomento del autocuidado de la salud, sobre todo vinculados a la atención materno infantil, planificación familiar, saneamiento básico, control del menor de cinco años y actividades sencillas de tipo curativo-asistencial. Estas casas de salud son atendidas normalmente por recursos humanos comunitarios o institucionales que, de manera voluntaria o institucional, permiten extender los servicios a localidades donde no existe otro tipo de alternativas. De acuerdo con la información disponible, al cierre de 2008 había 134 casas de salud a nivel nacional, destacando por su número las 53 existentes en el Estado de México.

**Cuadro II.III. Unidades de consulta externa totales y fijas, y disponibilidad de las mismas por 100,000 habitantes sin seguridad social por entidad federativa.**

Entidad Federativa	Unidades de consulta externa (UCE)	Unidades de consulta externa fijas <sup>1</sup>	UCE por 100,000 habitantes sin seguridad social	UCE fijas por 100,000 habitantes sin seguridad social
NACIONAL	12,828	11,199	22.0	19.2
Aguascalientes	90	83	19.8	18.3
Baja California	177	127	15.1	10.9
Baja California Sur	79	66	41.7	34.9
Campeche	148	102	34.5	23.8
Chiapas	927	834	25.3	22.8
Chihuahua	276	212	22.5	17.3
Coahuila	200	153	28.2	21.6
Colima	148	136	56.2	51.6
Distrito Federal	284	272	7.4	7.0
Durango	221	180	30.2	24.6
Guanajuato	532	484	17.9	16.2
Guerrero	972	912	40.7	38.2
Hidalgo	660	643	40.1	39.1
Jalisco	772	586	23.0	17.4
Michoacán	506	419	18.0	14.9
Morelos	220	211	21.8	20.9
México	1093	999	13.7	12.5
Nayarit	240	208	46.6	40.4
Nuevo León	488	431	36.7	32.4
Oaxaca	805	686	29.2	24.9
Puebla	587	540	14.7	13.5
Querétaro	229	195	27.9	23.8
Quintana Roo	190	180	34.1	32.3
San Luis Potosí	294	184	21.0	13.2
Sinaloa	252	217	21.6	18.6
Sonora	254	230	27.4	24.8
Tabasco	554	505	40.6	37.0
Tamaulipas	313	272	23.8	20.7
Tlaxcala	173	165	22.5	21.5
Veracruz	763	686	16.1	14.4
Yucatán	166	139	17.7	14.8
Zacatecas	215	142	24.6	16.2

<sup>1</sup> Además de los centros de salud, se consideró como unidad fija a las clínicas de especialidades, los consultorios delegacionales, la unidad ministerio público, la casa de salud, las unidades de especialidades, los centros avanzados de atención primaria a la salud médica y los centros de salud con hospitalización

## Consultorios

Aunque valioso en sí mismo, el análisis de disponibilidad de recursos físicos requiere afinarse mediante la medición de la disponibilidad de las unidades productivas, las que, en el caso de los servicios de atención primaria, están representadas por los consultorios médicos. Es en estos donde se efectúa la interacción entre usuarios y proveedores de los servicios de salud y aunque el acto médico se puede efectuar fuera del consultorio, es en el consultorio donde se puede desarrollar respetando la confidencialidad del usuario y ofreciendo las condiciones necesarias para que el facultativo desempeñe adecuadamente sus funciones.

Como unidad productiva, los consultorios permiten una mejor aproximación al estudio de la capacidad instalada de los servicios de salud. Como puede suponerse, la capacidad de servicios de un centro de salud rural con un par de consultorios no es la misma que la de un centro de salud con cinco o más consultorios. Así, la existencia de un centro del primer tipo no tiene el mismo impacto en su población de responsabilidad que el generado por un centro con mayor capacidad instalada.

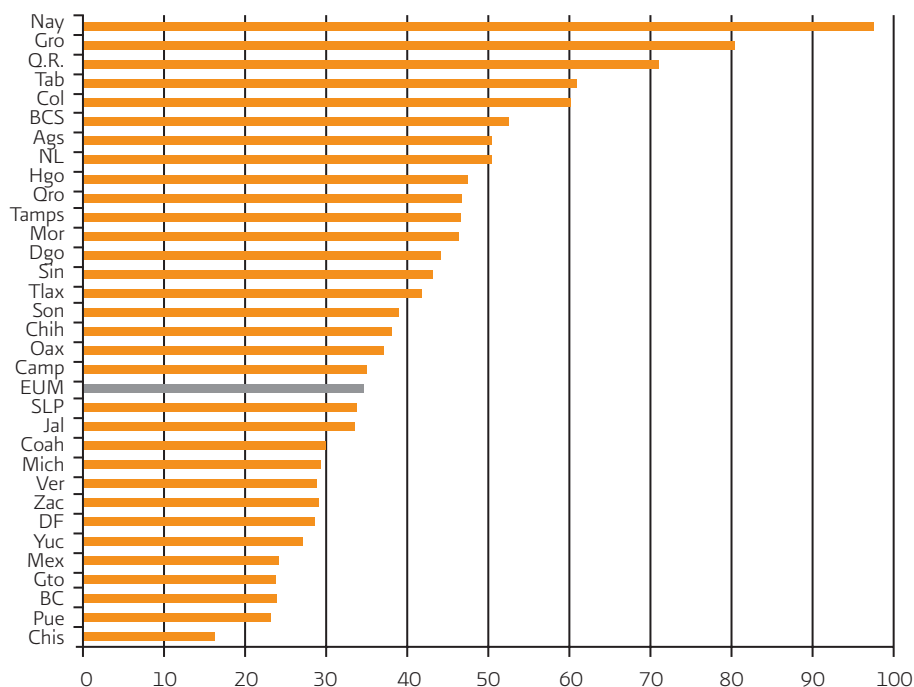
Al cierre de 2008, se tiene registro de 19,844 consultorios en los centros de salud de los SESA. En números

absolutos, la mayor parte de éstos se concentra en el Estado de México, que tiene 1,947, y en Guerrero, donde hay 1,889.

El análisis de disponibilidad estatal con relación a la población sin seguridad social arroja una cifra de 35 consultorios por 100,000 personas sin seguridad social en el país. El análisis por entidades muestra diferencias notables en la disponibilidad de estos recursos. Por un lado, Nayarit tiene una disponibilidad de 98 consultorios por 100,000 habitantes sin seguridad social en la entidad. En el extremo opuesto, Chiapas sólo alcanza una disponibilidad de 16 consultorios por 100,000 personas sin seguridad social, menos de la mitad del promedio nacional y prácticamente siete veces menos que Nayarit.

En Chiapas y otras entidades, la fuente de información (SINERHIAS/DGIS) reportaba varios centros de salud sin consultorios. Esta situación era particularmente importante en Colima, Sinaloa y, como se mencionó, Chiapas. En todas estas entidades más de un tercio de los centros de salud aparecían sin ningún consultorio. A fin de lograr un mínimo nivel de corrección, se asumió que todos estos centros de salud contaban con al menos un consultorio. La figura 2.3 muestra gráficamente la disponibilidad de consultorios por entidad federativa.

**Figura 2.3.** Disponibilidad de consultorios por 100,000 habitantes sin seguridad social por entidad federativa. México 2008



Fuente: Secretaría de Salud/DGIS

## Programa Caravanas de la Salud (PCS)

Con la finalidad de llevar servicios de salud a las poblaciones donde no existe infraestructura física, a partir de 2007 se puso en marcha el Programa Caravanas de la Salud.

El propósito del PCS es que la población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso cuente con servicios regulares de promoción, prevención y atención médica mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles.

Este programa beneficia a 1.4 millones de personas que habitan en los 125 municipios de menor índice de desarrollo humano (IDH) localizados en siete entidades federativas prioritarias: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Caravanas de la Salud ofrece una cartera de servicios compuesta por 74 intervenciones definidas con base en el perfil de necesidades de la población a la que se dirige este programa. Para brindar los servicios especificados para este programa, se cuenta con cuatro tipos de unidades médicas móviles. La versión más básica consiste en un equipo itinerante, formado por un médico, una enfermera y un promotor de salud, y un vehículo adecuado para las condiciones geográficas de la zona de influencia de dicha caravana. La unidad médica móvil tipo III, que es la más completa, cuenta, además de lo ya mencionado, con un odontólogo, consultorio dental, enlace satelital para servicio de telemedicina, equipamiento para electrocardiografía y ultrasonografía, así como con laboratorio de química seca.

## Recursos humanos

El personal sanitario es el recurso por excelencia para la atención a la salud. En condiciones extremas, el acto médico puede efectuarse fuera de los centros de salud o de los hospitales pero es inimaginable sin la existencia de personal sanitario –médicos, enfermeras, odontólogos– adecuadamente capacitado.

Entre los principales retos que el sistema mexicano de salud debe enfrentar está el de mejorar la distribución del personal de salud. La redistribución de este recurso debe efectuarse en dos sentidos. En primer lugar, es necesario encontrar mecanismos que incentiven la práctica médica en comunidades rurales y remotas a fin de garantizar que el recurso humano esté disponible donde más se le necesita. Por otro lado, también se requiere un cambio en la visión de la práctica médica para evitar que la medicina general y familiar se considere una categoría profesionalmente inferior dentro del gremio médico.

En 2008 el SINERHIAS registró la presencia de 26,612 médicos y 26,693 enfermeras en contacto con el paciente en los centros de atención primaria de los servicios de salud de las 32 entidades federativas del país. Dichas cifras representan una disponibilidad significativamente menor a la considerada usualmente como estándar internacional. Mientras que este estándar recomienda la existencia de por lo menos un médico por cada 1,000 personas, la cantidad de médicos en centros de salud de los SESA representa una disponibilidad de 0.46 médicos y enfermeras por 1,000 personas sin seguridad social en el país, menos de la mitad del valor considerado deseable.

Del total de médicos, 63.3% se ubica en centros de salud asentados en localidades rurales. Debe considerarse que se registran en este total los médicos en formación, incluyendo pasantes cumpliendo con su servicio social. En cuanto al personal de enfermería, el porcentaje de éste que se ubica en áreas rurales es ligeramente menor, de 60.3%. Esta diferente distribución provoca que la relación entre enfermeras y médicos pase de una razón de 1.1 enfermera por médico en áreas urbanas a 0.9 por médico en áreas rurales.

El Cuadro II.IV muestra la disponibilidad de médicos en contacto con el paciente en los centros de salud de los SESA por 1,000 habitantes sin seguridad social a nivel nacional y por entidad federativa. Puede notarse que en ninguna de las 32 entidades se alcanza el estándar usualmente recomendado, aunque Colima y Nayarit tienen valores próximos a la cifra mencionada de un médico por cada 1,000 habitantes. En Chiapas, por el contrario, la disponibilidad de médicos por habitante es prácticamente la mitad del promedio nacional y casi cuatro veces menor que la cifra recomendada.

## Equipamiento

Para que el personal de salud pueda desarrollar adecuadamente sus funciones, los centros de salud deben contar con diverso equipamiento básico, ya sea para auxiliarlos en sus tareas diagnósticas o para valorar el éxito de sus acciones terapéuticas. Este resumen muestra algunos resultados en materia de equipamiento básico de los centros de salud, haciendo énfasis en la disponibilidad de equipo para la atención de tres de los principales motivos de consulta en centros de salud: pacientes con diabetes o hipertensión y mujeres embarazadas.

**Cuadro II.IV. Disponibilidad de médicos y enfermeras por 1,000 habitantes sin seguridad social y relación entre enfermeras y médicos, a nivel nacional y por entidad federativa. México 2008.**

Entidad Federativa	Enfermeras	Médicos	Enfermeras por médico
EUM	0.46	0.46	1.00
Aguascalientes	0.87	0.70	1.24
Baja California	0.32	0.30	1.08
Baja California Sur	0.57	0.61	0.92
Campeche	0.54	0.62	0.87
Chiapas	0.38	0.27	1.41
Chihuahua	0.96	0.67	1.44
Coahuila	0.63	0.31	2.02
Colima	0.96	0.89	1.08
Distrito Federal	0.43	0.42	1.02
Durango	0.52	0.52	1.01
Guanajuato	0.56	0.40	1.38
Guerrero	0.65	0.58	1.12
Hidalgo	0.75	0.67	1.12
Jalisco	0.44	0.50	0.88
Michoacán	0.43	0.51	0.84
Morelos	0.63	0.57	1.11
México	0.21	0.30	0.69
Nayarit	0.89	0.84	1.06
Nuevo León	0.52	0.66	0.79
Oaxaca	0.47	0.47	0.99
Puebla	0.34	0.37	0.92
Querétaro	0.51	0.69	0.74
Quintana Roo	0.64	0.59	1.09
San Luis Potosí	0.36	0.40	0.89
Sinaloa	0.46	0.48	0.95
Sonora	0.61	0.45	1.36
Tabasco	0.56	0.78	0.72
Tamaulipas	0.57	0.46	1.23
Tlaxcala	0.35	0.48	0.73
Veracruz	0.42	0.48	0.89
Yucatán	0.60	0.42	1.42
Zacatecas	0.37	0.37	1.01

## Centros de salud con servicio de laboratorio clínico y otros auxiliares diagnósticos

Poco menos de 4% de los centros de salud de los SESA cuentan con laboratorio clínico en sus instalaciones. La entidad con mayor proporción de centros de salud con laboratorio es

el Distrito Federal, donde 27% de las unidades cuenta con el servicio. Por el contrario, en Aguascalientes y Tabasco no se reportan centros de salud con laboratorio clínico.

La existencia de laboratorios dentro de la unidad es más común en las áreas urbanas, donde 11.3% de las unidades de atención primaria cuentan con este servicio. Destacan en este rubro Zacatecas y Yucatán, donde más de 40% de sus centros de salud urbanos cuentan con este servicio.

Otro equipo importante para el diagnóstico de ciertas patologías es el equipo de ultrasonido. Este equipamiento es más escaso que el de laboratorio. Sólo 1.1% de los centros de salud de los SESA cuenta con él. Incluso entre los centros urbanos éste es un bien escaso. El equipo ultrasonográfico sólo está disponible en 1.5% de las unidades ubicadas en áreas urbanas.

Las entidades donde hay mayor disponibilidad de equipo de ultrasonidos son San Luis Potosí (4.6%), Sinaloa (4.1%) y Chihuahua (4.0%). Entre los centros ubicados en áreas urbanas, la mayor disponibilidad la tienen Quintana Roo, con 6.9% de sus unidades, y Yucatán, con 6.7%.

## Equipamiento para la atención de causas seleccionadas

La atención y cuidados prenatales representan, sólo para los SESA, otorgar alrededor de 5 millones de consultas cada año. Esto convierte a la atención prenatal en el motivo más frecuente de consulta en los centros de atención primaria. Considerando, además, que existen criterios clínicos bien establecidos sobre las acciones que se deben llevar a cabo durante el embarazo, es posible usar a este tipo de atención como un adecuado rastreador clínico tanto en términos de calidad como con relación a la disponibilidad de equipamiento. Lo mismo sucede con dos padecimientos crónicos, la diabetes y la hipertensión (HTA), que son altamente prevalentes en la población mexicana, que requieren atención clínica prácticamente de por vida y que suelen atenderse de manera regular en los centros de atención primaria, al menos hasta que se presentan complicaciones mayores.

Para evaluar la disponibilidad de equipamiento para la atención de estos rastreadores clínicos, se definió una lista de cotejo que incluye los auxiliares médicos básicos para la atención adecuada y oportuna de los mismos en un centro de salud típico (Cuadro II.V).

Con relación al listado para la atención de pacientes con diabetes, se encontró que ninguna unidad contaba

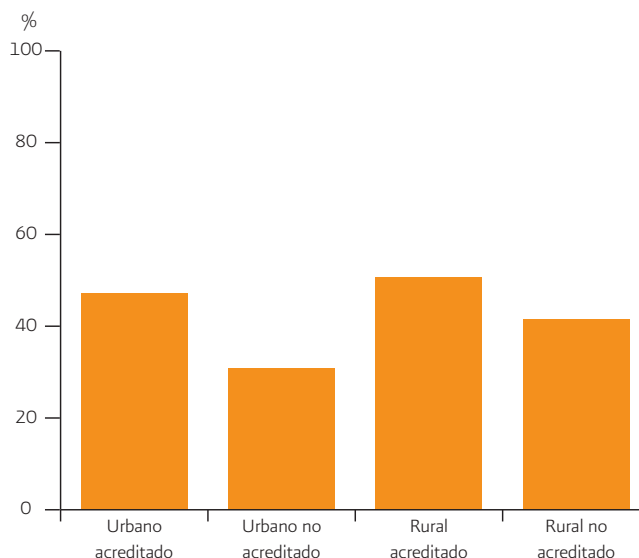
con todos los elementos incluidos en la lista. En el caso de centros de salud rurales, la mitad de las unidades acreditadas tenía al menos ocho de los nueve elementos cotejados, situación que ocurría en sólo 41% de los no acreditados.\* En los centros urbanos los porcentajes eran aún menores. Sólo 31% de las unidades urbanas no acreditadas tenían ocho de los nueve elementos, lo que ocurría en 47.1% de las acreditadas en zonas urbanas (figura 2.4). El elemento

**Cuadro II.V. Lista de cotejo para medir el nivel de equipamiento para la atención de diabetes, hipertensión y cuidados prenatales en centros de salud de los SESA. México 2008.**

Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Atención prenatal
Esfigmomanómetro mercurial, anerode o electrónico	Esfigmomanómetro mercurial, anerode o electrónico	Mesa de exploración con aditamento para piernas
Báscula con estadímetro	Estetoscopio biauricular	Esfigmomanómetro mercurial, anerode o electrónico
Termómetro clínico	Báscula con estadímetro	Estetoscopio biauricular
Cinta métrica	Cinta métrica	Estetoscopio Pinard (mujeres)
Glucómetro		Báscula con estadímetro
Tiras reactivas (des-troxtis)		Lámpara con haz direccionable
Lancetas		Termómetro clínico
Tiras reactivas para determinación de infección de vías urinarias		Cinta métrica
Tiras reactivas para determinación de albuminuria		Glucómetro
		Tiras reactivas
		Lancetas
		Vacuna Td (toxide tetánico)
		Tiras reactivas para determinación de infección de vías urinarias

\* Se denominan acreditadas las unidades de salud en las que, mediante un procedimiento de auditoría, se ha verificado que tienen las condiciones de capacidad, seguridad y calidad para brindar los servicios incluidos en los catálogos determinados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

**Figura 2.4. Porcentaje de centros de salud que cuentan al menos con 8 de los 9 insumos cotejados para la atención de diabetes, por ubicación y estatus de acreditación. México 2008**



de la lista de cotejo que estuvo ausente con más frecuencia fueron las tiras reactivas para la determinación de albuminuria, mientras que prácticamente todos los centros de salud contaron con cinta métrica y termómetro clínico.

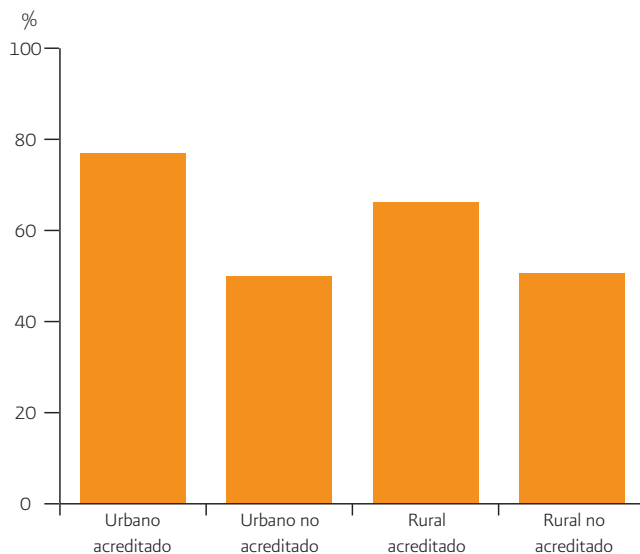
En el caso del equipamiento para tratar pacientes con HAS, no se encontró diferencia entre los CS urbanos y rurales, acreditados o no. En términos generales, 90% de las unidades visitadas tuvo los cuatro insumos revisados para la atención de este padecimiento. En este caso, la ausencia más frecuente fue la del esfigmomanómetro mercurial, anerode o electrónico.

La lista de cotejo para atención prenatal incluye 13 componentes. En tres de cada cuatro centros de salud urbanos y acreditados se encontró que existían al menos 12 de estos 13 elementos. El porcentaje correspondiente en centros rurales acreditados fue de 66% (figura 2.5). En este caso, el equipo que estuvo ausente con más frecuencia fueron las tiras reactivas para determinación de infección de vías urinarias.

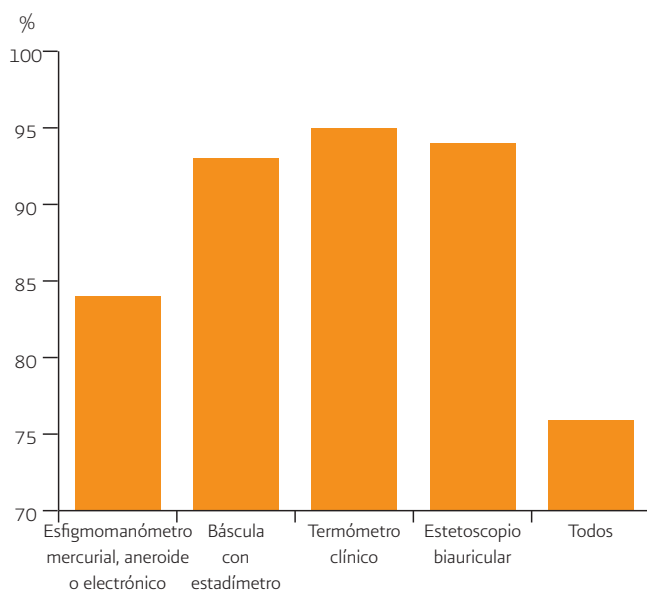
Por su particular importancia no sólo para los rastreadores seleccionados sino prácticamente para la atención de cualquier padecimiento, se midió de manera particular la frecuencia de los siguientes cuatro elementos: esfigmomanómetro, estetoscopio biauricular, termómetro y báscula con estadímetro. La figura 2.6 muestra el porcentaje de centros de salud que cuenta con cada uno de estos elementos y el porcentaje de centros que cuenta íntegramente con los cuatro.



**Figura 2.5.** Porcentaje de centros de salud que cuentan al menos con 12 de los 13 insumos cotejados para la atención prenatal, por ubicación y estatus de acreditación. México 2008



**Figura 2.6.** Porcentaje de centros de salud que cuentan con los elementos básicos para la atención de un padecimiento, de manera individual y colectiva, por ubicación y estatus de acreditación. México 2008



## Servicios

Los servicios de atención primaria de los SESA son la puerta de entrada de la población sin seguridad social al sistema de salud. Es en este nivel donde se establece el diagnóstico

inicial y se decide si el paciente amerita ser referido a un nivel de atención más especializado o si su padecimiento puede ser adecuadamente resuelto o controlado en el centro de salud.

Considerando que la mitad de la población recibe atención médica provista por los SESA, el gran volumen de servicios que estos prestan no resulta sorprendente. El Sistema Nacional de Información en Salud reporta que en 2008 se efectuaron 73.3 millones de consultas en centros de salud. De éstas, 45.6 millones se llevaron a cabo en unidades rurales y 27.7 millones en centros urbanos. Poco más de 29 millones de estas consultas se brindaron a población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud.

La cifra acumulada de consultas representa una productividad aproximada de 14.7 consultas diarias por consultorio y de 11 consultas diarias por médico.\* La productividad por consultorio es más alta en unidades urbanas donde se llega a 19.1 consultas diarias por consultorio contra una cifra de 12.8 en áreas rurales. En términos poblacionales, el volumen de consultas que ofrecen los centros de salud de los SESA representan 1.2 consultas anuales por habitante sin seguridad social en el país. La descripción de la productividad por entidad federativa, total y por ubicación de los centros de salud se presenta en el Cuadro II.VI.

La distribución de las cifras de productividad por consultorio muestra algunas cifras que escapan al comportamiento considerado normal desde un punto de vista estadístico. De manera particular, un análisis crudo arrojaba cifras inusualmente altas de productividad en el Estado de México y Chiapas, alcanzando cifras superiores a las 50 consultas diarias por consultorio. Las posibles fuentes de inconsistencia son, al menos, tres. En primer lugar, un sobregistro de consultas ya que en algunos sitios pueden estarse reportando consultas que no se ofrecen realmente en los centros de salud, como las consultas ofrecidas por las Caravanas de la Salud. También puede existir un subregistro de consultorios, como ocurre en Chiapas y Colima, donde más de un tercio de los centros de salud se reportan sin consultorios. Una tercera fuente de error en la comparación es el uso de 252 días como estándar de la cifra de días trabajados cada año. Si algunos sitios laboran más días, la productividad diaria es necesariamente menor a lo que los datos presentados aquí indican.

\* Estas cifras se estiman usando un factor de 252 días considerados laborales por año.

A fin de lograr una corrección mínima, se asumió que todos los centros de salud deben tener al menos un consultorio. Las cifras obtenidas al aplicar este supuesto son las que se presentan en el Cuadro II.VI.

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

**Cuadro II.VI. Consultas diarias por consultorio en los centros de salud de los SESA, por entidad federativa y ubicación del centro. México 2008.**

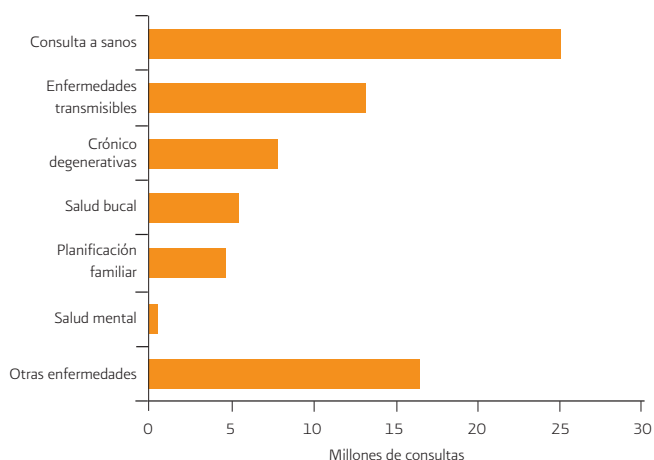
Entidad Federativa	Rurales	Urbanos	Totales
EUM	12.8	19.1	14.7
Aguascalientes	17.5	17.0	17.2
Baja California	17.2	13.4	14.7
Baja California Sur	8.6	16.3	11.2
Campeche	17.8	17.8	17.8
Coahuila	8.9	15.0	10.8
Colima	7.3	40.9	13.4
Chiapas	11.5	42.8	15.3
Chihuahua	5.9	19.4	9.6
Distrito Federal	***	11.1	11.1
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	26.0	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	8.0	15.6	11.1
Oaxaca	13.4	27.0	15.0
Puebla	15.5	16.3	15.6
Querétaro	10.8	34.9	12.8
Quintana Roo	5.0	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

por poblador sin seguridad social, cifra seis veces menor que el promedio nacional, lo que sugiere que en esa entidad hay una grave subutilización de los servicios de atención primaria locales o existe un notable subregistro del número de consultas. En sentido opuesto, Chiapas y el Estado de México tienen 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 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, particularmente revisión y atención preventiva en niños. La segunda causa es la atención a enfermedades transmisibles, también altamente incidentes entre los menores de edad que, como se vio, se encuentran entre los usuarios más frecuentes de los servicios de los centros de salud. Además de los servicios considerados más tradicionales, las unidades de atención primaria ofrecen, aunque en menor magnitud, servicios para la salud bucal, para planificación familiar y de salud mental (figura 2.6)

**Figura 2.6. Número de consultas brindadas en los centros de salud de los SESA por tipo de consulta. México 2008**



# Medicamentos

Uno de los reclamos más frecuentes entre los usuarios de servicios de salud es la falta de abasto de medicamentos en las unidades de atención, lo cual provoca que los fármacos necesarios para culminar el proceso curativo deban comprarse en el mercado privado, usualmente en condiciones desfavorables para el enfermo y su familia.

El efecto neto de esta situación no es menor. En México la mitad del gasto en salud es de origen privado, y de éste, una tercera parte corresponde a dinero usado para la compra de medicamentos. Además, los efectos negativos de la falta de medicamentos se concentran en los sectores más desfavorecidos de la población, gente que vive en comunidades rurales donde al costo regular de los fármacos debe agregarse el costo del desplazamiento a los centros urbanos para buscar los medicamentos prescritos, lo que aumenta la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos como consecuencia del pago directo de sus medicinas.

Este capítulo presenta la situación del abasto de medicamentos en los centros de salud de los SESA, particularmente con relación a la disponibilidad de un listado básico de medicamentos y el surtimiento completo de recetas a los usuarios.

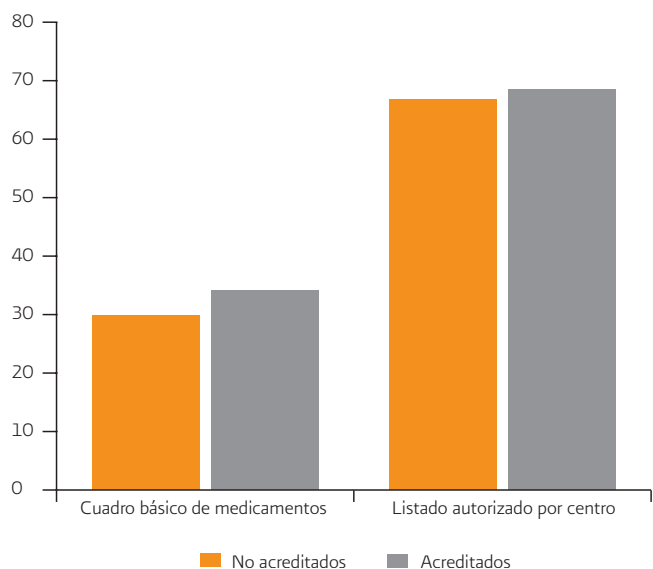
## Disponibilidad de medicamentos

Para evaluar la disponibilidad de medicamentos en las unidades de primer nivel de los SESA se aplicó una lista de cotejo que incluía 264 claves del Cuadro Básico de Medicamentos (CBM). Debe hacerse notar, 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.

Mediante esta lista de cotejo se constató que los centros de salud acreditados cuentan con un mayor abasto de medicamentos del CBM que las unidades no acreditadas. La figura 3.1 muestra que, en promedio, las unidades acreditadas tienen en existencia 34% del total de claves del CBM, mientras que los centros sin acreditación sólo cuentan

**Figura 3.1. Porcentaje promedio de medicamentos del Cuadro Básico y de los listados autorizados existentes en centros de salud, por situación de acreditación. México 2008**



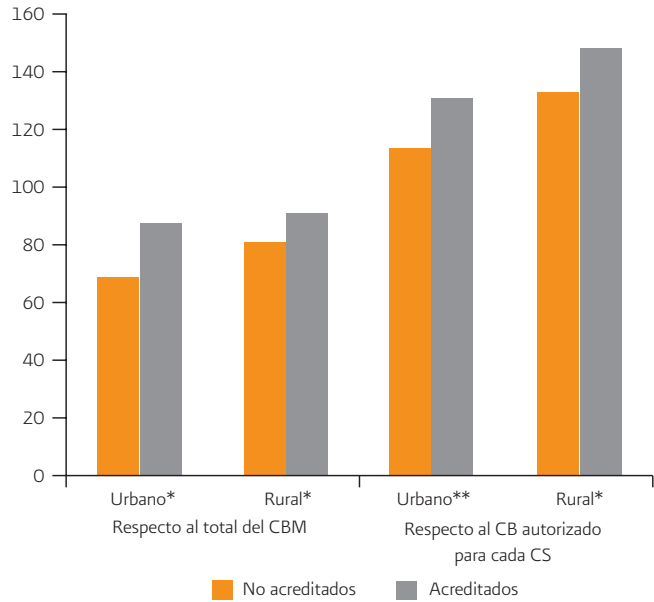
con 30% de dichas claves. Al comparar únicamente los listados de medicamentos aprobados para cada centro de salud, se observaron dos cosas: por un lado, que el abasto de medicamentos sólo alcanzaba, en promedio, el 67% de los listados autorizados y, por otro, que las diferencias entre centros acreditados y sin acreditación se abatían.

En términos absolutos, los porcentajes mencionados indican que los centros de salud acreditados cuentan, en promedio, con 90 claves en existencia, mientras que los no acreditados tienen 79.

Análisis adicionales mostraron que el abasto de medicamentos es más alto en unidades que se ubican en zonas rurales, con independencia del estatus de acreditación de cada centro (figura 3.2).

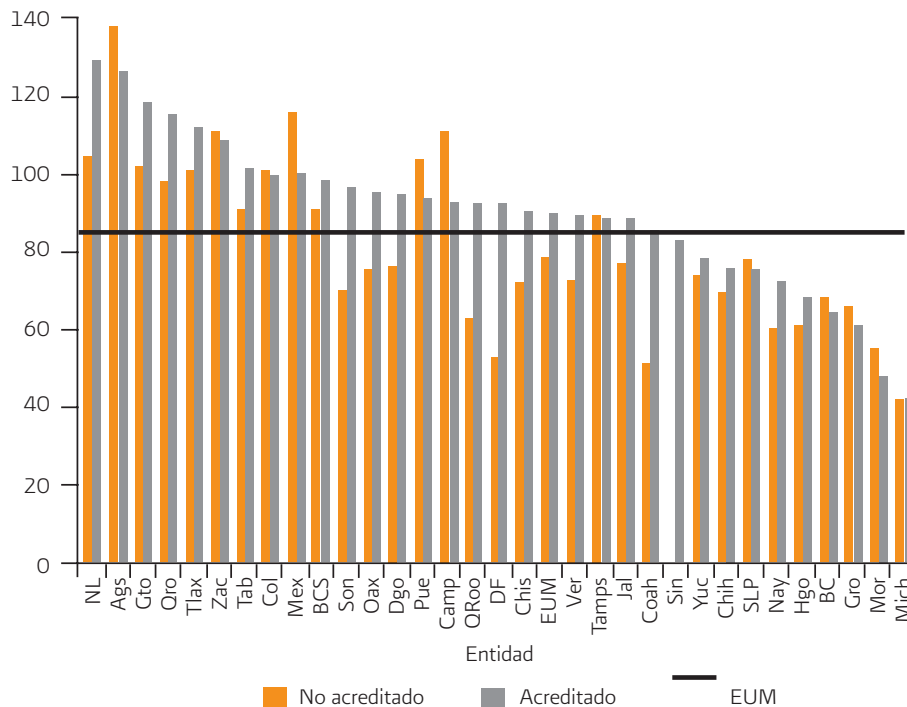
El análisis por entidades muestra importantes diferencias. En Aguascalientes, las unidades no acreditadas tuvieron en promedio casi 140 claves (125 en los centros acreditados), mientras que en Michoacán tanto los centros acreditados como los no acreditados tuvieron menos de 40 claves en existencia. La diferencia más importante entre centros acreditados y no acreditados se observó en Coahuila, donde las unidades con acreditación tuvieron 70% más claves que las no acreditadas. La figura 3.3 resume estos hallazgos y muestra, además, que en 12 entidades hubo un mayor abasto de medicamentos en las unidades no acredita-

Figura 3.2. Promedio de claves de medicamentos del Cuadro Básico y de los listados autorizados existentes en centros de salud, por situación de acreditación y condición de ruralidad. México 2008



das. Con excepción de Campeche y el Estado de México, las diferencias no son significativas y deben interpretarse como reflejo de la uniformidad en el abasto de medicamentos.

Figura 3.3. Número promedio de claves existentes en centros de salud acreditados y no acreditados por entidad federativa. México 2008



## Medicamentos para la atención de diabetes

Como otras enfermedades crónicas, la diabetes afecta no sólo la salud, sino también, y de manera importante, la economía de las personas afectadas y de sus familias como consecuencia, entre otras cosas, de la compra de los medicamentos necesarios para mantener bajo control su padecimiento.

Por su importancia en el contexto epidemiológico mexicano y su permanente necesidad de apoyo farmacológico, en la visita a los centros de salud se analizó de manera específica la disponibilidad de medicamentos para la atención de la diabetes. Se evaluó la existencia de seis claves para el manejo y control ambulatorio de los pacientes con diabetes que acuden a los centros de salud. 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 claves mencionadas. En el extremo opuesto, alrededor de 5% de los centros de salud no contaba con ninguna de estos medicamentos. Existen 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 unidades no acreditadas. La diferencia en el porcentaje de unidades sin existencia de medicamentos para la diabetes también fue significativo, como se muestra en la figura 3.4.

El medicamento para el control de la diabetes que se encontró con más frecuencia en los centros de salud fue la glibenclamida, fármaco cuya existencia se verificó en 86.5% de las unidades visitadas. El medicamento más escaso, por otra parte, fue la Tolbutamida, que sólo se encontró en 13.8% de los centros de salud (figura 3.5).

## Medicamentos para la atención de hipertensión arterial (HTA)

Con más de 30% de la población adulta afectada, la HTA es el padecimiento más prevalente en nuestro país. Aunque en sus etapas tempranas puede intentarse un abordaje no farmacológico para el tratamiento de la HTA, la realidad es que más de 94% de los pacientes hipertensos –aquellos con diagnóstico médico– reciben algún tipo de medicamento. El abasto de medicamentos para el tratamiento y control

Figura 3.4. Disponibilidad de medicamentos para diabetes mellitus en centros de salud por estatus de acreditación. México 2008

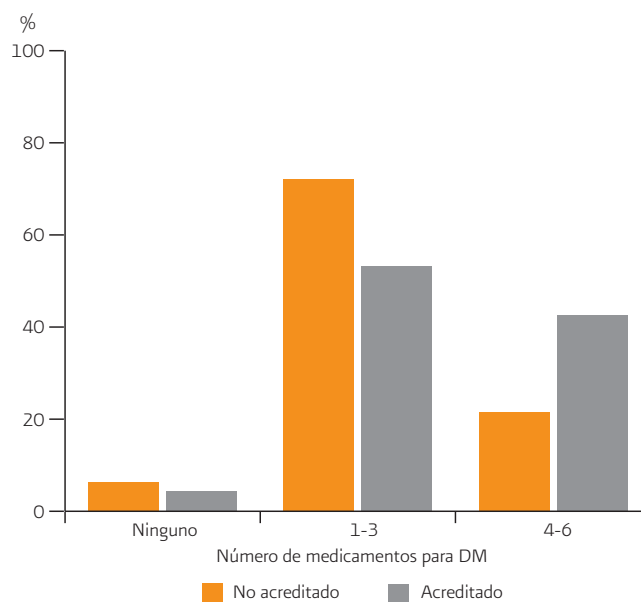
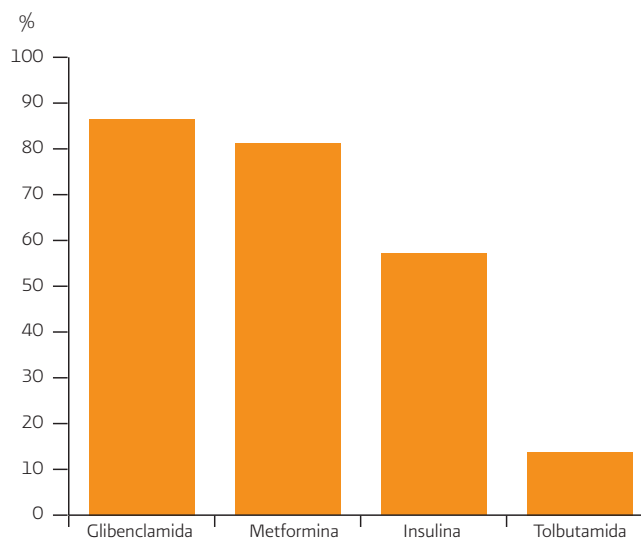


Figura 3.5. Porcentaje de centros de salud en que se verificó la existencia de los cuatro medicamentos para el control de la diabetes mellitus. México 2008



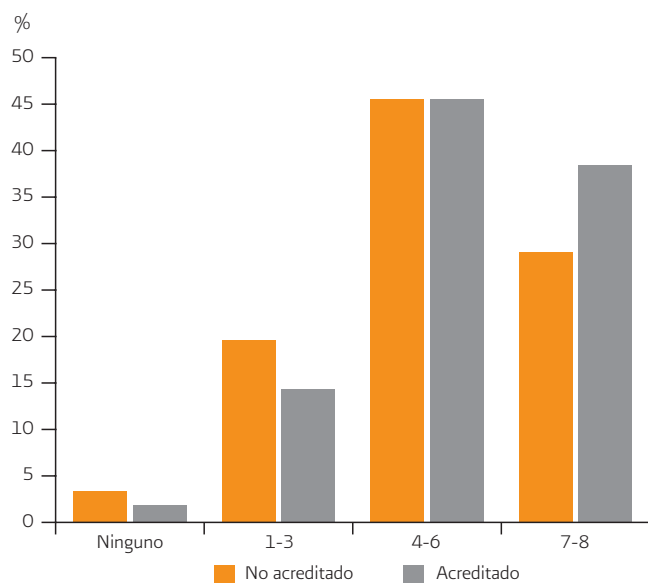
de este trastorno se evaluó midiendo la existencia de ocho claves.\* Los resultados de esta revisión indican que 38.4% de los centros de salud acreditados cuentan con siete o más

\* Captopril, Clortalidona, Enalapril o Lisinopril, Metoprolol, Propranolol, Espironolactona, Furosemida, Hidroclorotiazida

de estos medicamentos, porcentaje que es 10 puntos más alto que el que corresponde a los centros no acreditados. El porcentaje de unidades sin ninguno de los medicamentos verificados fue menor a 4% (figura 3.6).

En cuanto a la frecuencia específica con que se encontró cada una de las claves verificadas, el Cuadro III.I presenta los resultados del cotejo. El medicamento encontrado con más frecuencia fue el captopril, el cual se ubicó en 85% de las unidades visitadas. Los más escasos fueron dos medica-

**Figura 3.6. Disponibilidad de medicamentos para hipertensión arterial en centros de salud por estatus de acreditación. México 2008**



**Cuadro III.I. Porcentaje de centros de salud donde se encontraron los medicamentos para el control de la hipertensión arterial. México 2008.**

Medicamento	Porcentaje
Captopril	85.2
Metoprolol	84.1
Clortalidona	75.2
Furosemida	72.4
Propranolol	71.6
Enalapril o Lisinopril	61.4
Hidroclorotiazida	49.84
Espironolactona	39.8

mentos diuréticos, la hidroclorotiazida y la espironolactona, los cuales estuvieron presentes en menos de la mitad de los centros de salud.

## Productos para la atención prenatal

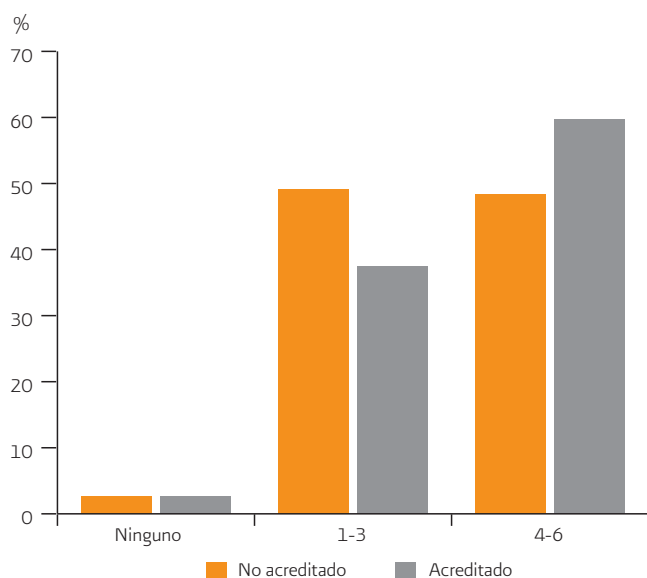
Con más de cinco millones de consultas anuales por esta causa, la atención prenatal es el servicio más frecuente en los centros de salud de los SESA. Para brindar con calidad este servicio se requiere, entre otras cosas, del abasto de una serie de sustancias que favorecen un mejor desarrollo fetal y reducen el riesgo de desenlaces desfavorables de la gestación.

Se evaluó el abasto de estos insumos mediante la verificación de la existencia de 6 productos.\* Poco más de la mitad de los centros de salud cuentan con al menos cuatro de estos insumos, siendo el porcentaje significativamente más alto en los centros acreditados (figura 3.7). Un porcentaje menor a 3% de los centros de salud no contó con ninguna de estas sustancias, sin diferencias significativas por situación de acreditación.

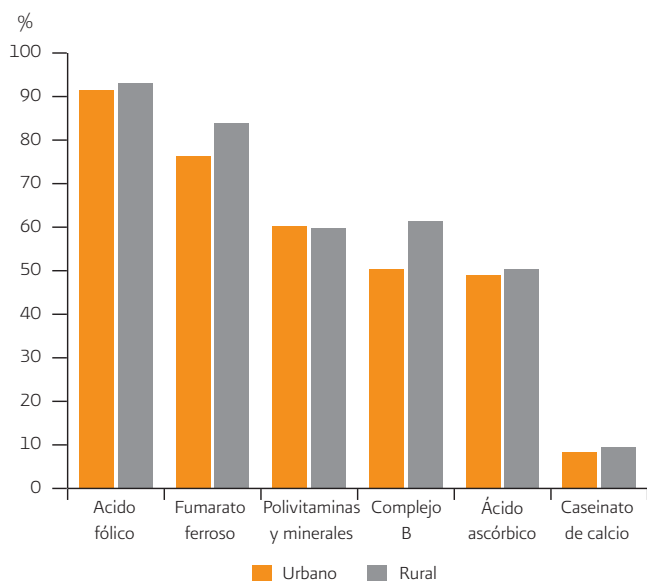
La mayoría de las sustancias verificadas para este apartado tienen como principal objetivo compensar potenciales carencias nutricionales en las futuras madres, deficiencias que pueden afectar negativamente la salud de sus hijos, ya sea por un bajo peso al nacer o por un riesgo mayor de sufrir afecciones congénitas mayores, como los defectos del tubo neural. Bajo esta perspectiva, se requiere que los centros de salud que atienden a mujeres con mayor probabilidad de tener estas deficiencias, como son aquellas que radican en áreas rurales, tengan un abasto garantizado de los productos requeridos para prevenir defectos al nacimiento o bajo peso al nacer. La comparación entre centros urbanos y rurales mostró que los centros rurales tienen un mejor abasto de la mayor parte de las sustancias evaluadas, con excepción de los complejos de vitaminas y minerales. Las diferencias más notorias ocurrieron en los casos de la disponibilidad de fumarato ferroso y complejo B, donde la brecha entre centros urbanos y rurales es de alrededor de diez puntos porcentuales (figura 3.8).

\* Fumarato ferroso, Ácido fólico, Ácido ascórbico, Caseínato de calcio, Complejo B, y Polivitaminas y minerales

**Figura 3.7.** Disponibilidad de productos para una adecuada atención prenatal en centros de salud por estatus de acreditación. México 2008



**Figura 3.8.** Porcentaje de centros de salud que cuenta con cada una de las sustancias recomendadas durante la gestación, por ubicación del centro de salud. México 2008



## Patrones de prescripción

El paciente que acude a solicitar atención médica a los centros de salud puede ser de dos tipos: un paciente afectado por una dolencia aguda que busca solución inmediata para

esta condición o, bien, una persona con una afección crónica que acude regularmente para el control de su padecimiento y para que le proporcionen los medicamentos que requiere. En ambos casos, la interacción entre el usuario y el sistema de salud suele culminar con una prescripción médica. En esta sección se resumen los hallazgos de una revisión de 9,894 recetas médicas, efectuada al momento en que los usuarios terminaban su visita al centro de salud.

El promedio de medicamentos por receta a nivel nacional fue de 1.8, con variaciones menores por situación de acreditación. Por entidades, Zacatecas (2.5) fue la entidad con promedio más alto de medicamentos prescritos y Nayarit la que tuvo un promedio más bajo (1.1). La figura 3.9 muestra de manera gráfica las diferencias entre entidades por situación de acreditación de los centros de salud.

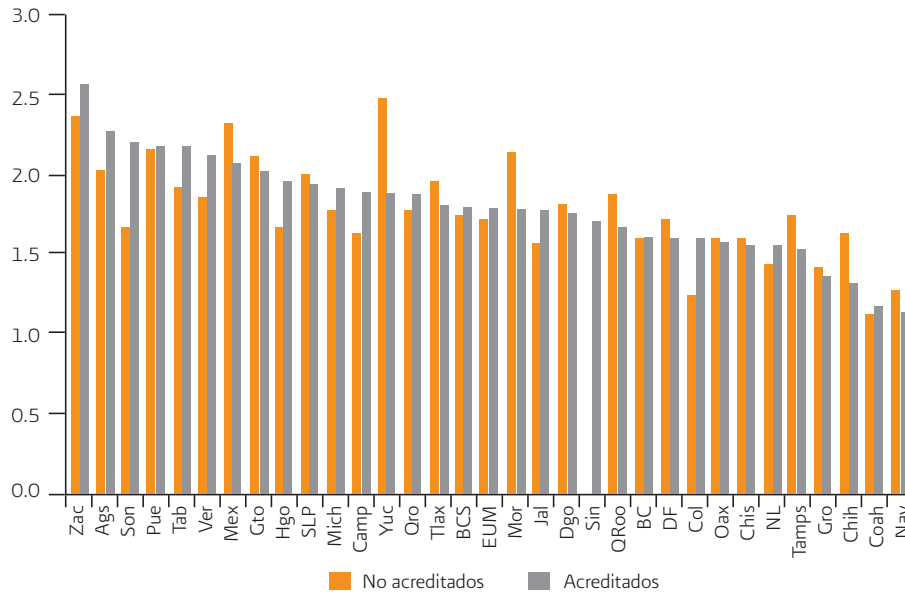
## Medicamentos más recetados

El Cuadro III.II presenta los 10 medicamentos prescritos con más frecuencia en los centros de salud. La primera posición la ocupa un analgésico antipirético de amplio uso para el control de los efectos secundarios de las infecciones agudas, particularmente en niños. La segunda y tercera posición correspondió a dos medicamentos para el control de la diabetes, la glibenclamida y la metformina, lo cual evidencia la frecuencia e impacto económico de esta enfermedad. Destacan también otros medicamentos para las infecciones respiratorias, como los antibióticos ampicilina y amoxicilina y el mucolítico Clorhi-

**Cuadro III.II.** Porcentaje de recetas donde aparecen los diez medicamentos más frecuentemente prescritos en centros de salud. México 2008

	Porcentaje	
	No acreditados	Acreditados
Paracetamol (acetaminofen)	13.3	13.1
Glibenclamida	6.1	6.3
Ambroxol	7.2	6.3
Captopril	6.5	6.2
Ácido fólico	4.9	5.6
Metformina	5.0	5.3
Naproxeno	4.9	4.1
Ampicilina	3.7	4.1
Amoxicilina	4.4	4.0
Fumarato ferroso	3.5	3.8

Figura 3.9. Número promedio de medicamentos por receta por entidad federativa y estatus de acreditación del centro de salud. México 2008



drato de Ambroxol. No debe perderse de vista que el estudio fue efectuado durante el último cuatrimestre del año, por lo que los medicamentos asociados a infecciones respiratorias podrían estar algo sobre representados. No hubo diferencia en el listado entre centros de salud acreditados y no acreditados, aunque hubo variaciones mínimas en el porcentaje correspondiente a cada medicamento.

### Principales vías de administración

Menos de 1 % de los medicamentos prescritos correspondieron a fármacos inyectables, principalmente agentes antimicrobianos, entre los cuales destacan la amoxicilina y la bencilpenicilina benzatínica. La primera de éstas fue más frecuente en unidades no acreditadas y la segunda en centros acreditados. La frecuencia de prescripción de inyectables es notablemente bajo en comparación con los registros internacionales, los cuales mencionan cifras que van desde 5 hasta 48%. Con independencia de los antimicrobianos, otros inyectables frecuentemente prescritos son la insulina, los anticonceptivos hormonales y la butilioscina.

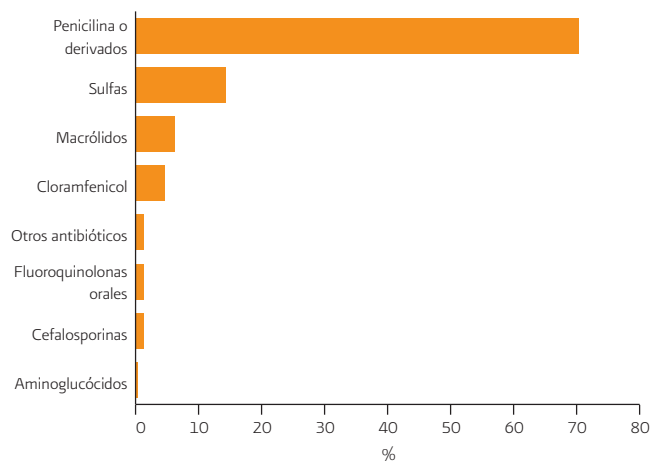
### Prescripción de antimicrobianos

Los agentes antimicrobianos, excluyendo medicamentos contra la tuberculosis y antiparasitarios, se les recetaron a

16% de las personas que recibieron una prescripción farmacológica en los centros de salud de los SESA.

La figura 3.10 muestra el porcentaje relativo de prescripción de los antimicrobianos más frecuentemente recetados. Puede observarse que el primer lugar corresponde a los agentes pertenecientes al grupo de las penicilinas (70%), seguidos por las sulfas (14.4%) y los macrólidos

Figura 3.10. Porcentaje de prescripción de los agentes antimicrobianos en los centros de salud de los SESA. Los porcentajes se refieren a la frecuencia relativa dentro del conjunto de antimicrobianos. México 2008





(6.2%). Estos resultados son consistentes con las recomendaciones prevalentes en materia de prescripción de agentes antimicrobianos, las cuales establecen que medicamentos del grupo de las fluoroquinolonas o las cefalosporinas no se utilicen como medicamentos de primera elección contra las infecciones comunes.

## Calidad en la dispensación

A partir de la encuesta realizada, se puede afirmar que poco más de un tercio de los usuarios de los centros de salud utiliza estos servicios con fines curativos. La mayor parte de estos usuarios recibe una prescripción médico-farmacológica y nueve de cada 10 obtienen un surtimiento íntegro de su receta en el centro de salud. Aunque en todo estudio mediante encuesta hay un componente aleatorio, las cifras mencionadas difieren notablemente de los datos reportados por la última encuesta nacional de salud (ENSANUT 2006), en la cual se reportaba que sólo se surtía de manera íntegra el 60% de las recetas. La conclusión natural, por lo tanto, es que las diferencias entre las fuentes de información se deben a un avance real atribuible a las políticas de abasto y surtimiento de medicamentos.

La mayor parte de los pacientes que no obtiene todos sus medicamentos en el centro de salud acude a farmacias privadas para obtener los fármacos requeridos. Un porcentaje muy bajo, alrededor del 0.5% de todos los pacientes y 8% de los que no obtuvieron el surtimiento de su receta, acudirá en fechas posteriores al centro de salud a buscar su medicamento (figura 3.11). En cualquiera de los dos casos hay un efecto negativo sobre los usuarios, ya sea por el impacto económico de la compra en el mercado privado o porque la adquisición -no garantizada- en fechas posteriores puede modificar el resultado terapéutico esperado. El porcentaje de surtimiento completo de recetas es de magnitud similar en unidades acreditadas y no acreditadas.

A nivel nacional el promedio de recetas totalmente surtidas fue de 96.4%, con grandes variaciones entre entidades. En el extremo inferior de la distribución, el Distrito Federal y Morelos sólo llegaron a 67.9% y 76.5% de surtimiento íntegro, respectivamente, mientras que en Guanajuato los usuarios entrevistados reportaron haber recibido la totalidad de las prescripciones médicas (figura 3.12).

Figura 3.11. Porcentaje de recetas surtidas íntegramente y alternativas a la falta de surtimiento. México 2008

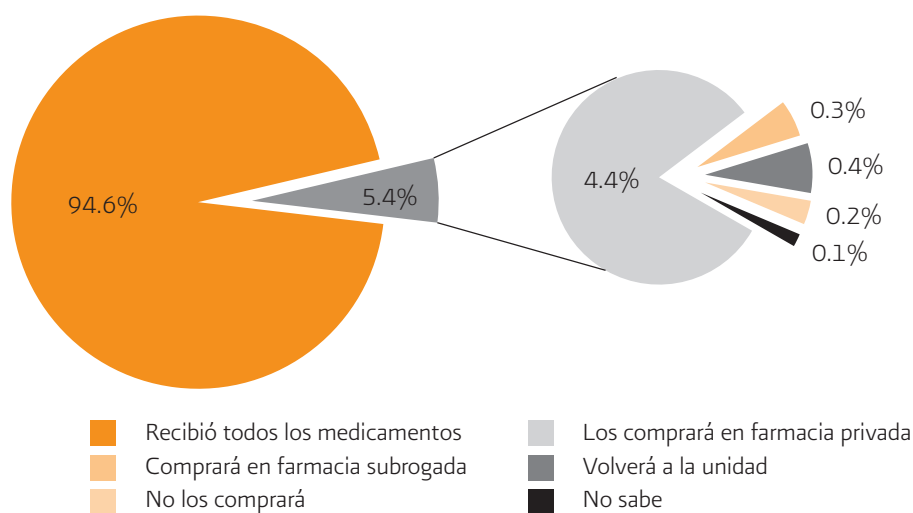
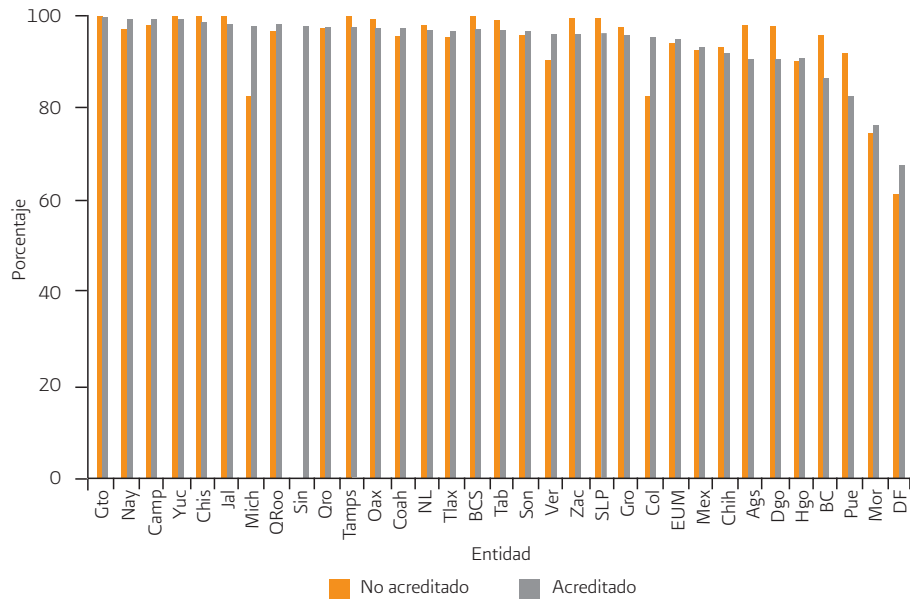


Figura 3.12. Porcentaje de recetas surtidas íntegramente por entidad y estatus de acreditación de los centros de salud. México 2008



# Evaluación de la calidad de la atención clínica

La calidad es un concepto complejo que admite múltiples interpretaciones. De manera genérica, se dice que un servicio médico es de calidad cuando se hace lo correcto en el momento correcto, a la persona indicada y en el lugar adecuado. La dificultad para operacionalizar este concepto resulta en la necesidad de identificar rastreadores útiles para medir el impacto de los servicios de atención.

Una forma de valorar los efectos de la atención es mediante las últimas consecuencias del proceso salud-enfermedad, como la mortalidad. No obstante, ésta se ve influida no sólo por la calidad de la atención sino por múltiples factores de índole social y cultural que no son directamente atribuibles a los servicios curativos.

Por esta y otras razones, una forma de medir la calidad de la atención es mediante el uso de enfermedades cuya atención está suficientemente estandarizada para establecer criterios mínimos de lo que se debe hacer para controlar dichos padecimientos. Así, la atención a estos padecimientos específicos se constituye en lo que se denomina un rastreador clínico. Las enfermedades rastreadoras deben tener una clara definición y delimitación operativa, deben ser de diagnóstico sencillo, ser suficientemente frecuentes para permitir su medición adecuada y contar con una historia natural que varíe dependiendo de la utilización y calidad de la atención médica.

Para el presente informe se seleccionaron como rastreadores tres causas frecuentes de consulta: la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la atención prenatal (AP). Éstas se seleccionaron con base en su incidencia y prevalencia, la buena definición de las

mismas, el hecho de que las tres cuentan con normas que definen los parámetros de comparación, y el impacto que tienen sobre los servicios de salud.

Para evaluar la calidad de la atención de estos rastreadores se efectuó una revisión de 5,754 expedientes de pacientes diabéticos, 5,827 de pacientes hipertensos y 5,082 de mujeres en atención prenatal, todos seleccionados aleatoriamente en 640 unidades de atención primaria de los SESA. En cada uno de estos expedientes se buscaron evidencias acerca del cumplimiento de los aspectos normativos de la atención y datos acerca del control metabólico o del registro de complicaciones. En cada apartado específico se describen las variables que fueron utilizadas para medir la calidad de la atención.

## Calidad de la atención de la Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico caracterizado por la incapacidad para regular adecuadamente los niveles de glucosa sanguínea como consecuencia de deficiencias en la secreción de insulina o en los efectos de ésta. Cuando se maneja inadecuadamente, los individuos afectados desarrollan complicaciones como ceguera, falla renal y pérdida de miembros como consecuencia de lesiones microvasculares.

México tiene una de las prevalencias de diabetes más altas a nivel mundial. Datos de la más reciente encuesta nacional de salud y nutrición 2006 (ENSANUT 2006) indican que 10% de la población adulta tiene diabetes

y que casi un tercio de la población afectada desconoce su situación. La alta prevalencia de este padecimiento, además de sus consecuencias sobre la calidad de vida de la población, impacta negativamente en la operación de los servicios de salud, entre otras cosas, por el alto impacto económico que producen. La Federación Internacional de Diabetes, por ejemplo, estima que hasta 15% del presupuesto total de salud se dirige a la atención de la diabetes y sus complicaciones.

Debido a su importancia, la atención de la diabetes tiene lineamientos claros que permiten su utilización como criterios de evaluación de la calidad de la atención de este padecimiento. La Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes", afirma 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 (Cuadro IV.I). 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, finalmente, es evitar el descontrol metabólico y la identificación temprana de las potenciales complicaciones.

## Calidad de los expedientes de pacientes con diabetes

Con base en los criterios mostrados en el Cuadro IV.I, se cuantificó el porcentaje de usuarios con diabetes que tenían registro adecuado de las variables de interés en el expediente clínico y el porcentaje de los mismos que se ubicaban en los niveles recomendados para dichas variables. También se revisó la frecuencia con que se efectúan una serie de procedimientos, considerados básicos en la norma respectiva, como la revisión de pies y de fondo de ojo, y la prevalencia de expedientes con registro de complicaciones derivadas de la diabetes. Los resultados de esta revisión se muestran a continuación. No debe perderse de vista que lo reportado corresponde a la presencia de registros en los expedientes y no necesariamente representa la falta de la acción, aunque bajo la ausencia de registro no puede asumirse que el procedimiento haya sido efectuado. Independientemente de lo anterior, la falta del dato representa en sí misma una deficiencia que debe ser corregida ya que la calidad de los

**Cuadro IV.I. 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%

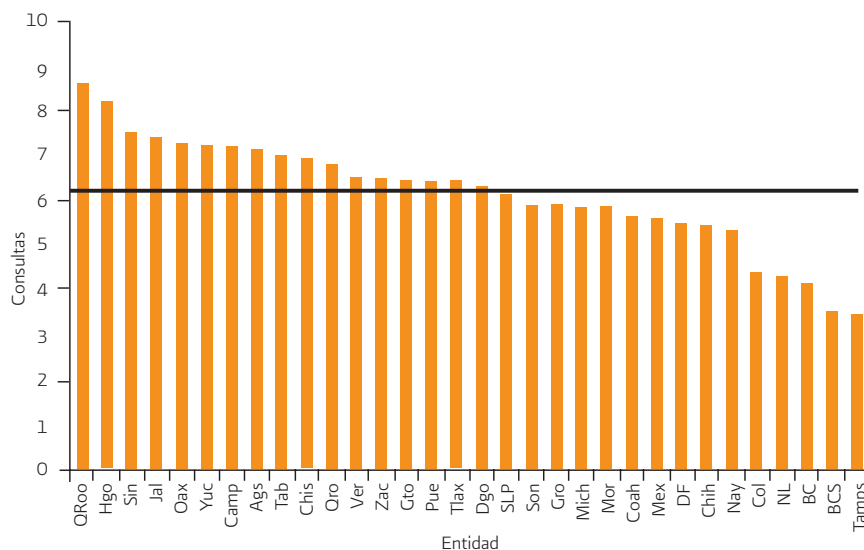
Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

expedientes es fundamental para garantizar la continuidad de la atención.

Los pacientes con diabetes entrevistados reportaron tener, en promedio, ocho consultas para el control de su padecimiento cada año. No obstante, este valor puede estar sesgado por el hecho de que hay una probabilidad mayor de que respondan a la encuesta aquellos usuarios que acuden con más frecuencia. De hecho, como era esperado, la revisión de expedientes arrojó una cifra menor, de poco más de seis consultas anuales a nivel nacional. Las diferencias en los promedios estatales no son menores: van de poco más de tres consultas en Tamaulipas y Baja California Sur a más de ocho en Quintana Roo e Hidalgo (Figura 4.1). El número de consultas anuales tiene una clara asociación con el tiempo que tienen los pacientes de haber sido diagnosticados. A nivel nacional, aquellos con menos de un año de diagnóstico tuvieron un promedio de 4.3 consultas, mientras que los que tenían más de diez años alcanzan una cifra de 9.5 consultas cada año.

La mayor parte de las complicaciones derivadas de la diabetes son consecuencia de la falta de control de los niveles de glucosa en sangre, lo que en el largo plazo suele producir alteraciones microvasculares que afectan múltiples órganos y sistemas. La revisión de expedientes en los centros de salud de los SESA evidenció que un porcentaje importante de los pacientes en este nivel de atención care-

Figura 4.1. Número de consultas anuales promedio para pacientes con diabetes mellitus, por entidad federativa. México 2008

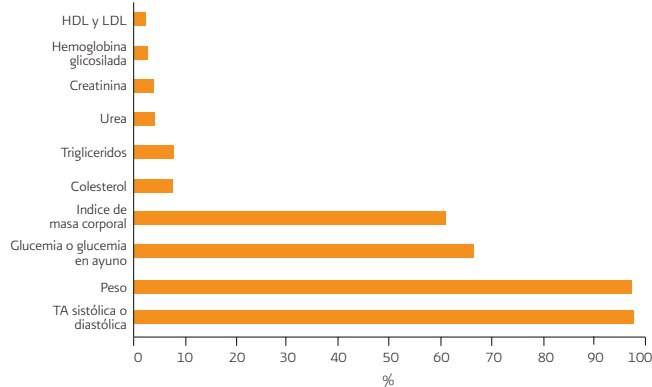


cen de estudios de laboratorio para la medición de glucosa sanguínea y de otros marcadores biológicos o, al menos, de registros en sus expedientes que permitan valorar el nivel de control de la glucemia

En la medida en que los estudios requeridos son de mayor sofisticación, como la medición de lipoproteínas de alta densidad (HDL), lipoproteínas de baja densidad (LDL) y hemoglobina glicosilada, la frecuencia de registros es aún menor. A nivel nacional, estos estudios estuvieron ausentes en más del 90% de los expedientes revisados. Una situación similar es la relacionada con la medición de urea y creatinina séricas, marcadores que tienen gran relevancia para valorar el funcionamiento renal. Estos dos marcadores se registran con una frecuencia ligeramente superior que las lipoproteínas y la HbA1c, pero tampoco llega a 10% el número de expedientes con registro de estas variables para la última consulta (Figura 4.2). Las entidades con porcentaje más alto de registro de medición de HbA1c fueron Durango y Campeche, con más de 8% de sus expedientes con datos de este marcador biológico. En el otro extremo, hubo siete entidades donde no hubo un solo expediente con registro de HbA1c durante la última consulta.

La interpretación de estos hallazgos debe ser cautelosa ya que las cifras se refieren únicamente a datos de la última consulta, a que el acceso a servicios de laboratorio puede ser difícil en centros de salud rurales -que fueron la mayoría en este estudio- y a que la frecuencia de medición de estas

Figura 4.2. Porcentaje de expedientes de pacientes diabéticos con registro de medición de variables seleccionadas durante la última consulta en centros de salud de los SESA. México 2008



variables depende la edad y el avance de la enfermedad en cada paciente.

No obstante lo anterior, existen indicadores claros que reflejan deficiencias en la atención al paciente diabético. Si bien la medición de HbA1c puede ser costosa y poco accesible en algunos ámbitos, la medición de la glucosa sanguínea es un procedimiento rutinario en pacientes diabéticos, incluso a través del automonitoreo. A pesar de lo anterior, un tercio de los expedientes revisados no tenía registro de los valores de glucosa en la nota de la última consulta. Las diferencias entre estados son dignas de mencionarse. En

un extremo, Tlaxcala y Durango tuvieron más de 90% de expedientes con esta información, mientras que en Baja California Sur, el Distrito Federal y Nayarit los porcentajes correspondientes no alcanzan el 30% (Figura 4.3). La falta de esta información no permite medir el éxito terapéutico ni determinar la necesidad de ajuste o cambio de medicamentos, además de que no facilita la detección temprana de condiciones de descontrol que representan riesgos mayores para el paciente.

## Acciones para el control del paciente diabético

La atención del paciente con diabetes requiere de una serie de acciones bien identificadas en la literatura médica, muchas de las cuales están incluidas en la norma oficial correspondiente. Entre éstas se pueden mencionar, además de las recomendaciones relacionadas con mediciones biológicas, la revisión periódica de extremidades, particularmente de los pies, y el estudio de fondo de ojo. La adecuada ejecución de estas intervenciones permite un diagnóstico temprano de dos de las complicaciones más frecuentes de la diabetes: la retinopatía, que usualmente evoluciona hasta producir ceguera, y el pie diabético, que en no pocos casos finaliza con la pérdida total de miembro debido a gangrena y amputación.

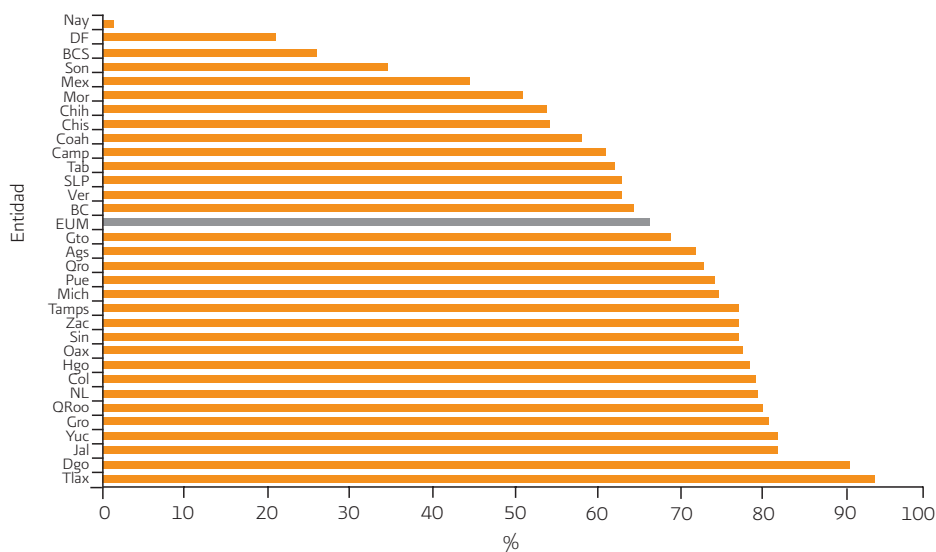
Poco más de 40% de los expedientes revisados carecía de evidencias de que se habían revisado los pies del paciente

durante el último año y sólo en 35.5% había reporte del examen de fondo de ojo. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de estos exámenes por sexo o ubicación del centro de salud pero sí las hubo entre centros de salud acreditados y no acreditados, con una diferencia a favor de los acreditados de 13 puntos porcentuales en la revisión de ojos y de 15 con relación a la revisión de extremidades (Figura 4.4).

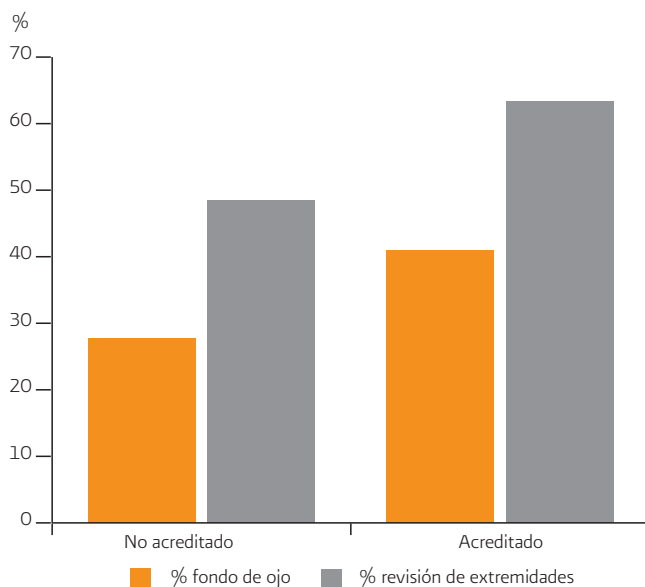
Al interpretar estos resultados debe considerarse que en muchos centros de salud no existen oftalmoscopios lo que evidentemente es una explicación de las bajas cifras de ejecución de esta prueba. No obstante, esta ausencia no exime de responsabilidad a los servicios de salud ya que los indicadores contextuales, de equipamiento en este caso, también deberían ser monitoreados permanentemente por los responsables de la operación de los servicios. En ausencia de equipamiento y en caso de falta de recursos para solventar esta carencia, la interconsulta debería ser promovida de manera regular a fin de que la mayoría de los pacientes tuviera las revisiones mínimas necesarias para garantizar el control de su padecimiento.

Otro elemento a analizar es la frecuencia con que se recomiendan mediciones de glucosa. Los resultados de la revisión de expedientes indican que en ninguna entidad se solicita 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

Figura 4.3. Porcentaje de expedientes de pacientes diabéticos que cuentan con registro de la medición de glucosa sanguínea en la última consulta, por entidad federativa. México 2008



**Figura 4.4.** Porcentaje de expedientes donde se registra revisión de ojos y pies durante la última consulta por situación de acreditación del centro de salud. México 2008



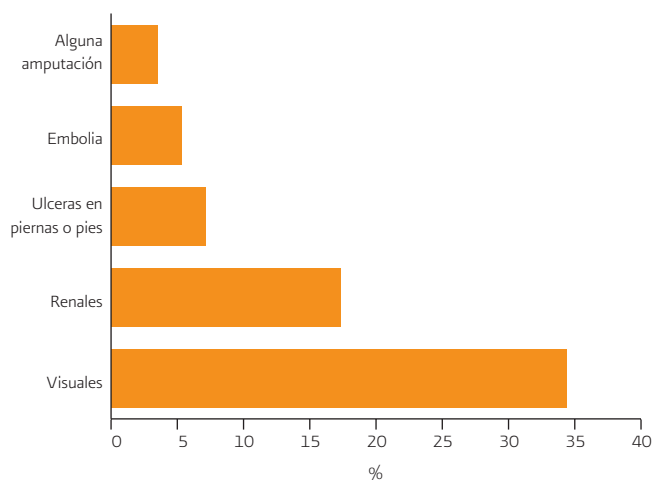
fue de 43.1%. No obstante, las diferencias entre entidades son notables: mientras que en Guanajuato 6 de cada 10 pacientes tuvieron este tipo de estudio, en Guerrero la cifra correspondiente es menor a 2 de cada 10.

Como consecuencia natural de la falta de un control metabólico adecuado, los pacientes diabéticos que se atienden en centros de salud de los SESA tienen una alta frecuencia de complicaciones. De los pacientes con diabetes entrevistados, 84.7% reportó tener alguna complicación derivada de su padecimiento primario. Las alteraciones visuales fueron las complicaciones más frecuentemente reportadas, encontrándose en 34.4% de los pacientes. Las complicaciones renales fueron reportadas por 17.3% de los usuarios y con menor frecuencia se encontraron reportes de úlceras en miembros (7.1%) y amputaciones (3.5%) (Figura 4.5). La frecuencia de estas complicaciones podría ser utilizado al nivel de unidad y jurisdiccional para monitorear el éxito de la atención que se brinda a los pacientes afectados por diabetes mellitus.

## Control del paciente diabético

Con la información obtenida en los expedientes que contaban con los datos necesarios, se puede afirmar que, en general, el control metabólico de los pacientes con diabetes es pobre.

**Figura 4.5.** Frecuencia relativa de complicaciones de la diabetes de acuerdo al reporte de los pacientes afectados. México 2008

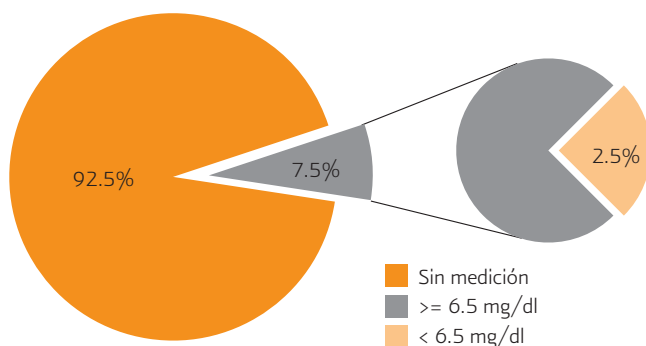


La variable usualmente considerada como estándar para determinar el grado de control metabólico de la glucosa es la HbA1c, que básicamente representa la fracción de la hemoglobina total que está ligada a glucosa. La hemoglobina glicosilada es muy estable y por lo tanto no es sensible a las variaciones de la concentración de glucosa que son comunes en pacientes diabéticos. La literatura científica recomienda que esta sustancia se mida al menos tres veces en el año, considerando que su vida media es de alrededor de tres meses. La NOM para el control de la diabetes, por su parte, establece que los pacientes deberán tener al menos una medición al año de la HbA1c. Los valores de este marcador biológico se reportan como porcentajes y se considera deseable un valor por debajo de 6.5%.

Entre los expedientes revisados, sólo 7.5% tuvo datos de medición de HbA1c durante el último año. De estos, apenas una tercera parte, 2.5% de todos los pacientes, tenía cifras del marcador que permitirían considerarlos bajo control adecuado (Figura 4.6). Dado la baja frecuencia de estos exámenes, no es posible presentar datos desagregados a nivel estatal.

En ausencia de mediciones de HbA1c, la valoración del grado de control metabólico descansa, evidentemente, en los niveles de glucosa sanguínea. Se identificó el valor de la glucosa sanguínea en los datos de la última consulta en 3,609 expedientes. A fin de valorar el nivel de control metabólico, se consideraron adecuados los promedios menores a 110mg/dl en pacientes con al menos cuatro mediciones en el año. Sólo 12.8% de los pacientes diabéticos así evaluados tuvo cifras correspondientes a control adecuado. El control fue signifi-

**Figura 4.6.** Porcentaje de expedientes de pacientes diabéticos que cuentan con registro de medición de hemoglobina glicosilada durante el último año y porcentaje de pacientes con cifras denotando control metabólico adecuado. México 2008



cativamente mejor en hombres y en pacientes atendidos en centros de salud ubicados en áreas urbanas (Cuadro IV.II).\*

Las diferencias por entidad federativa son dignas de resaltarse. Mientras en Baja California Sur una tercera parte de los pacientes está adecuadamente controlado, en Guerrero y Tamaulipas no hubo un solo paciente con cifras adecuadas de glucosa sanguínea. Otras entidades con desempeño alto son el Distrito Federal (29.6%) y Chihuahua (27.9%). En sentido opuesto, Chiapas y Morelos también tuvieron menos de 5% de sus pacientes adecuadamente controlados.

El Cuadro IV.III muestra los resultados de un modelo multivariado en el cual se identifican las variables asociadas positivamente a la probabilidad de tener niveles de glucosa adecuados. Puede observarse que los centros de salud urbanos tienen una probabilidad más alta de tener pacientes con niveles de glucosa sanguínea adecuados. Lo anterior, con independencia de las diferencias en algunas variables personales relevantes como el sexo y la edad, que están incluidas en el modelo y que indican que las mujeres y las personas menores de 50 años tienen menor probabilidad de tener un adecuado control de la glucemia. Los centros acreditados tienen una razón de momios que sugiere un

\* Se consideró un adecuado control metabólico el de los pacientes con una concentración promedio de glucosa en sangre menor a 110 mg/dL. Se utilizó un método robusto (Huber) para la estimación del promedio a fin de reducir el efecto de los valores extremos. Sólo se incluyeron individuos con al menos cuatro mediciones de glucosa en el año.

**Cuadro IV.II.** Porcentaje de pacientes con control metabólico adecuado, según variables seleccionadas. México 2008.

Variables seleccionadas	Porcentaje
Tipo de unidad	
Rural	11.9
Urbano	17.7
Acreditado	
No	11.9
Si	13.4
Sexo	
Hombre	16.9
Mujer	11.5
Edad	
<=50	11.9
51-65	13.4
>60	13.4
Nacional	12.8

**Cuadro IV.III.** Resultados de un análisis multivariado por regresión logística indicando las variables estadísticamente asociadas a la probabilidad de tener niveles adecuados de glucosa sanguínea. México 2008.

Razones de momios significativamente asociadas a la probabilidad de tener un adecuado control metabólico en pacientes diabéticos\*

Variables	OR	(IC 95%)
CS urbano	1.6	(1.20 - 2.12)
CS acreditado	1.1	(0.90 - 1.45)
Mujer	0.7	(0.52 - 0.87)
Edad 51-65**	1.4	(1.04 - 1.81)
Edad >65**	1.9	(1.37 - 2.54)

\*Estimación mediante regresión logística múltiple (n=2,666). La variable de respuesta es buen control glucémico de acuerdo a la NOM (< 110 mg/dl). Sólo se incluyeron pacientes con al menos 4 medicamentos en el año. El promedio se obtuvo mediante un método robusto (Huber).

\*\*Categoría de referencia: edad <= 50 años

efecto positivo sobre el control metabólico pero su estimador no es estadísticamente significativo (Cuadro IV.III).

## Calidad de la atención de la Hipertensión arterial (HTA)

Un individuo se considera hipertenso cuando el valor de su presión sistólica es mayor o igual a 140mm de Hg o cuando la diastólica se ubica al menos en 90mm de Hg.



Aproximadamente un tercio de la población adulta del país padece esta alteración y casi la mitad de los afectados desconoce su situación, lo que significa que la hipertensión es el trastorno más frecuente en nuestro país.

La importancia de la HTA radica no sólo en las alteraciones que conlleva en sí misma sino en el importante factor de riesgo que representa para el desarrollo de afecciones cardiovasculares y renales. La HTA, además, se asocia a factores cada vez más prevalentes en la sociedad mexicana, como la obesidad y el sedentarismo, por lo que se prevé que su repercusión futura en la salud de la población y en la operación de los servicios curativos será creciente. En ese sentido, 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 el 10% del total de muertes en el país.\* De acuerdo con este estudio, en México ocurren más de 50,000 muertes cada año como consecuencia de padecimientos asociados a la HTA, como son los infartos al miocardio, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal crónica.

La evaluación de la calidad de la atención de la HTA se basa en los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial", la cual recomienda los procedimientos clínicos para favorecer el control de esta afección y establece las metas del tratamiento y los criterios para evaluar el grado de control del paciente hipertenso (Cuadro IV.IV). Básicamente, el objetivo es reducir las cifras de tensión arterial, de ser posible hasta alcanzar valores por debajo de las cifras establecidas para considerar a una persona como hipertensa.

## Calidad de los expedientes de pacientes con HTA

Resulta evidente que 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 realizado.

\* Secretaría de Salud. Mexico Health Metrics 2005 Report: Section 1 – Comparative Risk Assessment. Secretaría de Salud / Universidad de Harvard, México 2005 disponible en [http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/r05\\_medcomparativariesgosalud.pdf](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/r05_medcomparativariesgosalud.pdf)

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

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

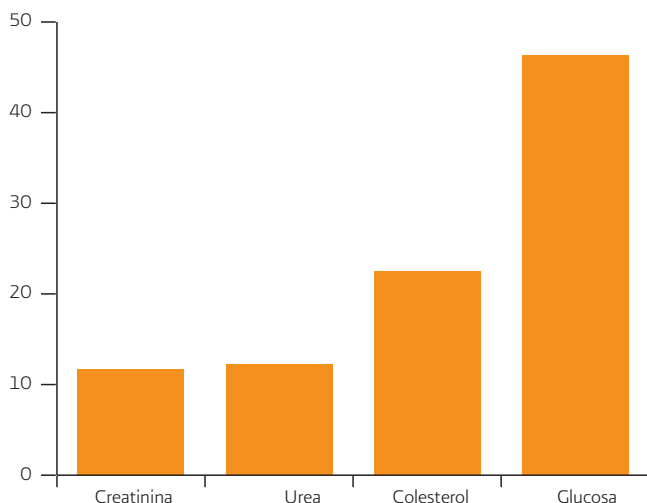
Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

A diferencia de lo ocurrido con la diabetes, en este caso prácticamente la totalidad de los expedientes revisados contaba con registro de la medición de la tensión arterial en la última consulta realizada, aunque es destacable que hubo un porcentaje menor (1.8%), que no tuvo ningún registro 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 contaba con esa información en la última consulta y sólo 3% carecía de algún dato en los últimos 12 meses.

No obstante lo anterior, los hallazgos fueron menos alentadores con respecto a la inclusión en el expediente de otra información importante. Por ejemplo, sólo 46.3% de los pacientes tenía registro de mediciones de glucosa en el año a pesar de que la diabetes y la hipertensión son padecimientos que con frecuencia se presentan de manera conjunta y que potencian sus efectos secundarios. Más escasos aún eran los expedientes con datos de colesterol (22.5%) o de urea (12.2%) y creatinina (11.7%), a pesar de que estos deben monitorearse de manera permanente para valorar la función renal, la cual se ve frecuentemente afectada en el paciente hipertenso (Figura 4.7).

Es importante considerar que muchos de los centros de salud estudiados se ubican en localidades rurales con problemas de acceso a servicios de laboratorio clínico. Así, la frecuencia de registro de las variables relacionadas con

Figura 4.7. Porcentaje de expedientes con registro de variables seleccionadas durante los 12 meses previos a la revisión. México 2008



medición de laboratorio, como urea, creatinina y colesterol son notablemente superiores en centros urbanos, mientras que no se observan diferencias en las variables que no dependen de estas facilidades, como el peso o la tensión arterial (figura 4.8).

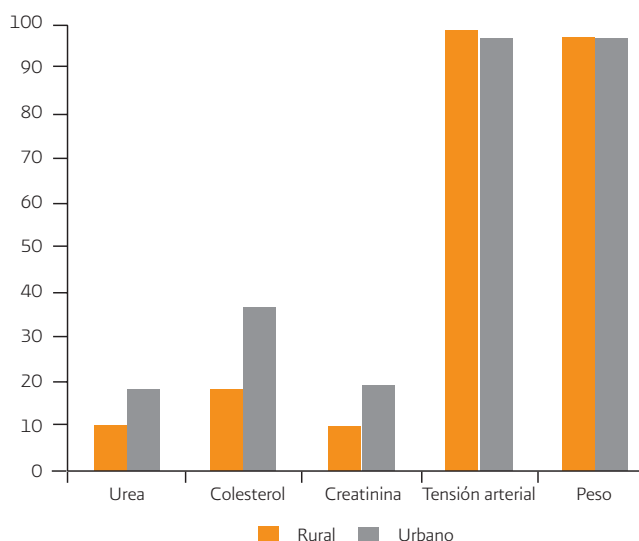
## Acciones para el control del paciente hipertenso

Como en la mayoría de los padecimientos crónicos, las acciones para el control del paciente hipertenso tienen como principal objetivo evitar las complicaciones derivadas de esta afección, mejorar la calidad de vida y, en última instancia, 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, y la educación del paciente a fin de que éste contribuya activamente al monitoreo de su presión arterial y a la modificación de las conductas de riesgo que pueda tener.

En este sentido, una de las actividades recomendadas en la Norma es la promoción de la participación del paciente en uno de los denominados Grupos de Ayuda Mutua, los cuales apoyan la adquisición de hábitos deseables y propician el autocuidado de los pacientes. Como se verá en la sección siguiente, la participación en estos grupos tiene

Figura 4.8. Porcentaje de expedientes con registro de variables seleccionadas durante los 12 meses por ubicación del centro de salud. México 2008

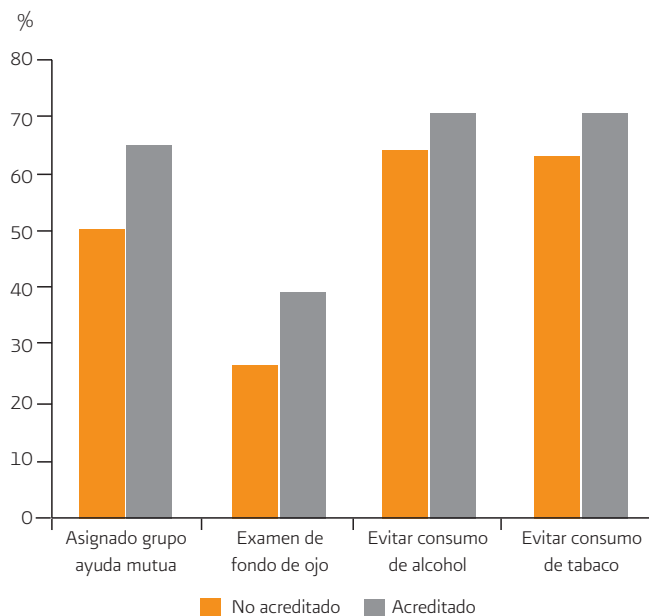


un efecto significativamente positivo sobre el control de tensión arterial. Mediante la revisión de expedientes se identificó que 58.6% de los pacientes está asignado a este tipo de grupos, con una frecuencia mayor entre mujeres y centros de salud acreditados.

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 tenía 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. Otras condiciones positivamente asociadas a la existencia de estos registros fueron el hecho de ser mujer o el ser atendido en centros urbanos.

La HTA tiene entre sus efectos secundarios la generación de lesiones vasculares en diferentes órganos, como el corazón, riñón o 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 durante el último año, siendo ésta una práctica más frecuente en centros urbanos y acreditados (figura 4.9).

**Figura 4.9.** Porcentaje de expedientes con registro de procesos relacionados con la calidad de la atención de HTA durante el último año por estatus de acreditación del centro de salud. México 2008



## Control del paciente hipertenso

De acuerdo con la revisión de expedientes, poco más de la mitad de los pacientes hipertensos tuvo cifras de tensión arterial menores a 140/90 mm de Hg, lo que sugiere un adecuado control de su padecimiento. Este porcentaje es más alto entre las mujeres (54.5%) que en los hombres (50.2%) y en centros de salud acreditados (55.5%) que en no acreditados (50.2%). En sentido opuesto, 11.6% de los expedientes revisados registraba para la consulta más reciente cifras de tensión arterial por arriba de 160/95 mm de Hg, lo que ubica a estos pacientes en la categoría de mal control de su padecimiento (Cuadro IV.V).

En entidades federativas como Yucatán, Nayarit, Jalisco y Zacatecas el porcentaje de pacientes con cifras de control en la última consulta fue superior a 60%, ubicando a estas entidades en las primeras posiciones en materia de control de sus pacientes hipertensos. En el extremo opuesto se ubicaron Hidalgo y Sonora donde el porcentaje de pacientes controlados es menor a 40% (figura 4.10).

Además de la medición de la tensión arterial, el control del paciente hipertenso requiere del monitoreo permanente de otras variables biológicas que, en caso de no ser contro-

**Cuadro IV.V** Porcentaje de pacientes por grado de control de la presión arterial de acuerdo a variables seleccionadas. México 2008

	Bueno (%)	Regular (%)	Malo (%)
Tipo*			
Rural	53.8	35.3	10.9
Urbano	52.3	33.9	13.9
Acreditado*			
No	50.6	36.4	13.0
Sí	55.5	34.0	10.5
Sexo*			
Hombres	50.2	36.6	13.2
Mujeres	54.6	34.4	11.0
Nacional	53.5	35.0	11.6

\*  $p < 0.05$

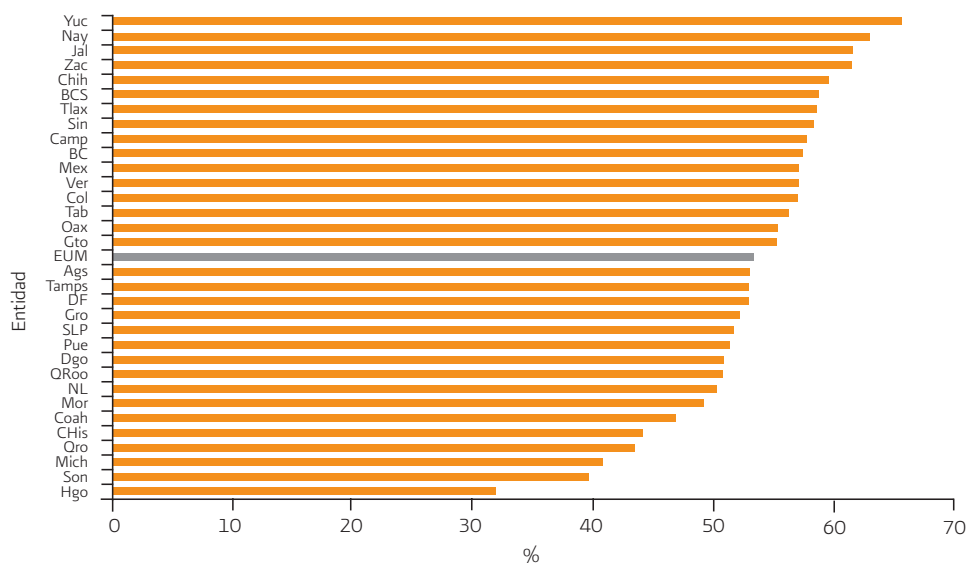
Metas del Tx de PA (mm de Hg): Bueno (< 140/90), Regular: (140/90-160/95) y Malo (> 160/95).

ladas, potencian los efectos negativos del padecimiento original, como es el caso del colesterol, o que son indicadores de alteraciones secundarias que, por su importancia, deben ser detectadas en etapas tempranas, como sucede con la urea y creatinina para valorar la función renal. La Norma Oficial correspondiente sólo incluye los niveles de colesterol entre sus metas de tratamiento, por lo que sólo se valoraron los registros de esta sustancia. En este sentido, 57% de los expedientes que tenían datos registraban cifras adecuadas para el colesterol, con diferencias significativas a favor de los centros urbanos.

Una vez controlado, mediante un modelo multivariado, el efecto de las diferencias individuales de los pacientes hipertensos, se observó que no hay diferencias estadísticamente significativas entre centros de salud urbanos y rurales, o entre acreditados y no acreditados, con relación a la probabilidad de que un paciente que se atiende en estos centros tenga un control adecuado de su presión arterial (Cuadro IV.VI).

Deben resaltarse algunos hallazgos adicionales. Por ejemplo, el efecto significativo que tiene la participación en los Grupos de Ayuda Mutua sobre la probabilidad de tener un control adecuado de la tensión arterial. De hecho, en términos operativos esta es la única variable de tratamiento con efecto significativo sobre el producto deseado, ya que todas las otras variables significativas corresponden al

Figura 4.10. Porcentaje de pacientes con cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg por entidad federativa. México 2008



ámbito personal. Entre éstas, resalta el efecto del índice de masa corporal, aunque la naturaleza transversal del estudio no permite afirmar que este sea un efecto derivado de la atención, ya que es probable que los pacientes con menor índice lo hayan sido aun antes de iniciar la atención de la HTA. (Cuadro IV.VI).

### Calidad de la atención prenatal

De acuerdo con las 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 Secretaría de Salud y de 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 adecuada es el medio más idóneo para reducir las muertes maternas en nuestro país. Actualmente la razón de mortalidad materna en México es de 57.2 muertes por 100,000 nacidos vivos, lo que representa alrededor de tres muertes asociadas al embarazo, parto o puerperio cada día. Muchas de estas

Cuadro IV.VI. Resultados de un análisis multivariado por regresión logística indicando las variables estadísticamente asociadas a la probabilidad de tener un control adecuado de la tensión arterial. México 2008.

Razones de momios significativamente asociadas a la probabilidad de tener adecuado control de tensión arterial en pacientes hipertensos\*

Variables	OR	(IC 95%)
IMC <25	1.31	(1.17 - 1.46)
Participación en grupo ayuda mutua último año	1.32	(1.19 - 1.47)
Mujer	1.22	(1.10 - 1.38)
Edad 51-65**	0.90	(0.79 - 1.00)
Edad >65**	0.75	(0.65 - 0.86)

\* Estimación mediante regresión logística múltiple con tres niveles: pacientes (n=5,545). La variable de respuesta es buen control de presión arterial de acuerdo a la NOM (<140/90 mm de Hg) vs. control regular a malo.

\*\* Categoría de referencia: <=50 años

muerdes podrían haber sido prevenidas con la identificación oportuna de los factores que las produjeron. Los trastornos hipertensivos del embarazo, por ejemplo, pueden ser tratados si son diagnosticados a tiempo, a pesar de lo cual provocaron más de 250 muertes maternas en 2008. Resulta evidente que la reducción en la mortalidad materna, la cual es una meta estratégica del Sector Salud, sólo podrá alcanzarse mejorando la atención prenatal y los cuidados obstétricos, tanto en términos de la calidad

técnica de los proveedores, como del acceso oportuno a los servicios de salud.

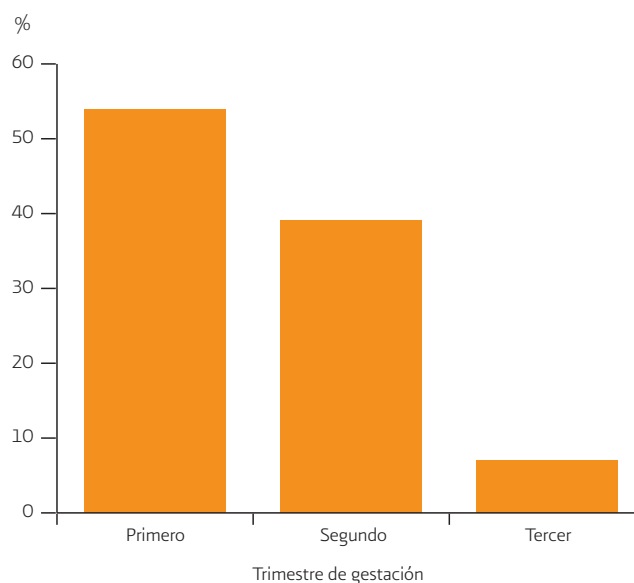
Para los fines de este reporte, la información obtenida mediante la revisión de 5,082 expedientes de mujeres en control prenatal se comparó con los estándares y recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSAZ-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Las acciones propuestas en esta norma tienen como objetivo fundamental el favorecer un embarazo libre de complicaciones, contribuyendo de esta manera a mejorar la salud de la madre y de los niños recién nacidos.

## Atención prenatal

En la medida en que el contacto entre la futura madre y los servicios de salud se lleva a cabo en etapas tempranas del embarazo, es más probable establecer mecanismos de control que permitan la identificación de signos de riesgo obstétrico que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo. 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 durante el primer trimestre. De hecho, la NOM respectiva propone que se brinden cinco consultas de control a la mujer embarazada, sugiriendo que la primera se lleve a cabo durante las primeras 12 semanas. 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 4.11).

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; por otro, la falta de correspondencia entre los servicios que se ofertan y las expectativas 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. Resulta llamativo que en las zonas rurales, donde teóricamente se enfrentan mayores barreras de acceso, el porcentaje de mujeres que asiste a su primera consulta en el primer trimestre es cinco puntos más alto que en las zonas urbanas.

Figura 4.11. Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a su primera consulta de control, por trimestre de gestación. México 2008

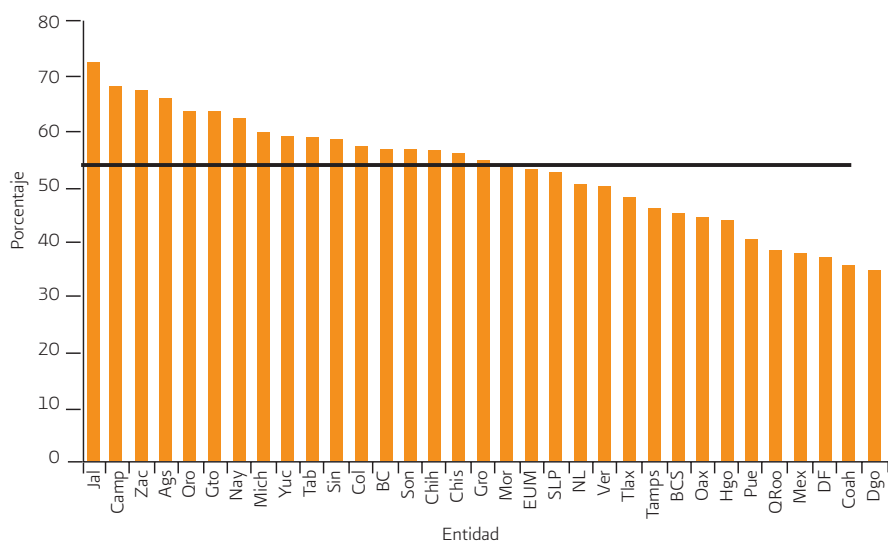


Con independencia de la causa del retraso en la atención, el resultado es el mismo: mayor dificultad para identificar a las mujeres con riesgo obstétrico elevado, con diabetes gestacional o con trastornos hipertensivos, lo que redundaría en la imposibilidad de establecer los tratamientos necesarios o, en su caso, el efectuar la referencia a un nivel de atención más especializado.

Las diferencias que hay entre las entidades federativas con relación a este indicador son dignas de resaltarse. En Jalisco, por ejemplo, 72% de las mujeres acuden durante el primer trimestre de gestación a su primera consulta, cifra equivalente al doble de los porcentajes de Durango y Coahuila (figura 4.12). El análisis por lugar de residencia tiene un efecto diferenciado por entidad. Mientras que en Puebla 80% de las mujeres que habitan zonas urbanas acuden a consulta durante el primer trimestre (contra 40% como valor estatal), en Sinaloa se registra un descenso de 58% a nivel general a 20% en áreas urbanas.

Como se mencionó previamente, la NOM recomienda que se brinde un mínimo de cinco consultas de atención prenatal a la mujer embarazada. Como una 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 em-

Figura 4.12. Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a su primer consulta de control durante el primer trimestre por entidad federativa. México 2008



barazada fue de 4.5 sin diferencias significativas entre los diferentes tipos de centro de salud.

Tan importante como el número de consultas es la calidad de las mismas. Para considerarse adecuadas, durante estas consultas es necesario que el médico efectúe una serie de actividades bien identificadas que ayudarán

a reconocer condiciones de riesgo o que favorecerán un desarrollo saludable del feto a fin de evitar trastornos congénitos o bajo peso al nacimiento. Las actividades recomendadas en la NOM correspondiente se presentan en el Cuadro IV.VII.

Cuadro IV.VII. 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 su variante débil D <sub>μ</sub> ), 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 la confidencialidad
11	Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
12	Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica; se recomienda no prescribir en las primera 14 semanas del embarazo)
13	Aplicación en al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, le 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, económicas y sociales 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

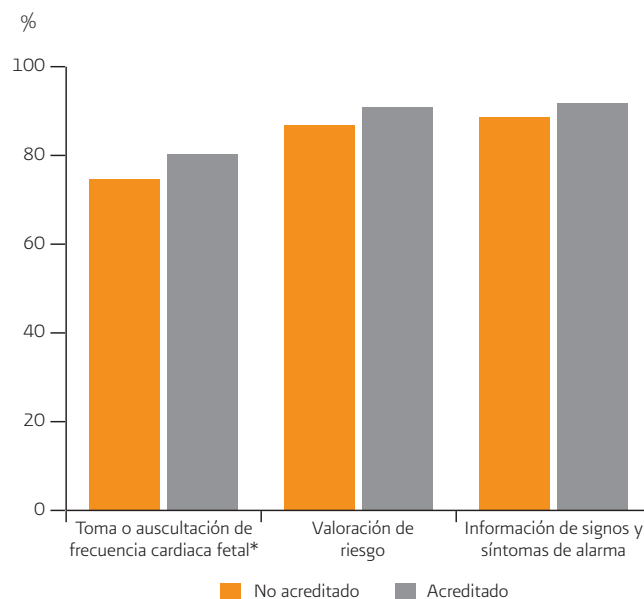
Los resultados obtenidos indican que la mayoría de las pacientes contaban con exploración física completa (96.3%), prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico (95.5%) e identificación y notificación de signos de alarma (90.5%). Por el contrario, hubo pocos registros de mediciones de la cantidad de líquido amniótico (32.3%) y del tamaño del feto (54.9%). La figura 4.13 describe gráficamente estos hallazgos.

Para comparar centros de salud acreditados con no acreditados, se seleccionaron tres de las acciones que se realizan en los CS a partir del cuarto mes de gestación: la medición de la frecuencia cardíaca fetal, la valoración del riesgo y la información a la madres sobre los signos y síntomas de alarma. Para las tres actividades, el desempeño de las unidades acreditadas fue significativamente mejor (figura 4.14).

## Mujeres embarazadas en situación de riesgo

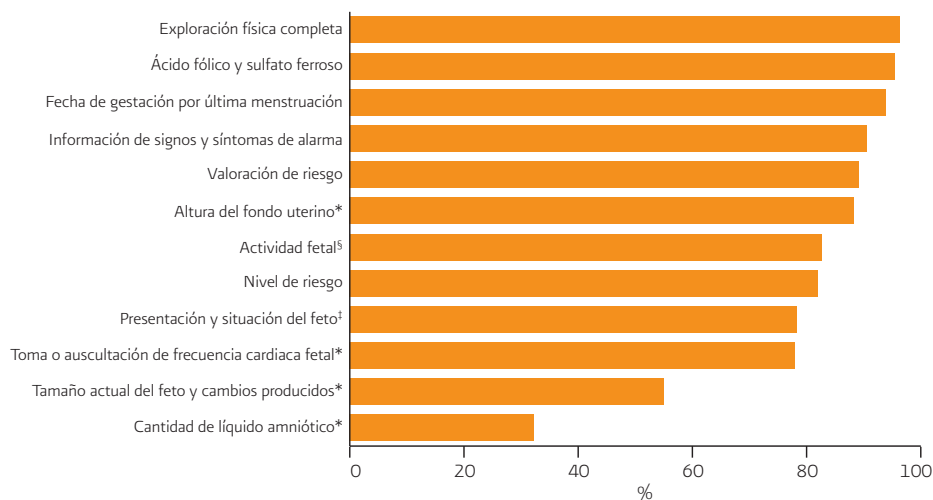
La identificación oportuna de posibles situaciones de riesgo es la mejor manera de reducir los desenlaces negativos del embarazo. Entre los principales indicadores de riesgo se encuentra la presión arterial elevada, la cual puede poner en serio riesgo la vida de la madre y su hijo. En este estudio se 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.

Figura 4.14. Porcentaje de expedientes de mujeres con más de cuatro meses de embarazo con registro de tres acciones seleccionadas en al menos una consulta, por estatus de acreditación. México 2008



Otros signos de alarma claramente señalados por la NOM correspondiente 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, 24.4% presentaba alguno de los signos previamente mencionados, sobresaliendo los signos y

Figura 4.13. Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas con registro de las acciones recomendadas en al menos una consulta. México 2008



Nota: A partir del \*cuarto, <sup>†</sup>octavo y <sup>§</sup>quinto mes de gestación

síntomas relacionados con infecciones urinarias (8.8%), la cefalea (8.4%) y la presencia de signos de infección vaginal (8.1%). Aunque notablemente menor en su frecuencia, por su importancia vale destacar que 1.2% de las mujeres embarazadas presentó convulsiones durante su embarazo (figura 4.15).

La frecuencia de signos de alarma fue mayor en los centros de salud rurales (figura 4.16), donde los servicios de salud especializados son menos accesibles, por lo que la salud de las mujeres corre un riesgo mayor. Dentro de los signos y síntomas de riesgo que más se identifican en las unidades

rurales están 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%). La prevalencia de cualquier signo o síntoma desfavorable fue de 25.4% en centros rurales y de 21.5% en áreas urbanas.

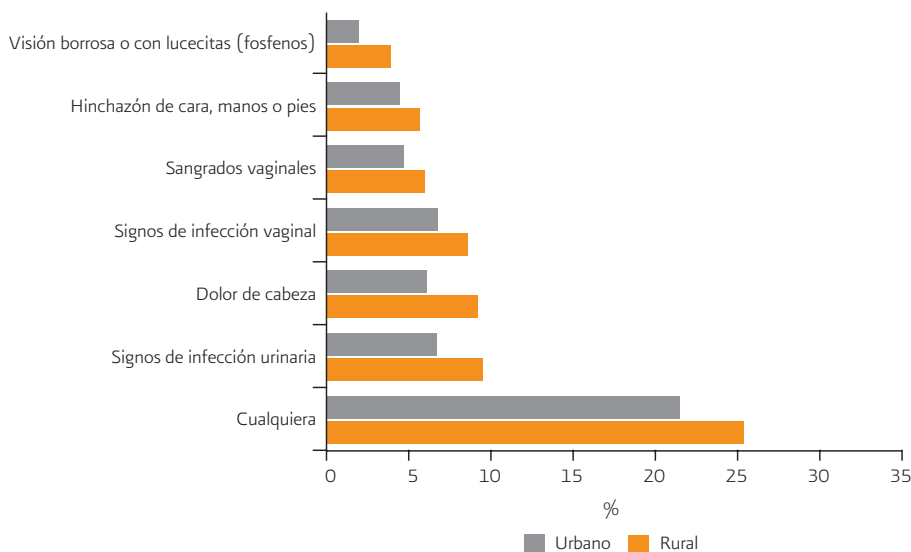
### Expedientes de mujeres embarazadas con registro de exámenes de laboratorio

Existen una serie de análisis clínicos que, por norma, deben realizarse en México a todas las mujeres bajo control pre-

Figura 4.15. Porcentaje de expedientes de mujeres embarazadas con registro de diversos signos de alarma, incluyendo hipertensión arterial. México 2008



Figura 4.16. Prevalencia de algunos signos de alarma durante el embarazo en centros de salud rurales y urbanos. México 2008





natal. Algunos de estos análisis deberían realizarse desde la primer consulta, como la biometría hemática completa (BH), el examen general de orina (EGO) la medición de la glucemia y el examen conocido como VDRL, para identificación de anticuerpos contra el agente de la sífilis. El EGO, además, debe repetirse otras cuatro veces, particularmente en el último trimestre del embarazo. 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 los CS permitió identificar que sólo a 6 de cada 10 pacientes se les solicita el EGO y que a más de la mitad de las mujeres en control prenatal no se les solicita BH. La determinación de glucosa mediante tira de reactiva, por otro lado, se le practicó al 42.5% de las pacientes. El Cuadro IV.VIII muestra los porcentajes de expedientes con registro de pruebas de laboratorio por situación de acreditación de la unidad. Pueden notarse las diferencias a favor de las unidades acreditadas. La misma situación ocurre cuando se comparan unidades rurales y urbanas, dado el pobre acceso de las primeras a servicios de laboratorio.

**Cuadro IV.VIII. Porcentaje de expedientes con registro de pruebas de laboratorio recomendadas para mujeres embarazadas. México 2008**

Acción	Porcentaje		
	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 (dextrostis)*	34.6	48.0	42.5
Determinación de gpo. 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 (EGO)	53.7	66.2	61.1

\* P<0.001



# Calidad percibida y participación ciudadana

Las percepciones y opiniones de los usuarios juegan un papel preponderante en la evaluación de los servicios de salud. Con independencia del análisis basado en indicadores de resultado o proceso, el estudio de las opiniones de los usuarios permite identificar áreas susceptibles de mejora y establecer medidas de ajuste a fin de ofrecer servicios acordes con las necesidades y expectativas de las personas para las que se diseñan y ofrecen los servicios de salud.

La medición de las opiniones de los usuarios es relevante por varias razones. En primer lugar, porque tomar en cuenta las expectativas y opiniones de los pacientes rompe con la dinámica unidireccional y asimétrica en la cual el proveedor pretende conocer lo que es bueno para los usuarios, tomando decisiones sobre asuntos relacionados con la salud de éstos y con la manera en que deben ofrecerse los servicios. Desde este punto de vista, mejorar la participación de los usuarios en la definición de aspectos organizacionales y en la toma de decisiones con respecto a su salud es un acto congruente con un modelo de atención más respetuoso de los derechos de todos los actores de la atención a la salud.

En segundo lugar, ofrecer servicios acordes con las expectativas de los usuarios tiene un valor instrumental importante. Ha sido demostrado que los pacientes satisfechos con la atención que reciben, que se sienten apreciados y valorados, y que no sienten su dignidad personal vulnerada en los servicios sanitarios, están más incentivados para buscar atención para sus padecimientos crónicos, ayudando así a mejorar los niveles de control de estos y favoreciendo la identificación temprana de patologías nuevas o complicaciones.

Finalmente, debe considerarse que la calidad no es únicamente un asunto técnico. La calidad, entendida como el ejercicio de las actividades bajo un esquema de máximo beneficio, implica que la interacción personal entre el médico y el paciente se realice respetando los derechos humanos básicos de éste en aspectos claramente definidos como el respeto a su dignidad como persona, la calidad de la información que se le proporciona al paciente respecto a su enfermedad, el mantenimiento de su confidencialidad y el respeto a su intimidad. Bajo esta óptica de la calidad, explorar las opiniones de los usuarios es un ejercicio inaplazable para tener una visión completa del desempeño de los servicios de atención a la salud.

Los resultados presentados en este capítulo fueron obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario a 18,997 usuarios, en el cual se les interrogaba acerca de su nivel de satisfacción general y sobre aspectos específicos de su interacción con los servicios de salud.

## 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 le brindan en las unidades de atención.

El monitoreo permanente del nivel de satisfacción tiene una gran ventaja: se deriva de una pregunta sencilla y usualmente entendible por todo tipo de usuarios. No obstante, tiene debilidades mayores que han sido ampliamente documentadas. Entre éstas, el hecho de que está

fuertemente influenciada por el resultado técnico de la atención. Las personas que reciben una atención médica que resuelve o controla su padecimiento básico suelen tener altos niveles de satisfacción, a pesar de que pudieran haber tenido experiencias negativas en asuntos relacionados con tiempos de espera o con el respeto a sus personas. Por lo tanto, la respuesta a la pregunta sobre satisfacción usualmente no aporta información para identificar cuáles son las áreas deficientes y con frecuencia enmascara fallas en la provisión de servicios.

La información derivada de la medición de satisfacción puede mejorarse si se añaden cuestionamientos que identifiquen las causas de satisfacción o insatisfacción de los usuarios. Esta fue precisamente la estrategia utilizada en la encuesta realizada a usuarios de centros de salud de los SESA. En primer lugar se les interrogó sobre cómo calificaban la calidad de la atención. Había cinco opciones para responder esta pregunta, las cuales iban desde muy malo a muy bueno. Con fines descriptivos, se consideró satisfechos a aquellos usuarios que respondieron que la calidad era buena o muy buena.

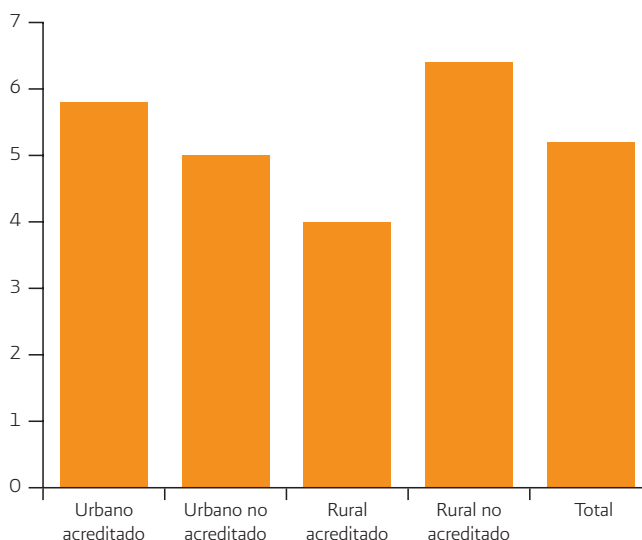
Como es habitual, la gran mayoría de entrevistados (94.8%), calificó la atención recibida como buena o muy buena. El porcentaje más alto de satisfacción lo reportaron usuarios de centros de salud rurales acreditados (96.1%) y el más bajo los rurales no acreditados (93.5%). Las diferencias entre los diferentes tipo de centro fueron estadísticamente significativas. A fin de permitir una mejor visualización de las diferencias, la figura 5.1 muestra los porcentajes de usuarios no satisfechos por tipo de centro.

Para obtener información más específica, se interrogó sobre el nivel de satisfacción relacionado con diversos elementos de la atención. Las respuestas a esta pregunta evidencian, por un lado, un mayor nivel de satisfacción con los aspectos personales de la consulta, particularmente la atención médica y la de enfermería, que con los elementos estructurales. Por otro lado, también apoyan la hipótesis de que la respuesta a la pregunta sobre satisfacción general está fuertemente mediada por el resultado del acto médico y se aísla de otros elementos de la atención (figura 5.2).

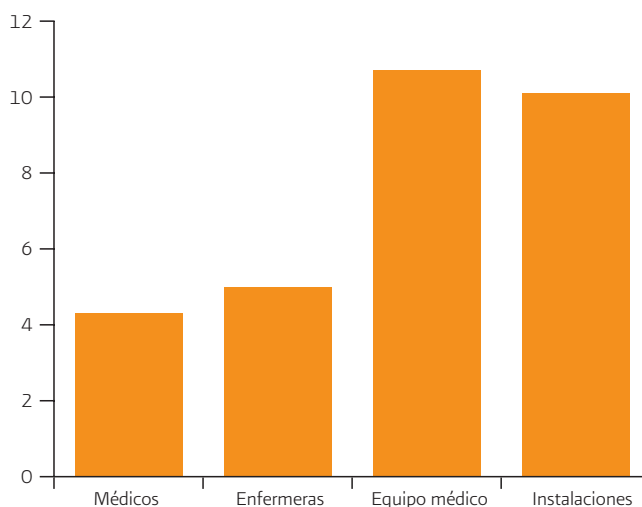
Uno de los elementos que pueden afectar la validez de la información que se obtiene mediante preguntas como las descritas líneas arriba es el de la aceptabilidad de la respuesta. Es decir, a pesar de que el encuestador puede informar al entrevistado acerca de que la información es confidencial y únicamente para fines de mejora de la calidad, el usuario

**Figura 5.1.** Porcentaje de usuarios no satisfechos con la atención recibida en centros de salud de los SESA, según ubicación y estatus de acreditación del centro.

México 2008



**Figura 5.2.** Porcentaje de usuarios no satisfechos con diversos aspectos de la atención recibida en centros de salud de los SESA. México 2008



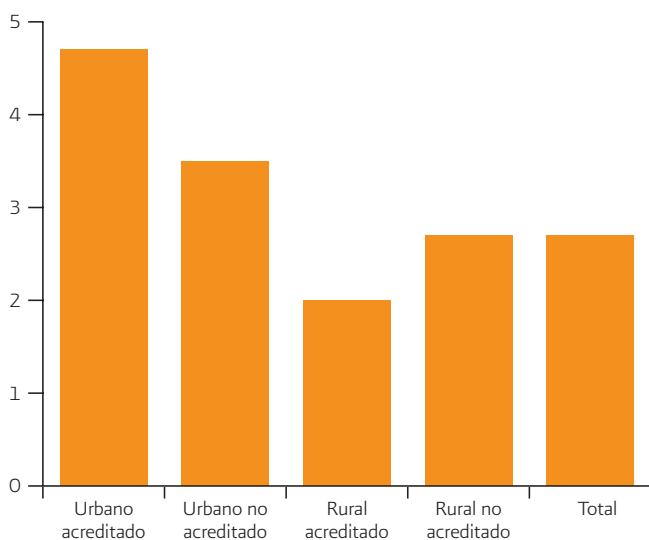
decide que es mejor afirmarse satisfecho para evitar algún tipo de efecto negativo derivado de su respuesta. En diversos estudios se ha documentado que sólo los eventos dramáticamente negativos llevan al usuario a manifestarse como insatisfechos y que esa es una de las explicaciones a

los altos niveles de satisfacción de los usuarios. Para lidiar con este tipo de desviaciones, se suele complementar el estudio de la satisfacción con otros cuestionamientos, entre los cuales la pregunta acerca de si el usuario volvería a atenderse en el mismo sitio ha mostrado ser sensible e identificar inconformidades que no se captan en la pregunta sobre satisfacción general.

Las respuestas a esta pregunta en esta encuesta, no obstante, muestran también un alto grado de satisfacción con la atención: 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%). Nuevamente con la finalidad de evidenciar las diferencias, se muestran en la figura 5.3 los porcentajes de usuarios que refirieron que no regresarían por tipo de centro de salud.

La interpretación de estos datos debe tomar en consideración, además de otros factores, que este tipo de pregunta pone al usuario en una situación hipotética no siempre bien comprendida, ya que, entre otras cosas, muchos de los usuarios de los SESA no tienen otras opciones reales de atención médica. Por lo tanto, la importancia de la información obtenida radica en que indica que existe cierto porcentaje de usuarios que, a pesar de la dificultad conceptual de la pregunta, afirman que no regresarían a la unidad, por lo que se puede asumir que reflejan la existencia de experiencias realmente negativas en los centros de atención.

**Figura 5.3.** Porcentaje de usuarios que declaró que no regresaría a atenderse en la misma unidad. México 2008

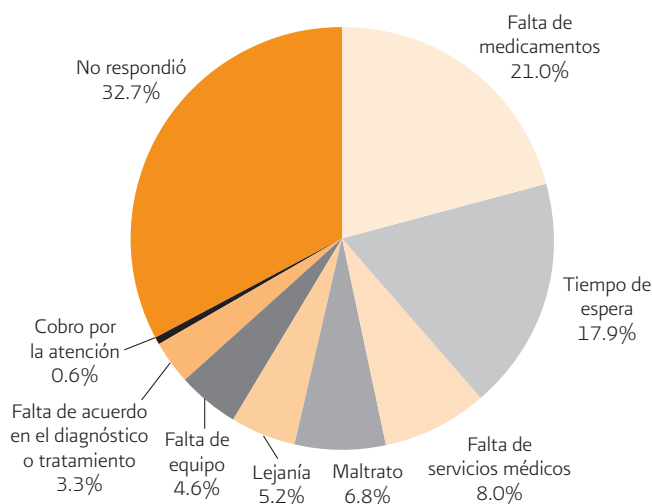


El análisis de las razones por las que la gente no regresaría a los centros de salud identifica claramente espacios que deben ser atendidos para mejorar la calidad integral de la atención. A pesar de que una tercera parte de los que declararon que no regresaría decidió no especificar la razón, 21% del total de respuestas identifica la falta de medicamentos como la principal razón para no volver. La segunda causa son los prolongados tiempos de espera con 17.9%. La frecuencia de reportes de algún tipo de maltrato fue de 6.8%. Entre las causas exploradas, la que se reportó con menos frecuencia fue la relacionada con el cobro de servicios, la cual sólo fue argumentada por menos de 1% de los usuarios que dijeron que no regresarían a la unidad (figura 5.4). No se encontraron diferencias mayores en las causas reportadas entre diferente tipo de centros, aunque debe acotarse que la baja frecuencia de reportes negativos le resta potencia al estudio para identificar diferencias significativas.

## Medición del trato ofrecido a los usuarios de centros de salud

La Organización Mundial de la Salud, mediante la publicación en su informe anual del año 2000 de un marco conceptual donde se definen los objetivos y funciones de los sistemas de salud, despertó un interés, que ha ido creciendo, sobre las interacciones no médicas que se realizan entre usuarios y proveedores de servicios de salud. Este marco conceptual ubica

**Figura 5.4.** Causas por las que los usuarios no regresarían a atenderse en la misma unidad. México 2008



al trato adecuado como un fin en sí mismo para los sistemas de salud, una meta deseable porque estos sistemas no sólo deben atender las necesidades de salud de sus usuarios sino hacerlo con pleno respeto a los derechos humanos de éstos y con una visión que asuma que para lograr calidad integral en la atención se requiere alinear las habilidades técnicas con actitudes personales, estrategias organizacionales y aspectos estructurales. Cuando ese alineamiento existe, cuando la atención se brinda tomando en cuenta las necesidades de los usuarios no sólo en la parte médica sino también en los aspectos de trato personal y de comodidad de los espacios y arreglos organizacionales, se puede decir que en las unidades se ofrece un trato adecuado.

A fin de operacionalizar su medición, el trato se descompone en ocho dominios, cuatro de ellos enfocados en derechos humanos básicos y cuatro más en aspectos deseables de la organización y estructura de las unidades que no están directamente vinculados al acto médico. Los primeros cuatro dominios son los siguientes: i) trato digno o 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, y 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. Los dominios restantes son los siguientes: i) 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; ii) 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; iii) condiciones de las comodidades básicas, que miden la calidad de servicios básicos, como la limpieza y amplitud de salas de espera, y iv) acceso a redes de apoyo social, que se refiere a que los pacientes hospitalizados mantengan el contacto con sus familiares. Evidentemente este último dominio no aplica en el caso de las unidades de atención primaria.

Para facilitar el análisis de la encuesta, se agruparon las respuestas de los usuarios de modo tal que aquí se presentan los porcentajes de aprobación de cada dominio, entendida la aprobación como el calificar el desempeño en

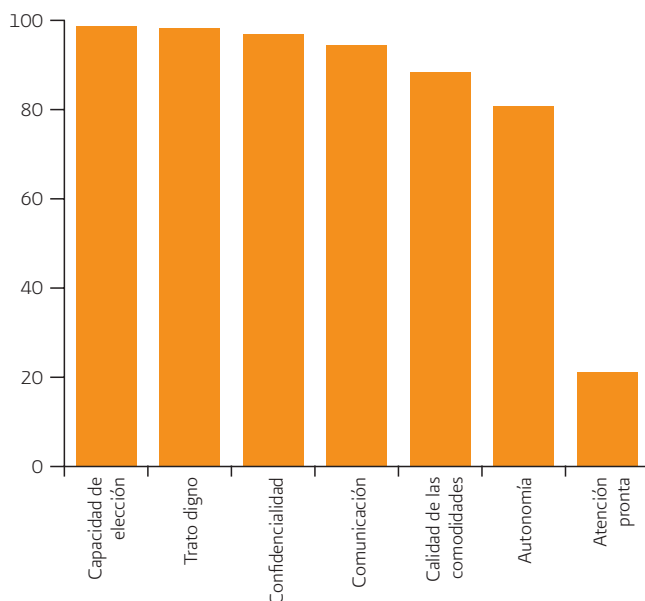
cada dominio como “bueno” o “muy bueno”. Hay varios resultados dignos de destacarse. En primer lugar, que, en general, la aprobación de los dominios relacionados con respeto a derechos humanos es muy alta, cercana a 100%, con la excepción de autonomía, que sólo fue aprobada por 80.7% de los usuarios entrevistados.

El segundo hallazgo destacable es que la atención pronta fue muy mal calificada, aprobada sólo por 21.2% de los usuarios, lo cual representa un marcado descenso con respecto a mediciones previas, en las cuales el porcentaje de aprobación había rondado 70%. También debe llamarse 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. Seguramente las respuestas de este dominio se ven afectadas por las expectativas de los usuarios, quienes dada la organización de los servicios no consideran necesaria una mayor libertad para elegir a sus proveedores.

Las diferencias entre usuarios o entre distintos tipos de centro de salud fueron insignificantes 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 fue a favor de los centros acreditados y rurales. La figura 5.5 muestra los porcentajes de aprobación de los siete dominios de trato adecuado y los Cuadros V.I y V.II 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 frecuentes entre los usuarios. No obstante, la magnitud de la insatisfacción con este aspecto de la atención es destacable. En 2003, en el marco de una encuesta de representatividad nacional (ENED 2003),

**Figura 5.5.** Porcentaje de aprobación en centros de salud de los SESA de siete dominios de trato adecuado a nivel nacional. México 2008



**Cuadro V.I.** Porcentaje de aprobación en centros de salud de los SESA de los cuatro dominios de trato adecuado relacionados con derechos humanos, desagregado por variables seleccionadas. México 2008

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

los usuarios ubicaron a la atención pronta en la posición con menor aprobación pero 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 éstos se han mantenido constantes o incluso se han reducido

**Cuadro V.II.** Porcentaje de aprobación en centros de salud de los SESA de tres dominios de trato adecuado relacionados con aspectos organizacionales, desagregado por variables seleccionadas. México 2008

Variables	Calidad de comodidades	Capacidad de elección	Atención pronta
Sexo			
Hombre	89.7	98.9	17.6
Mujer	88.0	98.8	22.2
Tipo de CS			
Rural	89.1	98.8	19.2
Urbano	85.8	98.7	28.6
Acreditado			
No	85.5	99.0	23.0
Sí	90.5	98.6	19.9

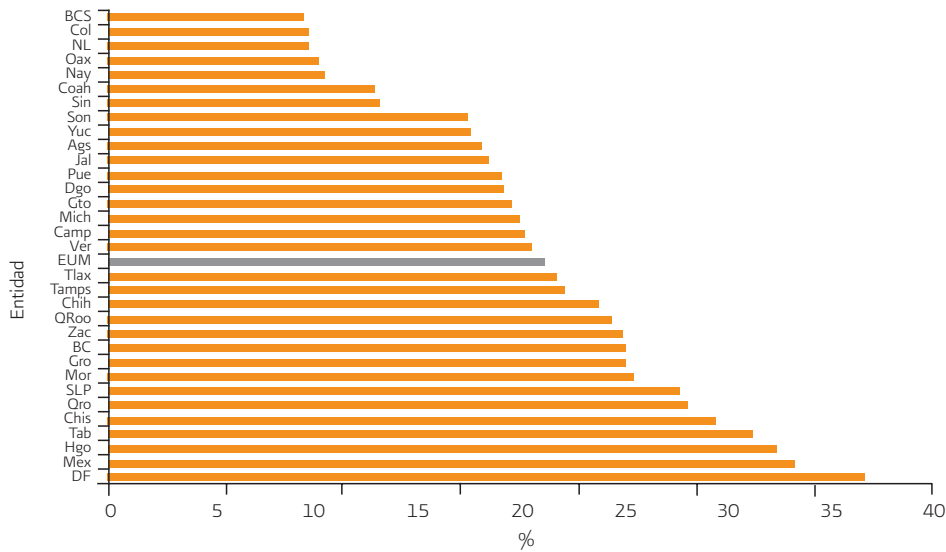
en ciertas entidades. La figura 5.6 muestra el porcentaje de aprobación del dominio de atención pronta por entidad federativa. Puede verse que en Nuevo León, Colima y Baja California Sur menos de 10% de los usuarios entrevistados consideraron buena o muy buena la rapidez atención. Las entidades con mayor aprobación fueron el Distrito Federal y el Estado de México, con poco más de un tercio de sus usuarios aprobando este dominio.

## Participación ciudadana

Uno de los elementos esenciales del fortalecimiento de la atención primaria es el de otorgar espacios para la participación ciudadana a fin de que individuos y organizaciones puedan contribuir a la mejora de la atención y al diseño de modelos de atención más acordes con lo que los usuarios esperan. En concordancia con esta propuesta global, en México el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) ha establecido dentro de sus estrategias centrales la del fortalecimiento de la participación ciudadana a través de la figura denominada Aval Ciudadano.

Los avales ciudadanos son organizaciones de la sociedad civil –o individuos de manera independiente– que verifican la veracidad de la información en materia del trato ofrecido a los usuarios de los servicios de salud y que participan activamente aportando sugerencias para mejorar la calidad de la atención, particular pero no exclusivamente, en su componente interpersonal. La participación de estos avales constituye un avance notable en la democratización de los asuntos

Figura 5.6. Porcentaje de aprobación de la atención pronta en centros de salud de los SESA, por entidad. México 2008



relacionados con la salud poblacional que ayuda a romper la dinámica unidireccional de la atención, haciendo que ésta se convierta en un ejercicio más horizontal en el cual el usuario no sólo es un ente pasivo sino parte activa de la resolución de los problemas de salud individuales y colectivos.

Esta sección presenta una serie de resultados derivados, básicamente, de entrevistas con avales ciudadanos en las unidades de atención primaria visitadas para la aplicación de la encuesta.

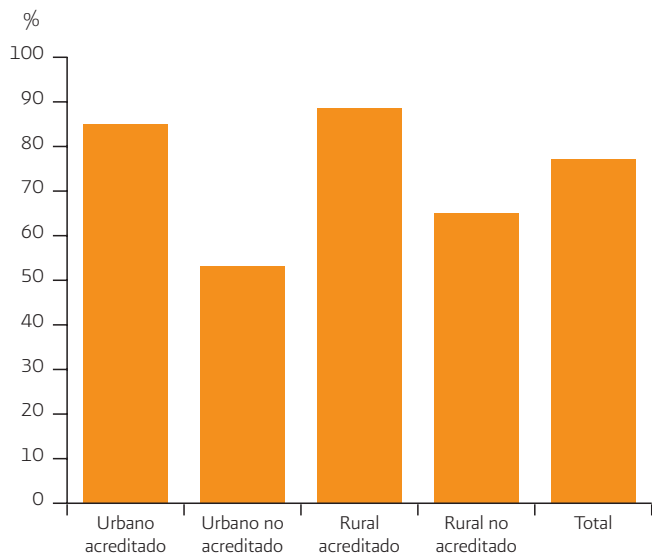
### Unidades de atención primaria que cuentan con aval ciudadano

De acuerdo con la información proporcionada por los responsables de las unidades visitadas, 77.2% de los centros de salud cuenta con algún aval ciudadano. Un porcentaje menor de los responsables (2.5%) desconocía si en la unidad existía algún aval ciudadano. El porcentaje de unidades con aval es más alto entre centros de salud acreditados y rurales (figura 5.7). Aunque el porcentaje de unidades acreditadas sin aval es menor a 15%, esta ausencia es destacable ya que la presencia del aval es un requisito para la acreditación. En este sentido, debe considerarse que la figura del aval ciudadano es dinámica por lo que existe cierto grado de volatilidad en la información sobre su existencia en los centros de salud.

### Principales actividades realizadas por el aval ciudadano

Entre las actividades más frecuentes realizadas por los avales ciudadanos está la de monitorear la opinión de los usuarios sobre la atención recibida y la de valorar las condiciones físicas de los inmuebles y la existencia de recursos en las

Figura 5.7. Porcentaje de centros de salud con presencia de aval ciudadano, por ubicación y estatus de acreditación. México 2008

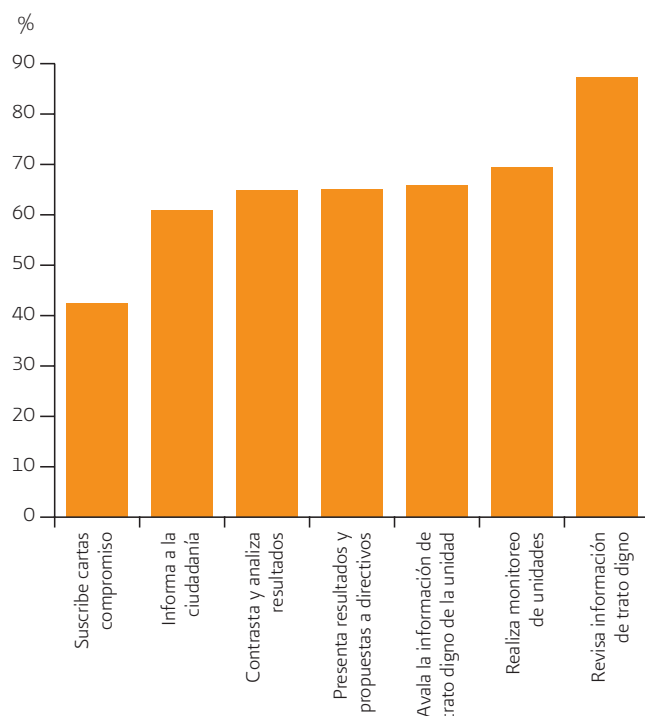




unidades. Entre los avales entrevistados, 72% declaró llevar a cabo todas las actividades que le correspondían. Un porcentaje tan alto como 87.2% afirmó haber realizado encuestas sobre trato y un porcentaje menor (69.4%) afirmó haber realizado supervisión de unidades. La validación de la información que la propia unidad genera en materia de trato y satisfacción fue reportada por 65.8% de los avales (figura 5.8).

Además de estas actividades de carácter verificador, algunos avales también se involucran activamente en proyectos de mejora de la atención. Alrededor de 42% de los avales entrevistados indicó que había participado en la firma de cartas compromiso con las autoridades de las unidades. Estas cartas son un mecanismo mediante el cual los proveedores se comprometen al cumplimiento de objetivos puntuales en materia de mejora de la atención, lo que permite a los avales dar seguimiento a estas metas, permitiéndoles de este modo tener un papel más activo como promotores de la calidad de los servicios de salud. Algunas de las estrategias de mejora se derivan precisamente de la participación de los avales, ya que, como puede verse en la figura 5.8, dos terceras partes de estos participan en la

**Figura 5.8. Porcentaje de avales ciudadanos que se involucran en acciones específicas dentro de los centros de salud. México 2008**



presentación de propuestas de mejora a los directivos de las unidades.

Como resultado de sus actividades, los avales ciudadanos tienen un panorama adecuado de la cambiante situación de la calidad en las unidades en que se desempeñan. La mayor parte de los avales entrevistados tiene opiniones coincidentes con relación a que ha habido mejoras sustantivas en los servicios a partir de la implementación de la estrategia de los avales. Aproximadamente la mitad de ellos considera que los avances han sido muy buenos, particularmente en los centros de salud urbanos. Por otro lado, poco más de 10% de los avales que trabajan en áreas rurales considera que los avances han sido moderados o francamente malos, porcentaje que en los urbanos se ubica en 7%.

A fin de lograr un mayor impacto con sus acciones, los avales ciudadanos requieren que su influencia trascienda el ámbito, a veces limitado, de los centros de salud. Un vehículo para amplificar los efectos positivos del trabajo de los avales es la coordinación de éstos con los responsables de las áreas de gestión de calidad en las jurisdicciones y entidades federativas.

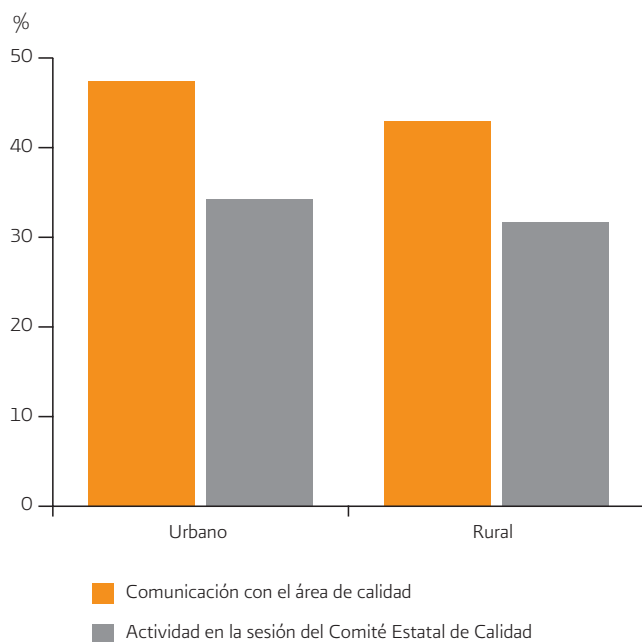
Como podía esperarse, el contacto de los avales con las áreas estatales de calidad es más frecuente entre los avales que se ubican en áreas urbanas, donde 47.4% reportó tener esta comunicación, mientras que en áreas rurales la cifra correspondiente era de 43%. La participación en los Comités Estatales de Calidad fue menos frecuente pero no es desdeñable: alrededor de un tercio de los avales participa en estos comités, también con cifras ligeramente más altas entre los que trabajan con centros de salud urbanos (figura 5.9).

## Conclusiones

Como se mencionó en la introducción de este documento, las unidades de atención primaria, los centros de salud, deberían cumplir con una serie de atributos deseables para poder ofrecer una atención integral y de calidad a sus usuarios, y para consolidarse como el núcleo alrededor del cual se podrían estructurar los servicios de especialidad y hospitalarios del sistema mexicano de salud.

Entre dichos atributos se encuentra el de la cercanía con los usuarios. A este respecto, los datos aquí presentados muestran que, en promedio, la disponibilidad de servicios de atención primaria es adecuada pero que la gran variabilidad regional y estatal provoca que haya amplios sectores de la población con problemas de acceso real

**Figura 5.9. Porcentaje de avales ciudadanos que se involucran en actividades con las áreas estatales de calidad y con los Comités Estatales de Calidad, por ubicación de las labores del aval. México 2008**



para utilizar los servicios de salud. Así, por ejemplo, las diferencias en la disponibilidad de consultorios entre las diferentes entidades pueden alcanzar el orden de 5 veces. En este sentido, el lanzamiento del programa Caravanas de la Salud puede contribuir a disminuir los efectos negativos de la ausencia de servicios en áreas remotas, cumpliendo, además, con el principio de la oferta activa, la que busca al usuario con necesidad y no se limita a esperar la demanda de atención. Adicionalmente, la implementación de estos servicios en unidades móviles representa un esfuerzo importante por mejorar la equidad de los servicios que brindan los SESA y la Secretaría de Salud al dirigirse preferentemente a la población de los municipios más marginados del país.

Con independencia de las barreras físicas o de la en ocasiones inexistente oferta de servicios de salud, es necesario que estos se diseñen de tal manera que promuevan su utilización por parte de la población con necesidad de atención. En este sentido, algunos de los resultados de este estudio indican que hay un amplio espacio para la mejora. Quizá la evidencia más importante es la que aportan los análisis de expedientes de mujeres en atención prenatal,

los cuales indican que apenas la mitad de éstas acude a consulta durante el primer trimestre y que en algunas entidades el porcentaje se ubica por debajo de 40%. Estas cifras son un buen ejemplo de que una proporción alta de usuarios enfrenta barreras, físicas o culturales, que retrasan la búsqueda de atención. También debe considerarse el papel que juegan algunos aspectos organizacionales que pueden desincentivar la utilización de los servicios de los centros de salud; por ejemplo, los prolongados tiempos de espera y la dificultad para poder sufragar los costos de los medicamentos que no existen en las unidades.

Este último elemento amerita comentarios adicionales. Los hallazgos de este trabajo indican un muy alto surtimiento de recetas completas, con un porcentaje casi 30 puntos porcentuales por arriba de la cifra reportada en la última encuesta nacional de salud (ENSANUT 2006). Aunque es posible que haya cierta variabilidad aleatoria en las estimaciones, la gran diferencia entre los dos datos también refleja los importantes esfuerzos que se han realizado para mejorar el abasto y surtimiento de medicamentos, entre los cuales destacan las políticas derivadas de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, el cual garantiza un paquete explícito de intervenciones y medicamentos a sus beneficiarios, además de que, a través de su esquema de financiamiento tripartita, ha incrementado el nivel de inversión destinada a la atención a la salud.

La mejora en el surtimiento de recetas es un factor que, de consolidarse, seguramente impactará positivamente en la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios de atención primaria de los SESA y se convertirá en un incentivo para una búsqueda temprana de atención con los consiguientes beneficios para la población.

Existen otros esfuerzos institucionales para mejorar la atención que se brinda en los centros de salud. Un ejemplo es el de la participación ciudadana, la cual permite que las opiniones de actores ajenos al quehacer cotidiano de los servicios de salud sean tomadas en cuenta por los proveedores. Este es un elemento nodal para que la atención primaria cumpla con otra de las características deseables: la de dar voz a sus usuarios. De esta manera, la práctica médica, necesariamente especializada, se puede desarrollar en ámbitos organizacionales que permiten que el paciente no sea sólo un ente pasivo sino un participante activo de las decisiones que afectan su salud y su bienestar. Ejemplos concretos de cómo las opiniones de los usuarios pueden convertirse en medidas concretas son los ajustes en los

horarios de consulta y la mejora en la cantidad y calidad de la información que los usuarios reciben con relación a sus diagnósticos y opciones terapéuticas. Los resultados mostrados en el capítulo V muestran que la comunicación con los proveedores es uno de los aspectos mejor valorados por los usuarios, al igual que otros elementos relacionados con los aspectos interpersonales de la atención.

En contraste, los datos analizados sugieren que la capacidad resolutoria del primer nivel de atención no alcanza los estándares deseables. Los resultados presentados en el capítulo IV indican que, al menos con relación a los rastreadores clínicos que se usaron en este trabajo, hay un gran margen de mejora para los servicios de salud. Alrededor de la mitad de los hipertensos y sólo uno de cada ocho diabéticos tiene un control adecuado de sus respectivos padecimientos. En el caso de la atención prenatal, hay un retraso importante de la atención y se enfrentan carencias para brindar servicios de apoyo indispensables para garantizar una atención altamente efectiva.

Si bien es cierto que hay variables externas a los servicios de salud -económicas, culturales- que afectan el éxito de las medidas terapéuticas, también debe considerarse que la visión de la atención primaria es, precisamente, la de ampliar su campo de acción, ya sea porque se logra influir en la conducta de la población, mejorando así la oportunidad de los diagnósticos y la adherencia terapéutica, o porque los servicios se diseñan de tal modo que se reduce el impacto de la enfermedad en la economía de los hogares, con un mejor abasto de medicamentos, la disminución del daño y la reducción de los gastos relacionados con el acceso a los servicios de salud.

Los elementos contextuales son esenciales para brindar una atención de calidad. En este sentido, una recomendación puntual derivada de los hallazgos aquí presentados es la de proporcionar a los profesionales los elementos mínimos esenciales para poder ofrecer una atención más resolutoria. La revisión del abasto de medicamentos mostró que un porcentaje importante de centros de salud carece de medicamentos fundamentales para atender al tipo de pacientes que demanda atención en los servicios ambulatorios de los SESA. Por ejemplo, 15% de los centros de salud no contaba con captopril, 28% no tenía furosemida, 19% no contaba con metformina y 15% no tenía glibenclamida. Todavía más llamativa es la carencia, en algunos centros, de los insumos básicos para la atención prenatal. Uno de cada cinco centros de salud no tiene fumarato ferroso y 8% no cuenta con ácido

fólico, a pesar de que la NOM respectiva indica la importancia de brindar estas sustancias desde los primeros contactos de la mujer embarazada con el sistema de salud.

Aunque menos frecuentes que la falta de medicamentos, también existe ausencia de equipamiento básico. Es evidente que el equipo y material costoso, sofisticado o de utilización esporádica no puede proporcionarse a todas las unidades de atención. No obstante, es inaceptable que 15% de éstas no cuente con esfigomanómetros o que 5% no tenga en existencia estetoscopios. Aunque existe un costo asociado al abasto de este equipamiento a todas las unidades, la frecuencia de su utilización y la importancia de la información clínica que aportan hace que los beneficios potenciales superen con mucho a los costos de su compra.

Con independencia de los aspectos estructurales, existen indicadores que también reflejan limitaciones técnicas en algunos proveedores. Un ejemplo de lo anterior es la baja frecuencia con que se realizan -o se reportan- algunos exámenes básicos en pacientes diabéticos. Algunos de estos, como la revisión de ojo o la medición de hemoglobina glicosilada, pueden enfrentarse a barreras contextuales reales, pero existen otros procedimientos viables casi en cualquier ámbito que no se realizan con la periodicidad deseada, como es el caso del examen de extremidades en pacientes diabéticos. De este procedimiento sólo existe registro en 60% de los expedientes de pacientes diabéticos que se revisaron. La importancia de las cuestiones organizacionales en el registro y ejecución de este procedimiento se evidencian con el hecho de que las unidades acreditadas tienen un registro 1.5 puntos mayor que las unidades no acreditadas.

Hay otros indicadores de la falta de medidas adecuadas de control en pacientes crónicos. Por ejemplo, el pobre registro de mediciones de glucosa en pacientes diabéticos. A nivel nacional sólo 43% de los expedientes tenían registro de al menos una medición de glucosa en el año, situación que en el caso de Guerrero se reducía hasta únicamente 20%. Aunque cuantitativamente menor, también es digno de destacarse que 2% de los pacientes hipertensos no tenía registro de medición de tensión arterial en el último año, lo cual resulta llamativo toda vez que la medición de esta variable es barata y es rutinaria incluso en pacientes no hipertensos.

Con relación a estos resultados debe hacerse una puntualización importante. La fuente de datos de la que se derivan estos hallazgos son los expedientes clínicos, lo que significa que la falta de evidencia sobre una acción específica

puede deberse tanto a la ausencia de la acción como a la carencia de registro en el expediente. Por lo tanto, podría argumentarse que las situaciones no son tan negativas como los resultados indican sino que hay deficiencias en las fuentes utilizadas. No obstante, la falta de registro es una deficiencia en sí misma ya que el expediente clínico es un documento legal indispensable para garantizar la continuidad de la atención y el seguimiento apropiado de cada paciente. En ausencia de registro la única conclusión, clínica y legal, es que la acción no fue realizada. Por lo tanto, una acción correctiva inmediata es la de motivar a los profesionales para mejorar la calidad del llenado de los expedientes clínicos, para lo cual pueden establecerse medidas internas basadas en la revisión de estos instrumentos.

Mejorar la calidad de los registros puede constituirse en la estrategia central para incrementar la calidad de la atención de los servicios de atención primaria. Varios de los indicadores presentados en este reporte pueden utilizarse a nivel jurisdiccional o incluso al interior de cada unidad para dar seguimiento puntual al desempeño de los profesionales de la salud. Utilizar estos indicadores como medios de supervisión tendría como consecuencia, primero, que se mejorara la calidad de la información; segundo, que los profesionales se adhirieran más estrechamente a la normatividad existente relacionada con procedimientos clínicos y, tercero y más importante, redundaría en una mejora de la calidad de la atención.

Evidentemente para que este modelo de supervisión tuviera el éxito esperado se tendrían que generar incentivos, positivos y negativos, para que los profesionales hicieran

los ajustes necesarios en su práctica diaria a fin de corregir las deficiencias identificadas en sus centros de atención. Entre otros, en ciertos ámbitos se han establecido incentivos económicos relacionados con el porcentaje de pacientes crónicos con complicaciones o con niveles adecuados en sus marcadores biológicos. Este modelo, por su costo, puede no ser aplicable en nuestro contexto. Por lo tanto, como primera aproximación puede usarse un sistema de información pública, en el cual los resultados de cada centro de salud y su nivel de desempeño comparado con unidades similares se de a conocer a la población en general y a los interesados de manera particular. Aunque este modelo no tiene la misma potencia que los incentivos económicos, existen evidencias de que la comparación con pares suele producir efectos positivos.

Debe recordarse, finalmente, que la evaluación es, ante todo, una herramienta gerencial. Los resultados de las evaluaciones sólo adquieren sentido cuando son utilizados por los operadores de las unidades evaluadas para corregir las deficiencias identificadas. En última instancia, en el campo de la salud el objetivo de la evaluación de servicios sólo se alcanza cuando los proveedores implementan acciones correctivas destinadas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población a la cual dichos servicios se prestan. Por lo tanto, este informe debe considerarse sólo como una primera aproximación al desempeño actual de los servicios de atención primaria de los SESA y como el primer eslabón en una cadena de acciones que buscan mejorar, en el mediano plazo, la salud de la población que se atiende en estos servicios.

## Notas metodológicas

La información presentada en este documento proviene, básicamente, de dos fuentes principales: los registros administrativos que organiza y difunde la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y los resultados de una encuesta ad hoc llevada a cabo en 640 centros de salud de todo el país.

Las bases de datos proporcionadas por la DGIS para la elaboración de este informe fueron las correspondientes al cierre de 2008 del SINERHIAS y las estimaciones de población generadas en esta misma Dirección, las cuales se utilizaron para relativizar la disponibilidad de recursos y la productividad de las unidades de salud.

En su gran mayoría, los datos aquí presentados provienen de la encuesta realizada en unidades ambulatorias, la cual fue diseñada por la Dirección General de Evaluación del Desempeño y ejecutada por una empresa a la que se le adjudicó el trabajo mediante un procedimiento de licitación pública.

La encuesta consistió en un levantamiento de información en 20 centros de salud en cada una de las 32 entidades federativas del país. Los centros de salud fueron seleccionados mediante un procedimiento aleatorio con una selección proporcional por localización urbana y rural. En cada unidad se entrevistó a 30 usuarios y a los responsables de las unidades, además de que se aplicó una lista de cotejo para verificar la existencia de medicamentos y de equipamiento básico. Asimismo, se revisaron los expedientes clínicos de personas que se atendían por hipertensión arterial, diabetes mellitus o que acudían para atención prenatal. De este modo, el presente documento reporta información de 640 unidades, 640 responsables, 18,997 usuarios, 5,754 expedientes de pacientes diabéticos, 5,827 de pacientes hipertensos y 5,082 de mujeres en atención prenatal.

## Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma-Ata, URSS. 6-12 de septiembre de 1978. Serie Salud para todos No. 1. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud, 1978.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjemos el futuro. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud. 2003.
- Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México. Secretaría de Salud, 2007.
- Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud. MIDAS. Primera edición, México D.F. Secretaría de Salud, P. 35-38. 2006
- Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas 2007. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Primera edición 2008.
- Sistema de Protección Social en Salud, Evaluación de Procesos; capítulo 3 "Evaluación del Surtimiento de medicamentos a la población afiliada al Seguro Popular de Salud". Pag. 59-63, Primera Edición, mayo de 2007.
- Kessner D, Kalk C, Singer J. Assessing health care: The case for tracers. *N Engl J Med* 1973;288 (4): 189-194.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-015-Ssa2-1994, "Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en La atención primaria".
- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- OMS. WHO Technical Report Series. Hypertension control. [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_862.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_862.pdf), 1996.
- T P Fahey, T J Peters, General practice What constitutes controlled hypertension? Patient based comparison of hypertension guidelines. *BMJ* 1996; 313:93-96;13July. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/313/7049/93>
- Sara N Bleich, David M Cutler, Alyce S Adams, Rafael Lozano, Christopher J L Murray. Impact of insurance and supply of health professionals on coverage of treatment for hypertension in Mexico: population based study. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/bmj.39350.617616.BEv1>
- CHEP Recommendations for the Management of Hypertension [http://hypertension.ca/chep/wp-content/uploads/2009/01/2009-chep-recommendations\\_d3.pdf](http://hypertension.ca/chep/wp-content/uploads/2009/01/2009-chep-recommendations_d3.pdf), 2009.
- 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.



