

**Secretaría de Salud**

**Universidad Intercultural del Estado de México**

**Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta  
Marginación con Población Indígena: Medición Inicial**

**Evaluación Operativa del Programa Caravanas de la Salud  
Informe Final**

**Coordinador General**

Jorge Mario Soto Romero

**Coordinador Ejecutivo**

Luis Francisco Acevedo Prieto

**Investigadores**

Alejandro Tuirán Gutiérrez

María Lilia Bravo

Rosalva Pineda Juárez

Magda Rocío Aparicio

Ricardo Antonio Belman Martínez

Julio Espinoza Torrez

**Analistas**

Jorge Mario Soto Tirado

Alberto Martínez Beltrán

Diciembre de 2013

## Índice

<b>1</b>	<b>EVALUACIÓN OPERATIVA DE PROCESOS</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b>	<b>Descripción de la operación del Programa</b>	<b>2</b>
1.1.1	Contexto general del Programa de Caravanas de la Salud	2
1.1.2	Instituciones que intervienen en el Programa de Caravanas de la Salud	9
<b>1.2</b>	<b>Descripción de los procesos del Programa</b>	<b>28</b>
1.2.1	Principales conceptos, metodologías y fuentes de información	28
1.2.2	Contexto de desarrollo del PCS	29
1.2.3	Órdenes de gobierno en que se desarrollan los procesos del PCS	31
1.2.4	Procesos del PCS	32
<b>1.3</b>	<b>Cuantificación y análisis de la suficiencia, eficacia y oportunidad de los procesos operativos (cuellos de botella)</b>	<b>63</b>
1.3.1	Estrategia para el trabajo de campo	63
1.3.2	Identificación y etiquetado de procesos	65
1.3.3	Identificación de cuellos de botella de los procesos del PCS	66
1.3.4	Problemas que derivan en ineficiencias en el flujo de los procesos del PCS	68
1.3.5	Medición de atributos de los procesos	99
1.3.6	Fortalezas del Programa de Caravanas de la Salud	106
1.3.7	Descripción de problemas y buenas prácticas en la operación	107
<b>1.4</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>111</b>
<b>2</b>	<b>EVALUACIÓN OPERATIVA DE LA COBERTURA EFECTIVA</b>	<b>118</b>
<b>2.1</b>	<b>Cobertura poblacional del Programa Caravanas de la Salud</b>	<b>121</b>
<b>2.2</b>	<b>Aproximación de la cobertura efectiva por medio de la información de capacidad instalada y productividad</b>	<b>122</b>
2.2.1	Cobertura efectiva o capacidad resolutive de las UMM como proporción de la capacidad necesaria para atender a la población con dos consultas al año	123
2.2.2	Número de consultas por persona al año	126
2.2.3	Productividad por día	127
<b>2.3</b>	<b>Acceso y utilización de servicios de salud en localidades de alta y muy alta marginación</b>	<b>128</b>
2.3.1	Conocimiento, acceso y utilización de los servicios de salud en las localidades indígenas de alta y muy alta marginación atendidas por el Programa Caravanas de la Salud	129
2.3.2	Accesibilidad y utilización de servicios a partir de la información recabada en las encuestas de salida del servicio de las UMM	133
<b>2.4</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>133</b>

<b>3</b>	<b>EVALUACIÓN OPERATIVA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD</b>	<b>137</b>
<b>3.1</b>	<b>Antecedentes</b>	<b>137</b>
<b>3.2</b>	<b>La calidad en los servicios de salud</b>	<b>137</b>
<b>3.3</b>	<b>México y la calidad en los servicios de salud</b>	<b>139</b>
<b>3.4</b>	<b>Objetivo general de la Evaluación operativa de la calidad de la atención en salud</b>	<b>144</b>
3.4.1	Objetivos específicos de la Evaluación operativa de la calidad de la atención en salud	144
<b>3.5</b>	<b>Metodología de la Evaluación operativa de la calidad de la atención en salud</b>	<b>145</b>
3.5.1	Instrumentos para la Evaluación	145
3.5.2	Metodología de la aplicación de instrumentos	147
<b>3.6</b>	<b>Resultados de la Evaluación operativa en la calidad de la atención en salud</b>	<b>148</b>
3.6.1	Resultados obtenidos de la Evaluación de la calidad percibida a través de la entrevista estructurada (Fase 1)	148
3.6.2	Resultados obtenidos de la Evaluación de la calidad percibida a través del levantamiento en campo (Fase 2)	159
3.6.3	Resultados obtenidos de la evaluación de la calidad técnica. Evaluación de expedientes	165
<b>3.7</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>184</b>
<b>4</b>	<b>EVALUACIÓN OPERATIVA DE LA INTERCULTURALIDAD DEL PROGRAMA</b>	<b>187</b>
<b>4.1</b>	<b>Antecedentes</b>	<b>187</b>
<b>4.2</b>	<b>Concepto de interculturalidad</b>	<b>188</b>
<b>4.3</b>	<b>Contexto indígena y determinantes sociales</b>	<b>189</b>
<b>4.4</b>	<b>Marco legal para la salud intercultural</b>	<b>189</b>
<b>4.5</b>	<b>La interculturalidad en la Secretaría de Salud</b>	<b>192</b>
<b>5</b>	<b>TELEMEDICINA</b>	<b>242</b>
<b>6</b>	<b>ACRÓNIMOS</b>	<b>244</b>

## **1 Evaluación operativa de procesos**

La evaluación de procesos tiene como objetivo describir y analizar la operación del Programa de Caravanas de la Salud (pcs), así como detectar áreas de oportunidad y fortalezas que sirvan como base para el desarrollo de un modelo de mejora continua en los macroprocesos del pcs, permitiendo así lograr sus objetivos y metas de manera más eficaz, eficiente y oportuna.

Las metodologías utilizadas para este reporte fueron el análisis documental de los instrumentos normativos vigentes que son principalmente las normas oficiales mexicanas referentes a la salud, las Reglas de operación y las evaluaciones externas al Programa, ya que permiten analizar la descripción detallada de cada uno de los procesos, así como los actores que intervienen y los mecanismos llevados a cabo por el Programa. De este modo, se obtuvo el mapeo de los procesos y los diagramas de flujo, para posteriormente clasificarlos en los ocho macroprocesos identificados en los Términos de referencia de la evaluación de procesos elaborados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

Como parte del levantamiento en campo de los elementos cualitativos, se construyeron diversos instrumentos de recolección de información previamente validados. Cabe resaltar que en el desarrollo de dichos instrumentos se aseguró la pertinencia y relevancia de los contenidos y aspectos a medir, así como de las categorías y tipologías para procesar las respuestas. Adicionalmente, se valoró la consistencia, confiabilidad y precisión de los instrumentos, a través de una prueba piloto en dos localidades de Oaxaca, para su posterior adecuación y mejora. En el diseño de los instrumentos cualitativos, se incluyeron cada uno de los procesos identificados por el CONEVAL así como otros temas específicos relevantes a la operación del Programa; lo anterior, con el propósito de identificar áreas de oportunidad y fortalezas en cada uno de ellos.

Con el fin de seguir los procesos hasta los usuarios, se realizaron una serie de entrevistas semiestructuradas a la salida de los servicios de las unidades médicas móviles (UMM) visitadas, las cuales incluyeron preguntas referentes a la percepción y satisfacción de la población objetivo respecto a los apoyos otorgados. Dichos resultados han sido tomados en cuenta en este reporte para la sección de percepción y satisfacción.

En el levantamiento de información cualitativa se visitaron doce localidades atendidas por el programa, en tres entidades federativas (Estado de México, Oaxaca y Puebla). En total, se realizaron entrevistas a tres coordinadores estatales del Programa, once supervisores, once médicos, once enfermeras, once promotores de salud, nueve auxiliares de salud, cuatro comités de salud y un comité de contraloría social. Asimismo, se aplicaron

cuestionarios de salida a 63 usuarios y se recogió información de 337 expedientes clínicos.<sup>1</sup>

En complemento de las entrevistas individuales, se realizaron tres grupos de enfoque — uno en cada entidad federativa visitada— con médicos, enfermeras y promotores. El propósito de estas entrevistas colectivas con el personal de las UMM, fue identificar percepciones, patrones de conducta, interacciones con otros participantes en el programa, así como una serie de fortalezas y áreas de oportunidad para mejorar el Programa.

Con base en lo anterior, el equipo evaluador comparó la operación normativa con la práctica, arrojando recomendaciones más objetivas que incluyeran distintos puntos de vista de los actores involucrados en el Programa. Así, por cada área de oportunidad detectada en cada macroproceso se vierte una recomendación. Por último, se presentan las conclusiones generales junto con sus respectivas recomendaciones.

## **1.1 Descripción de la operación del Programa**

### **1.1.1 Contexto general del Programa de Caravanas de la Salud**

El PCS a cargo de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) de la Secretaría de Salud, comenzó a operar en el año 2007 y tiene como propósito fundamental acercar la Red de Servicios de Salud (REDESS) a la población que habita en municipios de menor índice de desarrollo humano (IDH), en localidades de alta y muy alta marginación así como en localidades con alta dispersión y de difícil acceso a los servicios de salud, lo que la hace una iniciativa del gobierno federal. La situación orográfica, los problemas de acceso a los servicios de salud y las condiciones de los municipios y localidades complican, en corto plazo, la construcción y operación de centros o clínicas para prestar los servicios de salud a la población de forma permanente e integral. Es por esto que el Programa organiza y opera equipos de salud itinerantes y UMM con diferente capacidad resolutive, en complemento a la REDESS conformada por unidades médicas fijas.

Según las reglas de operación (ROP) 2013 del PCS, lo definen como uno de los principales esfuerzos de la política de salud del gobierno federal para resolver las limitaciones de cobertura que aún prevalecen en diversas zonas del territorio nacional. Ha logrado presencia en las 32 entidades federativas con una cobertura progresiva que contempla su consolidación de manera simultánea con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), dependiendo de los recursos presupuestales asignados para ello. La visión del Programa

---

1. Para mayor detalle de las actividades realizadas, véase Anexo de reporte de actividades.

es que para el año 2018 no existan personas o familias sin atención médica primaria en el país, garantizando así el acceso universal a los servicios de salud.

En este panorama, la misión del Programa es:

acercar la oferta de la red de servicios de salud con criterios de calidad, anticipación, de manera integral y resolutive, mediante equipos itinerantes de salud a la población que habita prioritariamente en las microrregiones de menor índice de desarrollo humano y marginadas con alta dispersión, todos ellos carentes de atención médica oportuna debido a su ubicación geográfica, dispersión y/o condiciones de acceso, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible, el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas.

El PCS se encuentra alineado con el Plan nacional de desarrollo 2007-2012 en el eje de igualdad de Oportunidades y el Objetivo 5 que se enfoca a reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución. Respecto al Programa sectorial 2007-2012 se alinea con el Objetivo 2 orientado a reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades indígenas.

El fin del Programa en la matriz de indicadores de resultados (MIR) es:

contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud, a través de la oferta de servicios de prevención, promoción y atención médica ambulatoria. En tanto que su Propósito se orienta a que la población de localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso cuente con servicios regulares de promoción, prevención y atención mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles.

## **Objetivos**

Las ROP definen los objetivos del Programa en los siguientes términos.

### *Objetivo general*

Proporcionar servicios regulares de promoción, prevención, atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y UMM, que trabajan de forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria.

### *Objetivos específicos*

- Ampliar la cobertura de atención a las comunidades sin acceso a servicios de salud y fortalecer la capacidad resolutoria que garantice el acceso a una atención de salud de vanguardia tecnológica, aprovechando los medios y recursos que ofrece la telesalud.
- Garantizar que la prestación equitativa, oportuna, con perspectiva de género y con calidad de los servicios de salud se proporcione a través de un conjunto de recursos humanos capacitados, con sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad.
- Promover la participación social y comunitaria para el desarrollo de una cultura de autocuidado de la salud, basado en la promoción, prevención, control y atención oportuna de enfermedades, que coadyuve a mejorar estilos de vida en las personas, las familias y comunidades.
- Proporcionar atención médica y odontológica con base en el CAUSES que ofrece el SPSS y las acciones asociadas al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO).
- Fomentar la afiliación de la población objetivo del Programa, al SPSS y a los niños al Seguro médico siglo XXI para coadyuvar a alcanzar el acceso universal a los servicios de salud.

### **Cobertura y focalización**

Las ROP 2013 definen como población objetivo a las personas que habitan en las localidades cubiertas por el Programa que se encuentran afiliadas al SPSS o a otros esquemas de aseguramiento público y aquellas que carecen de derechohabencia a instituciones de salud. Esta población se caracteriza por vivir en pobreza extrema y presentar algunos de los siguientes criterios básicos del Programa:

- Bajo índice de desarrollo humano (IDH)
- Localidades con muy alta y alta marginación
- Condiciones de tamaño poblacional, marginación, dispersión geográfica y dificultad de acceso

Así pues, el criterio de focalización expreso del Programa es de índole geográfica y de número de habitantes, por lo que las prioridades de atención a la población objetivo se dividen en cuatro niveles o vertientes:

- Primera vertiente: atención prioritaria a personas que habitan en el medio rural, en localidades marginadas y sin acceso actual a servicios de salud y que, además, son consideradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) como parte de los 125 municipios de menor IDH (que elabora el PNUD) de los siete estados prioritarios: Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

- Segunda vertiente: atención a personas que se encuentran ubicadas en localidades de muy alta y alta marginación según el CONAPO, que no necesariamente radiquen en municipios de menor IDH, que se consideren como geográficamente dispersas y que carezcan de acceso regular a servicios de salud en todas las entidades federativas.
- Tercera vertiente: atención de personas que habitan en localidades con problemas de acceso a la infraestructura institucional de salud en todo el país.
- Cuarta vertiente: atención de personas que están ubicadas temporalmente en concentraciones masivas que requieran servicios de salud de primer nivel de atención.

En resumen, los criterios básicos para la selección de las localidades objetivo del Programa son el bajo IDH, el alto y muy alto grado de marginación (de acuerdo a CONAPO), la dispersión poblacional (información del INEGI) y la poca o nula accesibilidad a servicios de salud (Secretaría de Salud del gobierno federal).

En este contexto, las evaluaciones al PCS (consistencia, resultados y cobertura) han señalado un problema en la conceptualización y cuantificación de sus poblaciones. Esta peculiaridad tiene implicaciones para conocer en forma fehaciente la población atendida como podrá constatarse en varios apartados de la Evaluación.

Aun así, el Programa ha buscado subsanar este problema proporcionando datos de cuantificación de la población aunque hay un consenso respecto a la dificultad para considerarlas firmes por el criterio de focalización ya explicado. El hecho de que la población potencial sea inferior a la objetivo, es ya un indicio de una dificultad en términos de planeación que se tendrá que superar en el Programa (cuadro 1).

**Cuadro 1. Población potencial, objetivo y atendida por el PCS, 2012**

Población	2012 (personas)	Incremento de cobertura respecto de 2011 (personas)
Potencial	3,900,000	0 %
Objetivo	4,086,469	6.44 %
Atendida	3,839,056	0 %

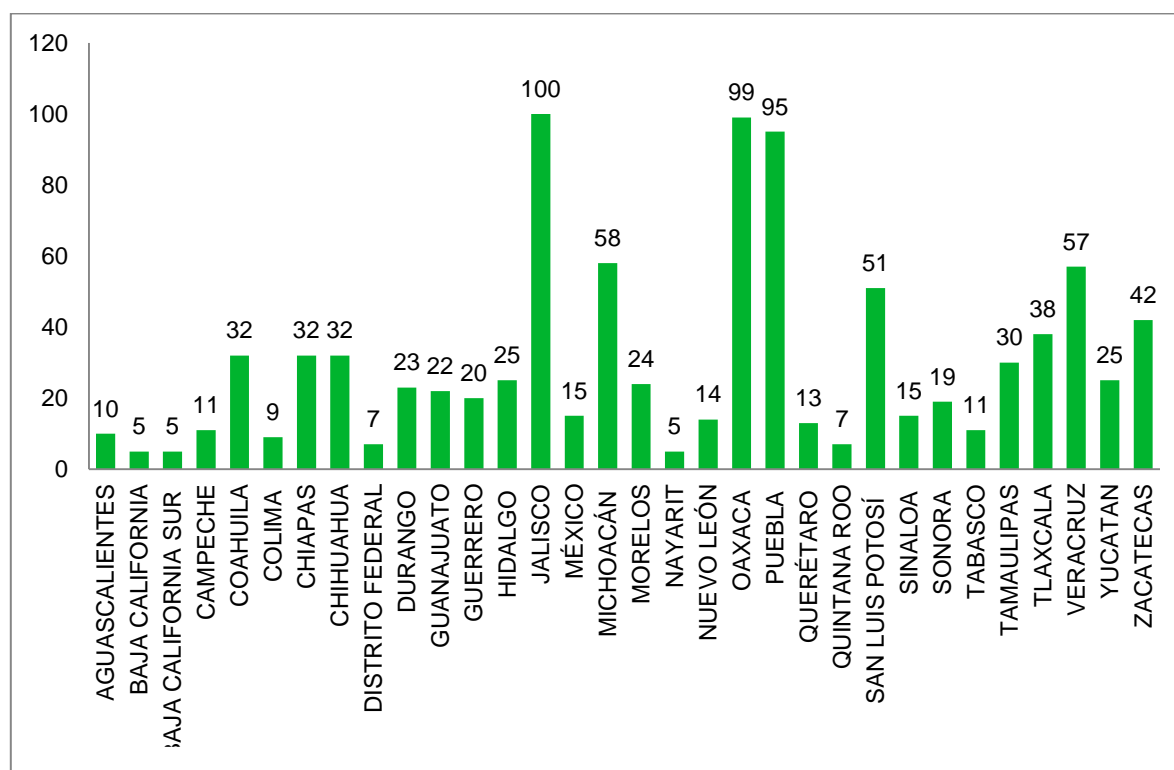


Población atendida/ población objetivo	93.95 %	-6.05 %
Fuente: CONEVAL, Evaluación específica de desempeño 2012-2013 del pcs; <a href="http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SALUD/12_S200/12_S200_Completo.pdf">http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Especificas_Desempeno2012/SALUD/12_S200/12_S200_Completo.pdf</a>		

### Municipios

De acuerdo con los datos del Anexo 6 de los Convenios de transferencia de recursos de 2011, las rutas de las Caravanas de la Salud cubren un total de 951 municipios, destacando los correspondientes a Jalisco, Oaxaca y Puebla.

**Gráfico 1. Municipios cubiertos por el pcs a nivel de entidad federativa, 2013**

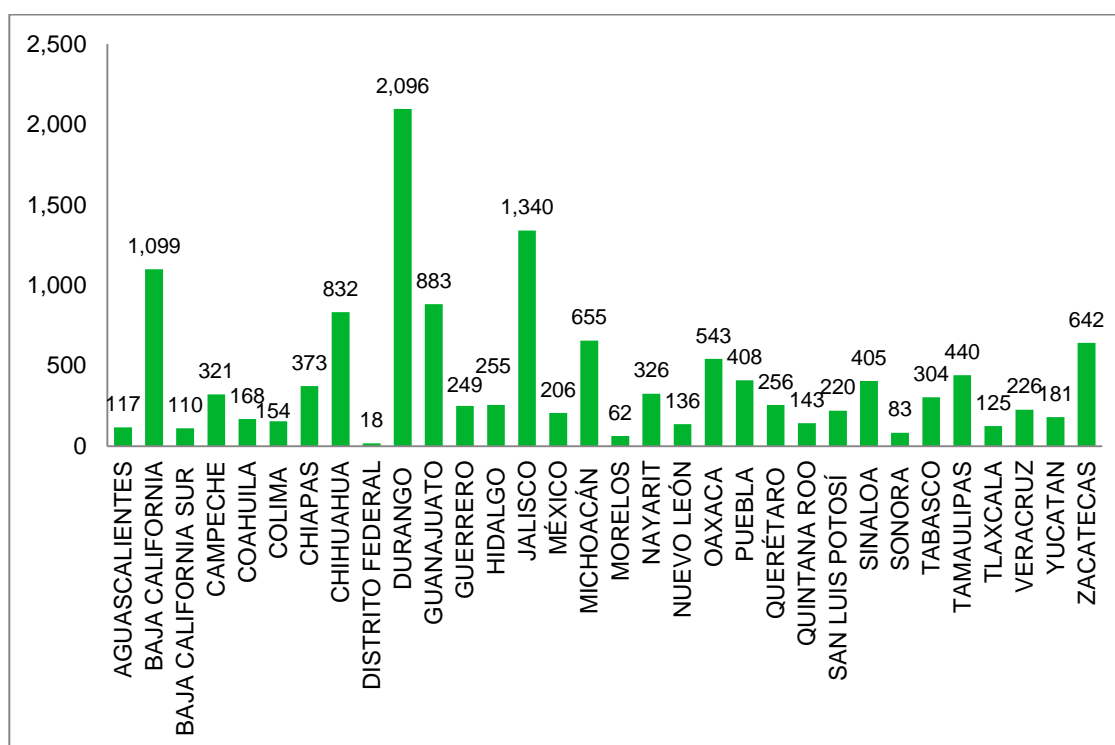


Datos proporcionados por DGPLADES Caravanas de la Salud con base en Anexo 6 del Convenio.

## Localidades

Respecto al número de localidades integradas en una ruta, el pcs cubre 13 376 espacios geográficos dentro de los municipios ya establecidos. La siguiente gráfica presenta la distribución de las localidades consideradas dentro de una ruta; destacan notablemente Durango y Baja California, en el norte, y Jalisco en el occidente.

**Gráfico 2. Localidades en ruta del PCS por entidad federativa, 2013**



Fuente: Datos proporcionados por DGPLADES, caravanas de la salud con base en Anexo 6 del Convenio.

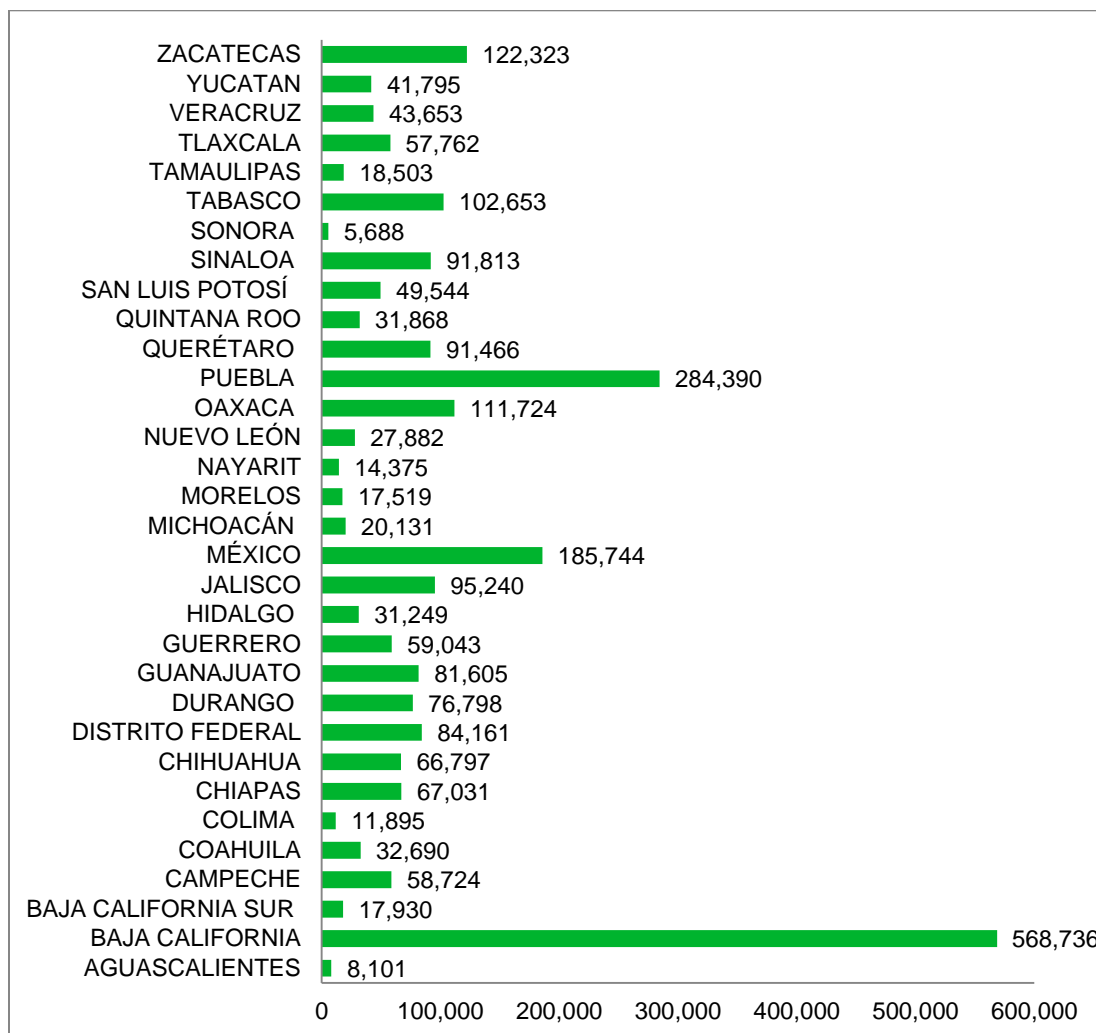
## Población beneficiada

Conforme a los datos procesados del Anexo 6 de los Convenios específicos de transferencia de recursos de 2011 con los estados, en ese año el pcs ha beneficiado a 1 763 430 personas distribuidos como se muestra en la siguiente gráfica. Baja California y estado de México sobresalen como las entidades con mayor población beneficiada.

La cobertura del pcs se define en términos de la población total que habita en las localidades incluidas en una ruta. Dado que el Programa no hace una selección de beneficiarios sino de localidades, la atención en el número de población para el pcs son todos los residentes de estos espacios geográficos; por tanto, se considera población

cubierta, independientemente de que el servicio de las UMM haya sido requerido o no. Por ello, el análisis de la cobertura efectiva se analiza en un capítulo aparte.

**Gráfico 3. Población beneficiada por el pcs a nivel de entidad federativa, 2013**



Fuente: Datos proporcionados por DGPLADES Caravanas de la salud con base en Anexo 6 del Convenio específico de transferencia de recursos de 2011.

Los datos disponibles con los cuales se puede analizar una aproximación a los elementos básicos del PCSS respecto al universo de UMM, municipios, localidades y población atendida permiten adelantar una recomendación sobre la gestión del Programa específicamente en el diseño de la producción de la información. Las cifras presentan variaciones y permiten limitar una visión de conjunto del Programa, tal como se muestra en la siguiente tabla.

**Cuadro 2. Presencia del PCS**

PCS: comparativo de datos básicos (y)		
Tipo	Presentación ejecutiva <sup>1</sup> (2013)	Informe de seguimiento <sup>2</sup>
UMM	1 536	2 229
Municipios	1 070	1 839
Localidades	23 514	24 937
Beneficiarios	4 024 556	4 471 485
<sup>1</sup> Presentación gerencial ejecutiva del PCS del 2 de octubre de 2013. <sup>2</sup> Informe de Seguimiento a la Presidencia de la República, datos acumulados al 3 de septiembre de 2013. En este informe se proveen datos adicionales, por ejemplo, las UMM entregadas a los estados es de 2 744, por lo que se tomó el de las UMM operando realmente. Los municipios y localidades establecidas como cobertura son 1,959 y 40 425 respectivamente. La cobertura establecida para la población es de 6 777 138 personas. Conforme al dato de la población atendida en las localidades se establece una cobertura del 66 %.		

### 1.1.2 Instituciones que intervienen en el Programa de Caravanas de la Salud

En la operación del PCS se articula a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, en los territorios donde actúa y cuenta con recursos humanos capacitados, medios de transporte de personal, casas de salud y recursos materiales (medicamentos, insumos, dispositivos médicos y recursos tecnológicos para telemedicina) que inciden en un espacio geográfico determinado a través del establecimiento de rutas de atención.

Dentro de las instituciones que operan el PCS, se encuentran la Secretaría de Salud del gobierno federal, los servicios estatales de salud de los gobiernos de las entidades federativas y en algunas localidades intervienen los municipios (con las auxiliares de salud).

En el caso de la DGPLADES, el Programa complementa los esfuerzos sectoriales desarrollados por la Secretaría, los Servicios Estatales de Salud (SES) y otras instituciones prestadoras de servicios de salud, a efecto de consolidar la REDESS. Entre sus principales características del Programa destacan las siguientes:

- Centro de atención en el paciente, familia y la comunidad
- Gratuidad en el servicio, a través de promover la afiliación de la población objetivo a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y al Seguro médico siglo xxi
- Anticipación y resolutiveidad
- Continuidad en la atención integral
- Calidad y seguridad en la atención
- Práctica médica basada en la mejor evidencia científica
- Sensibilidad intercultural y respeto a la diversidad
- Gestión operativa por grupo de edad y sexo
- Conexión efectiva con la red de servicios de atención a la salud a las personas
- Participación y corresponsabilidad ciudadana

El PCS se basa en una estrategia de atención itinerante, la cual tiene antecedentes en el esquema de salubridad. Sin embargo, aunque la estrategia no es nueva, sí resulta clara una distinción de la operación conceptual de acuerdo con dos modelos diferentes que se configuraron para la atención de la salud en diferentes periodos. El PCS busca superar la atención fragmentada y desarticulada que todavía es un reto vigente para el Sistema de Salud. Caravanas de la Salud se inscribe en un modelo innovador de atención a la salud mediante el cual se busca lograr una articulación efectiva entre niveles en forma horizontal y vertical.

### **Coordinación interinstitucional**

En todo el proceso participan las instancias estatales y federales –las coordinaciones estatales, los regímenes estatales de protección social en salud (REPSS), la Dirección general de planeación y desarrollo en salud (DGPLADES) y la Comisión nacional de protección social en salud (CNPSS)–. Los procesos de operación en conjunto, así como la forma de definición de dichos procesos, de acuerdo a las evidencias que se obtuvieron en las fuentes de información primaria y secundaria, demuestran que no es homogéneo en todo el país, con excepción en la identificación de las localidades por atender, en el sentido de los criterios que deben cumplir las rutas propuestas (índice de marginación o de desarrollo humano y distancia a una unidad médica fija), así como los criterios y metodología para su validación.

A partir de que una ruta se valida y autoriza, se incorpora al Programa anual de trabajo y al Programa operativo anual (POA) del año siguiente, así como a los Convenios específicos en materia de transferencia de recursos presupuestarios federales hacia los gobiernos de las 31 entidades federativas, además del Distrito Federal, fundamentalmente, en el Anexo 6, que contiene a detalle cada una de las localidades que conforman las rutas.

Es importante señalar que uno de los documentos base, a partir del cual se puede cuantificar la cobertura de la población y localidades visitadas, es el Anexo 6 donde se incluyen los Convenios de colaboración con las entidades federativas. Con base en este

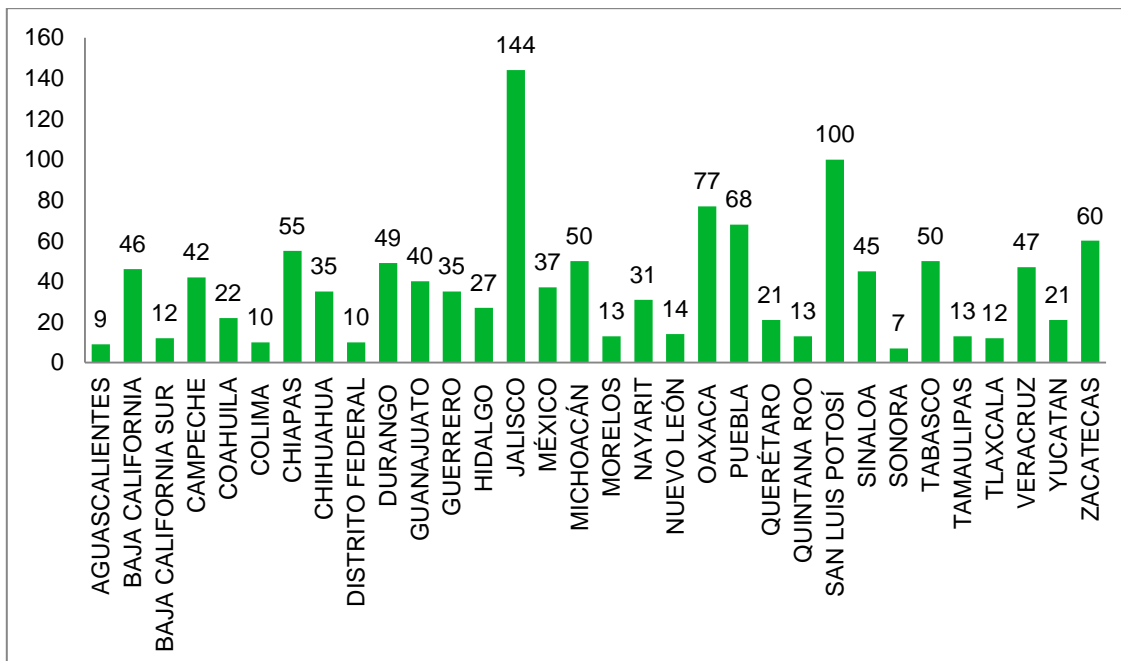
Anexo, cuando se autoriza por parte de la DGPLADES de la Secretaría de Salud del gobierno federal, es que se realizan las transferencias de recursos para la operación del pcs.

En este sentido, las transferencias de recursos hechos a las entidades federativas, mediante un Convenio de colaboración entre el gobierno federal y estatal, brindan a la población servicios de salud como la prevención y control de enfermedades, la promoción de la salud y las 128 intervenciones de atención médica ambulatoria del Catálogo universal de servicios de salud (CAUSES). El Programa garantiza la continuidad de la atención a través de la referencia de pacientes a unidades médicas de mayor capacidad resolutoria de la REDESS. Parte fundamental del desarrollo del pcs lo constituye el fomento de la participación comunitaria, así como la vigilancia epidemiológica y las acciones en materia de salud pública.

### Recursos del pcs

Respecto a la existencia de UMM, de acuerdo con datos del Anexo 6 de los Convenios específicos de transferencia de recursos de 2013, la DGPLADES soporta la operación del pcs en un conjunto de 1,215 UMM distribuidas en las 32 entidades federativas como se observa en la siguiente gráfica. Es importante decir que los estados con mayor presencia del Programa son Jalisco, San Luis Potosí y Oaxaca.

**Gráfica 4. UMM del ups por entidad federativa, 2013**



Fuente: Datos proporcionados por DGPLADES Caravanas de la salud con base en Anexo 6 del Convenio específico .de

Sin embargo, la DGPLADES reporta que a septiembre de 2013 mantiene la operación del Plan Caravanas de la Salud en un parque de 1,536 unidades médicas móviles.<sup>2</sup> La diferencia en los datos se explica por la alineación de los estados en la operación de Caravanas, a través de la conjunción de recursos entre ellos de UMM, que hacen las entidades federativas para acercar la REDESS a la población objetivo del Programa y cumplir con la cobertura de las rutas en su jurisdicción; incluye también unidades móviles dignificadas en sus condiciones físicas y motoras con recursos federales destinados expresamente para ello.

De acuerdo con el Informe de seguimiento a la presidencia de la república con datos al 3 de septiembre de 2013, el PCS llevó a cabo las siguientes acciones centrales:

**Cuadro 3. Servicios proporcionados por el PCS**

Número de acciones de promoción y prevención otorgadas	Número total de consultas primera vez y subsecuente	Primera vez en el año	Número de pacientes referidos a unidades médicas de mayor complejidad	Total de atenciones otorgadas en el mes
690,256	166,274	54,718	2,746,809	20,235,986
Fuente: Informe de Seguimiento a la Presidencia de la República son datos acumulados al 3 de septiembre de 2013.				

Uno de los aspectos que se estudió como parte de esta Evaluación operativa fue la forma en cómo se construyen los datos dentro del proceso de monitoreo, pues es preciso contar con el detalle de los aspectos involucrados en el manejo de pacientes. A primera vista no es clara la relación entre el número de consultas y el de los pacientes que son referidos a unidades médicas de mayor complejidad. En el supuesto de que un paciente implica más de una acción de salud es conveniente tener claridad sobre el proceso, y en particular de su formalización.

El presupuesto del PCS, con clave presupuestal S200, muestra un comportamiento inconstante. Resalta, en particular, el salto de 2010 a 2011 principalmente en cuanto a las modalidades de original y modificado. Respecto al presupuesto ejercido es clara la eficiencia del Programa, en el sentido que se asignan los recursos siguiendo los objetivos de Programa. Las variaciones del original al modificado son importantes a partir de 2010, y en todo caso, es un reto para el Programa lograr los recursos que se propone en su

<sup>2</sup> Presentación ejecutiva del Programa por la DGPLADES reunión del 2 de octubre de 2013.

presupuesto original. En términos de la atención el comportamiento presupuestal es importante aunque la primera expresión de ello se manifiesta en la operación.

**Cuadro 4. Presupuesto en MDP del PCS 2008-2013**

Presupuesto en MDP del PCS 2008-2013			
Año	Original	Modificado	Ejercido
2008	514.50	nd	nd
2009	614.13	602.90	602.95
2010	734.31	659.67	659.67
2011	726.94	590.37	590.37
2012	704.10	685.74	685.74
2013	735.09	nd	nd
Fuente: CONEVAL, Inventario de evaluación a programas federales.			

El hecho de que el Programa difunda y apoye la afiliación al Seguro Popular e incluso colabore en la afiliación de la población, no guarda un interés únicamente con garantizar el acceso a la población a los intervenciones adicionales a los 128 que otorga, –pues con el Seguro popular (SP) se logra una interacción más adecuada entre los tres niveles de atención–, sino que también mantiene un incentivo adicional, puesto que los ingresos que el PCS obtiene por la atención a los afiliados al SP, permiten dar sustentabilidad al Programa, al asegurarse los gastos de operación. Sólo de esta forma es posible proveer de medicamentos a quienes solicitan alguna intervención en la UMM, pues el SP es su principal garantía.

### **Estructura del PCS**

Para lograr los resultados que se establecen en su matriz de marco lógico (MML), el Programa se respalda en ocho procesos, que son los siguientes:

- Planeación estratégica (elaboración del POA)
- Planeación de rutas
- Programa anual de trabajo
- Difusión
- Producción de apoyos



- Entrega de apoyos
- Seguimiento a beneficiarios
- Supervisiones

Es importante señalar que las UMM son vehículos que contienen equipo médico y odontológico para el diagnóstico y tratamiento con diversos niveles de capacidad resolutive que, además, están operados por personal capacitado: un médico, una enfermera y un promotor de salud-polivalente y en su caso un odontólogo. Estas unidades cuentan con equipo médico, instrumental, medicamentos e insumos médicos para otorgar servicios de promoción, prevención, detección, atención y control de enfermedades. Asimismo, se apoyan con sistemas de telecomunicación y enlace satelital a unidades de la REDESS que recorren –bajo una programación mensual determinada– una ruta conformada por microrregiones definidas bajo los criterios establecidos por el Programa, en principio, con una periodicidad de visitas de al menos dos veces al mes en los municipios de menor IDH y las localidades de alta y muy alta marginación establecidas en su área de influencia (ROP 2013).

La tipología de las UMM responde a necesidades de atención diferenciadas conforme a las siguientes características:

**Cuadro 5. Costos de las UMM (en millones de pesos)**

Unidades médicas móviles			
Tipo	Características	Personal	Costo unitario y de equipamiento*
0	<p>Vehículo 4 x 4 que transporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de salud</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Insumos</li> </ul> <p>Atiende las localidades de una microrregión, que forman parte de la ruta en tanto las condiciones del camino o acceso geográfico no le permiten llegar a la o las localidades de la ruta.</p>	<p>1 médico general 1 enfermera 1 promotor de la salud polivalente</p>	\$ 439 527.24
I	<p>Equipadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un consultorio de medicina general</li> <li>• Equipo estándar para atención primaria</li> <li>• Química seca y toma de muestras para</li> </ul>	<p>1 médico general 1 enfermera y 1 promotor de la salud polivalente</p>	\$ 713 838.04

Unidades médicas móviles			
	<p>cáncer cérvico uterino y</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo de electrocardiografía</li> </ul>		
II	<p>Equipadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un consultorio de medicina general</li> <li>Un consultorio dental</li> <li>Laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cérvico uterino y</li> <li>Equipo de electrocardiografía</li> </ul>	<p>1 médico general 1 odontólogo 1 enfermera y 1 promotor de la salud polivalente</p>	\$ 1 010 973.55
III	<p>Equipadas con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un consultorio de medicina general</li> <li>Un consultorio dental</li> <li>Enlace satelital para telemedicina</li> <li>Equipo de video-conferencia</li> <li>Equipo de ultrasonografía y</li> <li>Equipo de electrocardiografía</li> </ul>	<p>1 médico general 1 odontólogo 1 enfermera y 1 promotor de la salud polivalente</p>	\$ 1 562 227.97
<p>* Incluye costo unitario de la UMM y el equipo electrónico y no electrónico de su equipamiento.</p> <p>Elaboración propia con base en ROP 2013 y DGPLADES, Instrumental y equipo médico para las UMM, datos de 2013.</p>			

En lo que respecta al financiamiento, los costos de adquisición de los vehículos, equipamiento y recursos tecnológicos de las UMM corren a cargo de la Secretaría de Salud del gobierno federal. Los gastos de operación son financiados con recursos federales, estatales y del SPSS, para lo cual se establecen convenios específicos entre la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas. En lo que toca particularmente a la telemedicina, como se menciona en las ROP 2013, la red de comunicación satelital utilizada será financiada a través de recursos del Fideicomiso e-México,.

### Rutas del PCS

El Programa lleva los servicios a la población beneficiaria recorriendo rutas predefinidas a través de un procedimiento que será explicado con mayor detalle más adelante. En este momento sólo otorgaremos datos y gráficos básicos que permitan tener una idea de los espacios y recursos que se involucran en la cobertura de las rutas del PCS.

Básicamente, las rutas se conforman por un conjunto de localidades de los municipios para entregar los servicios del personal a un número muy elevado de personas mediante

un equipo de personal organizado a partir de las características de las UMM y de su capacidad resolutive.

El Programa de acción específica 2007-2012 concibe como una ruta de Caravanas de la Salud al espacio geográfico delimitado que abarca uno o varios municipios con la categoría de menor IDH, así como a municipios que se agrupan en un conjunto de localidades marginadas, con alta dispersión y de difícil acceso geográfico. Además, estos municipios no tienen posibilidad permanente a recibir servicios de salud en una región determinada, y son atendidos por UMM y equipos itinerantes del Programa de acuerdo a una programación mensual.

### **Tipos de apoyo**

El PCS ofrece una cartera de servicios de salud que comprende intervenciones dirigidas a las personas y a las comunidades. Las primeras comprenden de forma directa 128 intervenciones de atención ambulatoria del CAUSES, que incluyen acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica y vigilancia epidemiológica, a través de las UMM. Además, mediante el sistema de la referencia y contrarreferencia se tiene acceso al complemento de las 285 intervenciones del CAUSES a todas las personas que se encuentran afiliadas al Seguro popular.<sup>3</sup>

Los servicios de salud que brinda el Programa se conciben como intervenciones integrales dirigidas a cinco grupos poblacionales.

**Cuadro 6. Atención del PCS por grupo poblacional**

Grupo poblacional	Rango de edad en años
Niños	0 a 9
Adolescentes (hombres y mujeres)	10 - 19
Mujeres	20 - 59
Hombres	20 - 59
Adultos mayores (hombres y mujeres)	60 y más
Elaboración propia con base en las ROP 2013 del PCS.	

Las intervenciones por grupo de edad, las de medicina familiar, de especialidad, odontología, urgencias y hospitalización, que otorga el PCS, se presentan a continuación.

---

<sup>3</sup> Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud, enero-junio de 2013, p. 44.

### **Cuadro 7. Intervenciones del PCS (CAUSES)**

<b>Intervenciones del pcs por grupo de edad, medicina familiar, especialidad, odontología urgencias y de hospitalización</b>
<b>Recién nacido y menores de 5 años de edad</b>
Vacuna BCG
Vacuna antihepatitis B
Vacuna pentavalente con componente pertussis acelular (DpaT+VIP+Hib)
Vacuna triple viral SRP
Vacuna contra rotavirus
Vacuna anti influenza
Vacuna DPT
Vacuna antipoliomielítica oral trivalente tipo Sabin
Acciones preventivas para recién nacido
Acciones preventivas para menores de 5 años
<b>Niñas y niños de 5 a 9 años</b>
Acciones preventivas para niñas y niños de 5 a 9 años
<b>Adolescentes de 10 a 19 años</b>
Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria
Acciones preventivas para adolescentes de 10 a 19 años
Vacuna antihepatitis B
<b>Adultos de 20 a 59 años</b>
Vacuna doble viral SR
Toxoide tetánico y diftérico (Td)
Acciones preventivas para la mujer de 20 a 59 años
Acciones preventivas para el hombre de 20 a 59 años
Examen médico completo para mujeres de 40 a 59 años
Examen médico completo para hombres de 40 a 59 años

Intervenciones del PCS por grupo de edad, medicina familiar, especialidad, odontología urgencias y de hospitalización	
Prevención y atención de la violencia familiar y sexual en mujeres	
Adultos mayores de 60 años en adelante	
Vacuna antineumocócica para el adulto mayor	
Vacuna antiinfluenza para el adulto mayor	
Acciones preventivas para el adulto mayor de 60 años en adelante	
Consulta de medicina general/familiar y de especialidad consulta general/familiar	
Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropriva y por deficiencia de vitamina B12	
Diagnóstico y tratamiento de rubéola	
Diagnóstico y tratamiento de sarampión	
Diagnóstico y tratamiento de varicela	
Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis aguda	
Diagnóstico y tratamiento de otitis media no supurativa	
Diagnóstico y tratamiento de rinofaringitis aguda (resfriado común)	
Diagnóstico y tratamiento de conjuntivitis	
Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica	
Diagnóstico y tratamiento de dengue clásico	
Diagnóstico y tratamiento ambulatorio de diarrea aguda	
Diagnóstico y tratamiento de fiebre paratifoidea y otras salmonelosis	
Diagnóstico y tratamiento de fiebre tifoidea	
Diagnóstico y tratamiento del herpes zoster	
Diagnóstico y tratamiento de candidiasis	
Diagnóstico y tratamiento de gonorrea	
Diagnóstico y tratamiento de infecciones por clamidia (incluye tracoma)	
Diagnóstico y tratamiento de infecciones por trichomona	
Diagnóstico y tratamiento de sífilis	
Diagnóstico y tratamiento de cistitis	

**Intervenciones del PCS por grupo de edad, medicina familiar, especialidad,  
odontología urgencias y de hospitalización**

Diagnóstico y tratamiento de vaginitis aguda
Diagnóstico y tratamiento de vulvitis aguda
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de amebiasis intestinal
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de anquilostomiasis y necatoriasis
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de ascariasis
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de enterobiasis
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de estrongiloidiasis
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de filariasis
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de giardiasis
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de teniasis
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de tricuriasis
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de triquinosis
Diagnóstico y tratamiento de escabiasis
Diagnóstico y tratamiento de pediculosis y phthiriasis
Diagnóstico y tratamiento de micosis superficiales
Diagnóstico y tratamiento de onicomycosis
Diagnóstico y tratamiento de celulitis infecciosa
Diagnóstico y tratamiento de dermatitis alérgica de contacto
Diagnóstico y tratamiento de dermatitis atópica
Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto por irritantes
Diagnóstico y tratamiento de dermatitis del pañal
Diagnóstico y tratamiento de dermatitis exfoliativa
Diagnóstico y tratamiento de dermatitis seborreica
Diagnóstico y tratamiento de verrugas vulgares
Diagnóstico y tratamiento de hepatitis A
Diagnóstico y tratamiento de gastritis aguda

Intervenciones del PCS por grupo de edad, medicina familiar, especialidad, odontología urgencias y de hospitalización
Diagnóstico y tratamiento del síndrome de colon irritable
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 2
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de hipertensión arterial.
Diagnóstico y tratamiento de osteoartritis
Diagnóstico y tratamiento de lumbalgia
Otras atenciones de medicina general
Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales (AH)
Métodos temporales de planificación familiar: preservativos
Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino
Atención prenatal en embarazo
Diagnóstico y tratamiento de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad
Diagnóstico y tratamiento de los trastornos generalizados del desarrollo (autismo)
Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea
Atención del climaterio y menopausia
Diagnóstico y tratamiento de vaginitis subaguda y crónica
Diagnóstico y tratamiento de uretritis y síndrome uretral
Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes
Diagnóstico y tratamiento de Kwashiorkor
Diagnóstico y tratamiento de marasmo nutricional
Diagnóstico y tratamiento de secuelas de desnutrición
Diagnóstico y tratamiento de laringotraqueítis aguda
Diagnóstico y tratamiento de otitis media supurativa
Diagnóstico y tratamiento de sinusitis aguda
Diagnóstico y tratamiento del asma en adultos
Diagnóstico y tratamiento del asma en niños
Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis (TAES)

Intervenciones del PCS por grupo de edad, medicina familiar, especialidad, odontología urgencias y de hospitalización	
Diagnóstico y tratamiento de tuberculosis farmacorresistente	
Prevención, diagnóstico y tratamiento de psoriasis	
Diagnóstico y tratamiento de esofagitis por reflujo	
Diagnóstico y tratamiento de úlcera péptica	
Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia	
Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito y en adultos	
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de diabetes mellitus 1	
Diagnóstico y tratamiento de gota	
Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide	
Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos (distimia, depresión y trastorno afectivo bipolar)	
Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad (Ansiedad generalizada, crisis de angustia y pánico y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación [trastorno de estrés postraumático y trastorno adaptativo])	
Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia	
Diagnóstico y tratamiento de luxación congénita de cadera	
Rehabilitación de parálisis facial	
Prevención selectiva e indicada de adicciones (consejería)	
Diagnóstico y tratamiento de adicciones	
Odontología	
Prevención de caries y enfermedad periodontal	
Sellado de fosetas y fisuras dentales	
Eliminación de caries y restauración de piezas dentales con amalgama, resina o ionómero de vidrio	
Eliminación de focos de infección, abscesos (incluye drenaje y farmacoterapia)	
Extracción de piezas dentarias, incluye restos radiculares y erupcionados (no incluye tercer molar no erupcionado)	
Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar	
Diagnóstico y tratamiento de absceso maxilar	
Urgencias	



Intervenciones del PCS por grupo de edad, medicina familiar, especialidad, odontología urgencias y de hospitalización
Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda alimentaria
Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos
Extracción de cuerpos extraños
Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas)
Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado
Hospitalización
Atención del parto y puerperio fisiológico
Atención del recién nacido
Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda (edema pulmonar)
Diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional

En cuanto a las intervenciones dirigidas a la comunidad, la cartera de servicios de salud contempla un conjunto de intervenciones vinculadas a la Estrategia nacional de prevención y promoción para una mejor salud (la Estrategia nacional), que incluye opciones de participación comunitaria en salud, promoción de espacios saludables y otras acciones de salud pública con perspectiva de género.

Dependiendo de sus fines y características específicas, en la siguiente matriz se desglosan los servicios, los cuales se clasifican en:

- Promoción de la salud
- Nutrición
- Prevención y control de enfermedades
- Detección de enfermedades
- Salud reproductiva

**Cuadro 8. Servicios otorgados por el Programa Caravanas de la Salud, según grupo etario**

Programa Caravanas de la Salud: servicios según grupos de población y procesos						
No.	Descripción de los servicios	Niños y niñas de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años

**Programa Caravanas de la Salud: servicios según grupos de población y procesos**

No.	Descripción de los servicios	Niños y niñas de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
1	Incorporación al Programa de salud	X	X	X	X	X
2	Capacitación al padre y la madre	X				
3	Cuidados del recién nacido del niño y lactancia materna	X				
4	Signos y síntomas de alarma (enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas)	X				
5	Crecimiento y desarrollo	X				
6	Higiene personal y bucal	X	X			
7	Accidentes	X	X	X	X	
8	Actividad física	X	X	X	X	X
9	Adicciones (tabaco, alcohol y drogas)	X	X	X	X	X
10	Entorno favorable a la salud (vivienda, escuelas y patio limpio)	X	X	X	X	X
11	Dueños responsables con animales de compañía	X	X	X	X	X
12	Incorporación a grupos de ayuda mutua	X	X	X	X	X
13	Violencia familiar	X	X	X	X	X

**Programa Caravanas de la Salud: servicios según grupos de población y procesos**

No.	Descripción de los servicios	Niños y niñas de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
14	Salud bucal		X	X	X	X
15	Educación para el (auto) cuidado de la salud		X	X	X	X
16	Salud sexual		X	X	X	X
17	Salud mental (desarrollo emocional y proyecto de vida)		X	X	X	X
18	Trastornos de la alimentación, violencia y adicciones		X	X	X	X
19	Accidentes, cáncer cérvico uterino, de mama, diabetes mellitus, hipertensión arterial, salud mental, VIH/sida infecciones de transmisión sexual, tuberculosis (enfermedad prostática, dislipidemias)			X	X	X
20	Cultura para la donación de órganos			X	X	
21	Diabetes mellitus		X	X	X	X
22	Hipertensión arterial			X	X	X
23	Sobrepeso/obesidad	X	X	X	X	X
24	Dislipidemias			X	X	X
25	Accidentes con énfasis en caídas					X

**Programa Caravanas de la Salud: servicios según grupos de población y procesos**

No.	Descripción de los servicios	Niños y niñas de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
26	Higiene postural					X
27	Envejecimiento saludable					X
<b>Nutrición</b>						
1	Orientación alimentaria	X	X	X	X	X
2	Evaluación y vigilancia del estado nutricional	X	X	X	X	X
3	Suplementos y complementos nutricionales	X				
4	Desparasitación intestinal	X	X			
5	Complementos nutricionales a embarazadas		X	X		
<b>Prevención y control de enfermedades</b>						
1	Esquema de vacunación	X	X	X	X	X
2	Acciones de prevención para enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas	X				
3	Enfermedades bucales	X	X	X	X	X
4	Quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar	X	X			

**Programa Caravanas de la Salud: servicios según grupos de población y procesos**

No.	Descripción de los servicios	Niños y niñas de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
5	Prevención de VIH-sida e infecciones de transmisión sexual		X	X	X	X
6	Sobrepeso y obesidad	X	X	X	X	X
7	Tuberculosis pulmonar			X	X	X
8	Cáncer cérvico uterino y de mama					X
9	Diabetes mellitus			X	X	X
10	Hipertensión arterial					X
11	Obesidad		X	X	X	X
12	Dislipidemias					x

**Detección de Enfermedades**

1	Tamiz neonatal (hipotiroidismo congénito, hiperplasia adrenal congénita, fenilcetonuria)	X				
2	Evaluación clínica completa	X	X			
3	Defectos visuales	X	X			
4	VIH/sida e infecciones de transmisión sexual (consentimiento informado)		X	X	X	X

**Programa Caravanas de la Salud: servicios según grupos de población y procesos**

No.	Descripción de los servicios	Niños y niñas de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
5	Tuberculosis pulmonar		X	X	X	X
6	Cáncer cérvico uterino y mama			X		
7	Enfermedades bucales			X	X	X
8	Diabetes mellitus			X	X	X
9	Hipertensión arterial			X	X	X
10	Obesidad			X	X	X
11	Dislipidemias			X	X	X
<b>Salud reproductiva</b>						
1	Orientación consejería (salud sexual y reproductiva)		X	X	X	X
2	Otorgamiento de métodos anticonceptivos (planificación familiar)		X	X	X	X
3	Anticoncepción post coito		X			
4	Manejo de la embarazada de alto riesgo		X			
5	Vigilancia prenatal y puerperal (embarazada y puerperio)		X	X		

**Programa Caravanas de la Salud: servicios según grupos de población y procesos**

No.	Descripción de los servicios	Niños y niñas de 0 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Mujeres de 20 a 59 años	Hombres de 20 a 59 años	Adultos de 60 y más años
6	Climaterio y menopausia			X		X

Fuente: Programa Caravanas de la Salud (ROP 2013).

## 1.2 Descripción de los procesos del Programa

### 1.2.1 Principales conceptos, metodologías y fuentes de información

El objetivo principal de este apartado es describir los conceptos, metodologías y fuentes de información que guían la evaluación operativa del PCS. Debe resaltarse la sistematización resultante del análisis del Modelo de procesos del CONEVAL (en los términos de referencia de la evaluación de procesos) para ajustarlo al análisis del PCS, y que permita resaltar las particularidades del Programa. También se presenta la estrategia de trabajo de campo cuyos resultados de su implementación formarán parte de una entrega posterior.

El análisis de la implementación de las políticas públicas y, en concreto, de sus programas contribuye a explicar y comprender el éxito o fracaso de las intervenciones públicas desde el gobierno, y de hecho, constituye un campo de estudio teórico y empírico de amplio interés desde hace varios años (Pressman y Wildavsky, 1973). La implementación implica entre otras cosas poner en juego aspectos del diseño, en particular los procesos a través de los cuales se concretarán las acciones del Programa, por ello se considera que el diseño de la operación resulta un factor clave para asegurar el cumplimiento de los objetivos y solucionar el problema que le dio origen a cualquier programa y más aún si éste se inscribe en el espectro de la política social. Así, los procesos se ponen a prueba al entrar en la realidad cotidiana de funcionamiento, justificando una valoración constante y sucesiva para hacer los ajustes que permitan mejorar el desempeño y resultados del Programa en tanto instrumento de la política pública.

La preocupación por los resultados de los programas es en parte un efecto de la corriente de la Nueva gestión pública (NGP) que ha permeado, desde la década de los ochentas, el campo de la administración en México, al igual que en otros países del mundo. Este enfoque se ha traducido en cambios institucionales y la adopción de modelos e

instrumentos orientados a la medición de efectos reales de las acciones públicas. La Gestión para resultados (GPR) como modelo de cultura organizacional, directiva y de desempeño institucional y el Presupuesto basado en resultados (PBR) como instrumento metodológico de este modelo de cultura organizacional son justamente una expresión de la preocupación por sustentar con evidencias la eficacia de las políticas públicas y sus programas. La GPR se centra en los resultados, en la alineación entre la planeación, programación, presupuestación, monitoreo y evaluación con resultados; gestión para –y no por– resultados, y uso de información sobre resultados para aprender y apoyar la toma de decisiones y la rendición de cuentas. El PBR tiene como objetivo que los recursos públicos se asignen prioritariamente a los programas que generen más beneficios a la población y que se corrija el diseño de aquéllos que no están funcionando correctamente. En este escenario cobra mayor sentido la valoración operativa de los procesos del PCR.

Las organizaciones públicas basan su gestión en programas asentados en procesos y la mejora de ellos representa un aspecto recurrente. El análisis sobre lo adecuado de sus interrelaciones y la diferenciación entre procesos de naturaleza estratégica y de apoyo en la implementación del Programa, tiene la intención de facilitar la detección de los aspectos a fortalecer (Galiano *et al.*, 2007). El proceso entraña un conjunto de acciones integradas y dirigidas hacia un fin, como una acción continua, operación o serie de cambios y tareas que ocurren de manera definida. En consecuencia, la operación de los programas públicos exige que sus procesos sean definidos de manera lógica y secuencial como una cadena de tareas y responsabilidades específicas asignadas a los actores facultados para ello y este aspecto es clave dentro de la valoración del desempeño del Programa.

De hecho, la normatividad para evaluar programas federales establece que la valoración de los procesos es útil para analizar si el Programa lleva a cabo sus procesos operativos de manera eficaz y si contribuye al mejoramiento de la gestión (CONEVAL, 2009).

### **1.2.2 Contexto de desarrollo del PCS**

El Programa articula y respalda los esfuerzos desarrollados por las instituciones prestadoras de servicios de salud para acercar los servicios de atención a la salud a su población objetivo. Su diseño le permite operar en tres modalidades de atención:

- La primera modalidad es la extensión de cobertura, mediante equipos itinerantes de salud a poblaciones que actualmente no cuentan con acceso a la REDESS, que recorren una ruta definida bajo un calendario mensual de visitas y entrega una Cartera de servicios de salud.
- La segunda modalidad es la ampliación funcional de la oferta de servicios, que consiste en UMM con servicios médicos y de odontología, auxiliares de laboratorio y gabinete, y conexión a una red de telemedicina fijada temporalmente a un centro de



salud, para ampliar la capacidad resolutive en las localidades que son visitadas por las UMM del Programa.

- La tercera modalidad aplica en el caso de emergencias sanitarias, emergencias epidemiológicas, desastres naturales o concentraciones masivas, cuando los SES pueden solicitar autorización y coordinarse con el centro operativo de atención de contingencias para disponer de UMM de diferente capacidad resolutive del Programa, para formar parte de los operativos de contingencia.

Para la prestación de servicios, el Programa cuenta con equipos de salud itinerantes, asignados a las UMM y las Casas de salud de medio camino. Los equipos de salud itinerantes están constituidos por un médico, un odontólogo, una enfermera y un promotor de salud polivalente. Estos equipos se complementan a nivel comunitario con auxiliares de salud, promotores, Comités locales de salud, agentes tradicionales de salud y otros personajes locales que le dan sustento y continuidad a las acciones durante los periodos de ausencia de las UMM. Estas últimas son de cuatro tipos —0, I, II y III— dependiendo del personal, los vehículos y el equipamiento de los que disponen, que determinan la complejidad de los servicios y capacidad resolutive que pueden ofrecer. Por su parte, las Casas de salud de medio camino constituyen un apoyo para acercar recursos, almacenar insumos, medicamentos, expedientes clínicos y otros productos para el funcionamiento del Programa.

**Cuadro 9. Modelos de atención del pcs, 2012**

Modelos de atención a la salud e introducción del PCS		
Modelo de atención a la salud para población abierta (MASPA)		Modelo integrador de atención a la salud (MIDAS)
Programas que abarca y horizonte temporal:	Características	Características
<b>Mediados de los ochentas a 2006</b>  <b>Programas de:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extensión de cobertura (PEC)</li> <li>• Salud rural (PSR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El MASPA retoma la base de estructura segmentada del modelo vertical, agregando UMM y equipos de salud itinerantes para llevar servicios de salud a localidades sin servicios.</li> <li>• Hizo aportes importantes en promoción, prevención y atención, pero escasos en lo cualitativo y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia.</li> <li>• Apuntó a la integración horizontal del sistema de salud, pero no logró romper el esquema segmentado y fragmentado de atención.</li> </ul>	<b>Programas que abarca y horizonte temporal: Caravanas de la Salud (2007)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluye mayor coordinación interinstitucional e intersectorial, atención a la salud familiar, participación activa de la comunidad y la interrelación de recursos institucionales y comunitarios.</li> </ul>

### Modelos de atención a la salud e introducción del PCS

Modelo de atención a la salud para población abierta (MASPA)		Modelo integrador de atención a la salud (MIDAS)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo a los Servicios de salud para población abierta (PASSPA)</li> <li>• Ampliación de Cobertura (PAC)</li> <li>• Componente de Salud de Progres (hoy Oportunidades)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilegió la atención médica individualizada curativa.</li> <li>• No abandonó el esquema centralizado y vertical por lo que no impactó más allá del primer nivel de atención.</li> <li>• No tuvo alcances importantes a nivel hospitalario y de otras instituciones de salud.</li> <li>• Ya con el PAC logró 34 intervenciones que serían retomadas por el componente de salud de Oportunidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su marco de referencia es la regionalización operativa con base en áreas geodemográficas delimitadas por características étnicas, económicas, políticas, sociales, culturales, etcétera.</li> <li>• Plantea la integración funcional de las redes de servicios, sobre un sistema de referencia y contrarreferencia como procedimiento de enlace y coordinación con unidades de los tres niveles de atención.</li> <li>• Las UMM se integran horizontal y verticalmente en forma real o virtual a través de UMM con servicio de tele medicina.</li> </ul>

Elaboración propia con base en Programa de acción específica del PCS 2007-2012 (actualización 2011).

### 1.2.3 Órdenes de gobierno en que se desarrollan los procesos del PCS

El Programa se desarrolla en el orden de gobierno federal, que tiene la responsabilidad de la planeación, validación y autorización de rutas además de realizar convenios de colaboración, la transferencia de recursos, la evaluación interna (desempeño, operación y funcionamiento del Programa en las entidades federativas) y las supervisiones.

Existe el orden de gobierno estatal, en el que recae la responsabilidad de operar el Programa con base en las reglas de operación, así como elaborar el Programa anual de trabajo (PAT), el Programa operativo anual (POA), la planeación de rutas, la producción y distribución de insumos, las supervisiones, la elaboración de informes y reportes, además de la ejecución del presupuesto, entrega de apoyos, así como la firma de Convenios de colaboración con sus anexos (3, 6 y 9).

Por otra parte, en cierto sentido, el gobierno municipal también contribuye con la operación del Programa, ya que en algunas localidades pagan a la auxiliar de salud –que es importante en la parte de la difusión, así como de traductora–, debido a que en muchas

ocasiones, es la única persona que sabe hablar la lengua indígena; además, ayuda en las traducciones de las pláticas de promoción y prevención de la salud.

#### **1.2.4 Procesos del PCS**

Dentro del Programa, y para lograr los resultados intermedios, se tienen los siguientes ocho macroprocesos:

- Planeación estratégica (elaboración del Programa operativo anual)
- Planeación de rutas
- Programa anual de trabajo
- Difusión
- Producción de apoyos
- Entrega de apoyos
- Seguimiento a beneficiarios
- Supervisiones

#### **Proceso de planeación estratégica**

La planeación del Programa, entendida como un proceso amplio, se conforma al inicio del sexenio 2006-2012, a partir del Plan nacional de desarrollo PND 2006-2012 y posteriormente con el Programa Sectorial de Salud –PROESA (2007-2012)–. El alineamiento del PCS, se cumple como con cualquier otro programa federal, lo que debe destacarse es la parte de la participación y definición de responsabilidades para los responsables en DGPLADES; en particular, a partir de que se encuadre y exista la alineación, se traduce en la integración de un instrumento que planifique la estrategia para el PCS, en este caso del Programa de acción específica (PAE) 2007-2012.

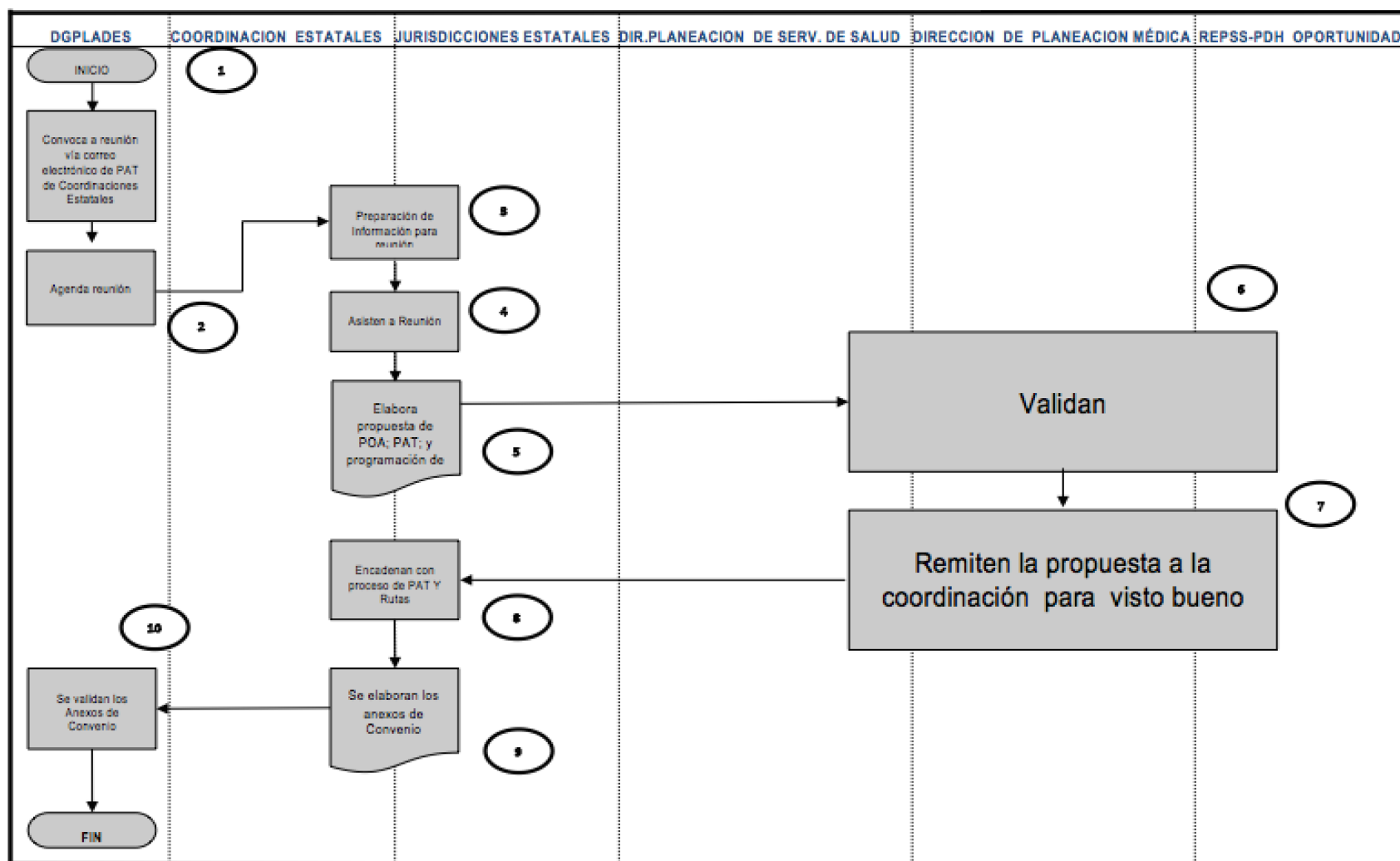
El PAE tuvo su última actualización en 2011, tiene la mayor contribución en la planeación del PCS al establecer los aspectos clave de la planeación estratégica: misión, visión, objetivos, estrategias y líneas de acción, metas anuales e indicadores. Igualmente propone los aspectos centrales de la implementación operativa donde se describe la forma en que debe hacerse la planeación de las rutas, que es, el proceso base de la operación del Programa. El PAE es el instrumento guía que permite hacer una concreción más específica en la planeación a nivel de los estados en sus respectivos Programas anuales de trabajo.

Un elemento altamente valorado en la planeación radica en la posibilidad de participar que tienen diferentes actores, así como en la dinámica que se teje alrededor de esta participación y la contribución específica que les es permitida hacer a estos actores, en la mayoría de las veces, los directamente responsables de la implementación del Programa.

El PCS no cuenta con mecanismos documentados que otorguen una visión de cómo se lleva a cabo y/o que defina los pasos para su realización, sin embargo, este hecho no implica que la planeación ocurra de manera sistemática con un orden preestablecido y

compartido por los actores relevantes. Puede decirse que la planeación estratégica del pcs comienza hacia finales del tercer trimestre del año una vez que los actores estratégicos cuentan con una proposición de lo que el Programa debe alcanzar en el año siguiente. En este momento es clave la posición que la DGPLADES asume con base en objetivos amplios definidos en posiciones superiores de la Secretaría de Salud. La concreción y desenvolvimiento de estas proposiciones generales corre a cargo de la Dirección de Planeación Estratégica del pcs, que teniendo establecidas las directrices a nivel nacional en metas acordes a las necesidades identificadas a nivel nacional por la Secretaría de Salud y la DGPLADES, da inicio a un proceso de constante interacción con los estados para desarrollar su propio Plan de trabajo.

Además, las entidades federativas se apoyan en un instrumento conocido como Cédula de microdiagnóstico donde se recaban los datos de las familias y se clasifican por grupos de edad. Después de un proceso de retroalimentación constante se cuenta con un instrumento propio del Estado.



## **Planeación de rutas operativas**

La labor principal dentro del ejercicio de planeación de las Caravanas de la Salud se ubica en la forma en que se planean sus rutas. Llegar a este punto dentro de la planeación es en realidad llegar al paso más importante del Programa, porque depende de las rutas la transferencia de recursos financieros del gobierno federal hacia los estados. Para la operación, ya en concreto del PCS, se requieren recursos y éstos son suministrados una vez que se solventan varios pasos previos hasta lograr la firma del Convenio específico de transferencia de recursos, cuyo Anexo 6 contiene toda la información referente a las rutas, la cual comprende localidades y habitantes. En la medida en que se cuenta con esta información el gobierno federal entrega los fondos necesarios para la operación. Por ello, es una de las actividades que mayor tiempo y participantes demanda.

Es importante señalar que dentro de los Términos de referencia de la evaluación de procesos del CONEVAL, la planeación de rutas que hace el PCS corresponde al proceso de selección de beneficiarios. Vistas las características del Programa, en tanto que selecciona localidades y no personas, resulta claro que este proceso es clave y entra de hecho como parte del proceso de planeación. Las rutas son la expresión concreta de la planeación al nivel operativo más básico y es el que otorga de sentido al resto de las acciones y disposiciones del Programa.

De acuerdo con lo anterior, una ruta de Caravanas de la Salud se entiende como el espacio geográfico delimitado que abarca uno o varios municipios que tienen los más bajos índices de desarrollo humano o municipios que agrupan a un conjunto de localidades con alta y muy alta marginación, con alta dispersión y difícil acceso geográfico, sin posibilidad permanente a recibir servicios de salud en una región determinada, y que son atendidas por unidades médicas móviles y equipos itinerantes del Programa de acuerdo a una programación mensual.

Las ROP 2013 señalan los criterios de atención para las localidades, en los siguientes términos:

- Localidad satélite: son localidades que no se encuentran propiamente situadas dentro de las microrregiones que conforman la ruta que recorre la UMM del Programa, pero por su cercanía con alguna localidad subsede de la ruta, la población que habita en dichas localidades también recibe los servicios que otorga la UMM. Los habitantes de las localidades satélites, se desplazan hasta una de las localidades subsede en las cuales está estacionada la UMM del Programa realizando su jornada laboral de 8 horas de trabajo. Los habitantes de la localidad satélite son beneficiarios de los servicios ofertados por el Programa.

- Localidad sede: es la localidad o área en donde se resguarda la UMM del Programa.
- Localidad subsede: son las localidades que integran propiamente la ruta de la UMM del Programa y son las áreas físicas en las cuales habita o reside la población objetivo del Programa.

Para el establecimiento de rutas de Caravanas de la Salud, las ROP 2013 establecen los siguientes requisitos:

- Una ruta de una Caravana de la salud estará conformada al menos entre siete y quince localidades o 1 500 habitantes (los habitantes totales pueden ser de las localidades subsede más satélites).
- Preferentemente una UMM trabajará 20 días por diez de descanso, conforme a la ruta mensual programada y de acuerdo con las necesidades y prioridades estatales.
- Cada localidad subsede dentro de una ruta deberá ser visitada al menos dos veces al mes por la UMM de la Caravana de la Salud.
- La permanencia de la Caravana de la Salud es por un día en cada localidad visitada, cumpliendo una jornada de trabajo completa de 8 horas, a partir del momento en que llega a la localidad sede.
- Se deberán identificar las casas de salud o las sedes de medio camino para acortar tiempos de desplazamiento a las localidades más alejadas en donde podrán concentrarse expedientes clínicos, medicamentos e insumos para reabastecerse.

Únicamente la DGPLADES autoriza las rutas de las Caravanas de la Salud, esto coloca al proceso en el más alto nivel de importancia dentro de la operación del PCS, no sólo porque implica hacer efectivo un derecho social como lo es el acceso a la salud para la población beneficiaria y cumplir en forma efectiva el objetivo de ser el eslabón entre la población de localidades con alta y muy alta marginación, con menor IDH o con dificultades de acceso a los servicios de salud y la REDESS, sino porque es la condición *sine qua non* que se suministran los recursos por parte de la federación a los estados.

La planeación de rutas es una responsabilidad del Coordinador estatal de caravanas mediante un procedimiento que involucra varios pasos, actores e instrumentos. Cada año se hace una revisión de las rutas, se hacen nuevas propuestas o se proponen modificaciones, además, en todo momento debe cuidar que las propuestas o modificaciones a las rutas respeten los criterios de inclusión establecidas en las ROP. Para la planeación de las rutas se utilizan los siguientes instrumentos:

- Formato de planeación de rutas
- Anexo 6 del Convenio para la transferencia de recursos

- Programa anual de trabajo
- Agenda de trabajo
- Actas, minutas y demás oficios que se señalan
- Aplicación informática para la validación de rutas cuya dirección es <http://www.rutas.salud.gob.mx/> a donde se accede con una clave de acceso (password) como mecanismo de seguridad

En la planeación de rutas intervienen:

- Servicios estatales de salud (Dirección de planeación, Dirección de servicios de salud, Dirección de infraestructura y el Coordinador estatal de salud)
- Coordinaciones sanitarias
- Programa de desarrollo humano oportunidades, componente de salud
- Regímenes estatales de protección social en salud (REPSS) o Seguro popular
- Las instituciones que sean necesarias de acuerdo con las condiciones de la entidad

De acuerdo al proceso establecido por el Programa, el Coordinador estatal prepara oficio con Convocatoria anual para la planeación de rutas de Caravanas de la Salud que es firmado por el Secretario de salud de la entidad. Asimismo, elabora la agenda de trabajo de la reunión anual de planeación de rutas.

Por otra parte, se realiza la lista de asistencia con los titulares de las áreas ya señaladas, elabora minuta, integra formatos de planeación de rutas o propuestas de modificación, los envía por correo electrónico a la DGPLADES para su revisión y validación. Una vez que ha sido validada la información, el Coordinador estatal requisita los datos de las rutas en la aplicación informática para la validación de rutas.

En la aplicación electrónica, la DGPLADES revisa nuevamente la información para su validación, vigilando que se respeten los criterios de inclusión establecidos en las ROP y que deben ser que se trate de localidades ubicadas en los municipios de menor IDH, localidades con alta y muy alta marginación, localidades dispersas y con difícil acceso a servicios de salud.

En caso de que la DGPLADES considere que no se cumplen los criterios exigidos, notifica su negativa a validar la ruta directamente a los Servicios estatales de salud, otorgando quince días hábiles de plazo para hacer correcciones, modificaciones o elabore una ruta para la UMM de la caravana, hasta que la propuesta cumpla los criterios de inclusión.

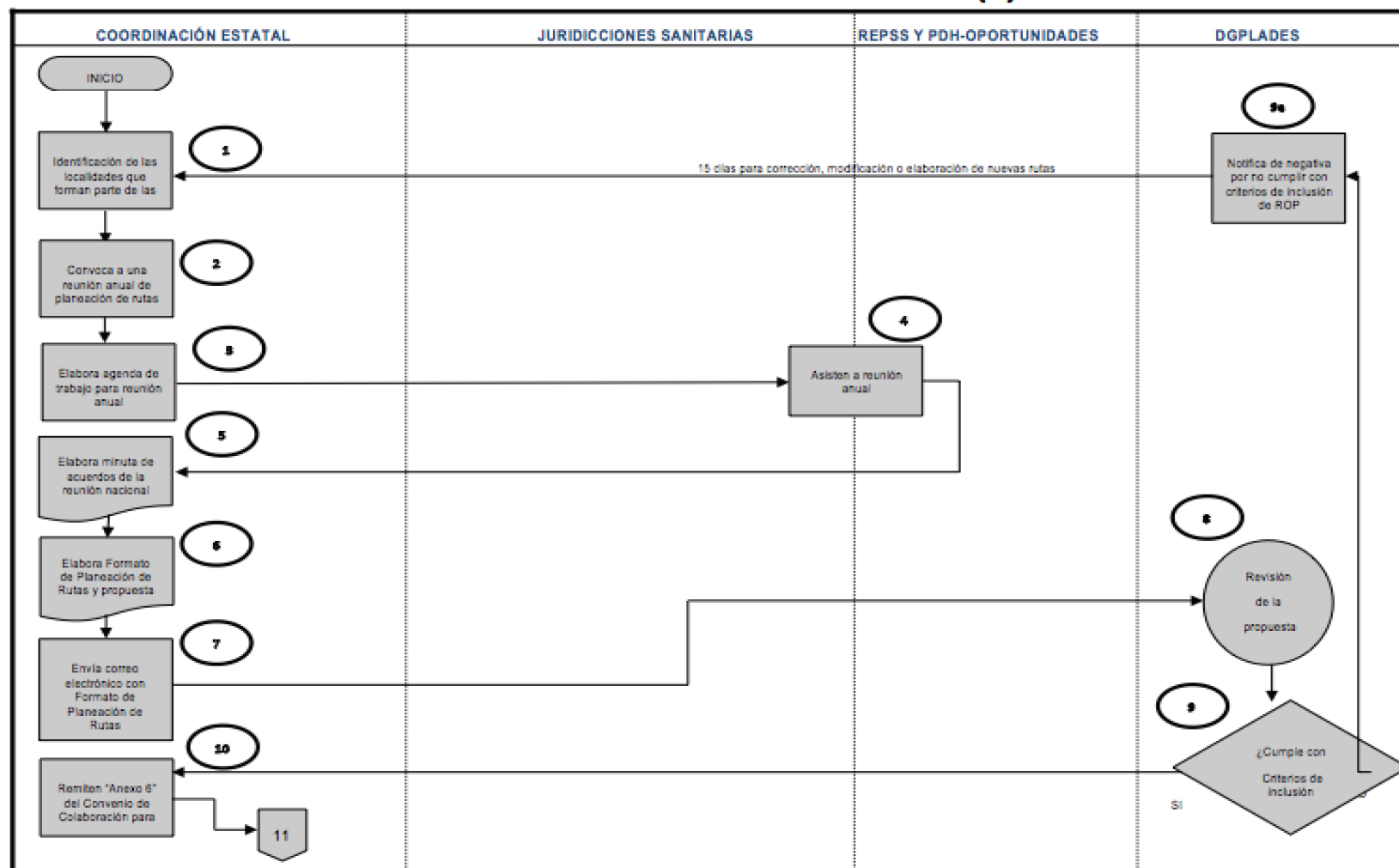
Cabe resaltar que al ser validadas las rutas en la aplicación informática, el Coordinador estatal de caravanas solicita el formato del Anexo 6 del convenio para la transferencia de



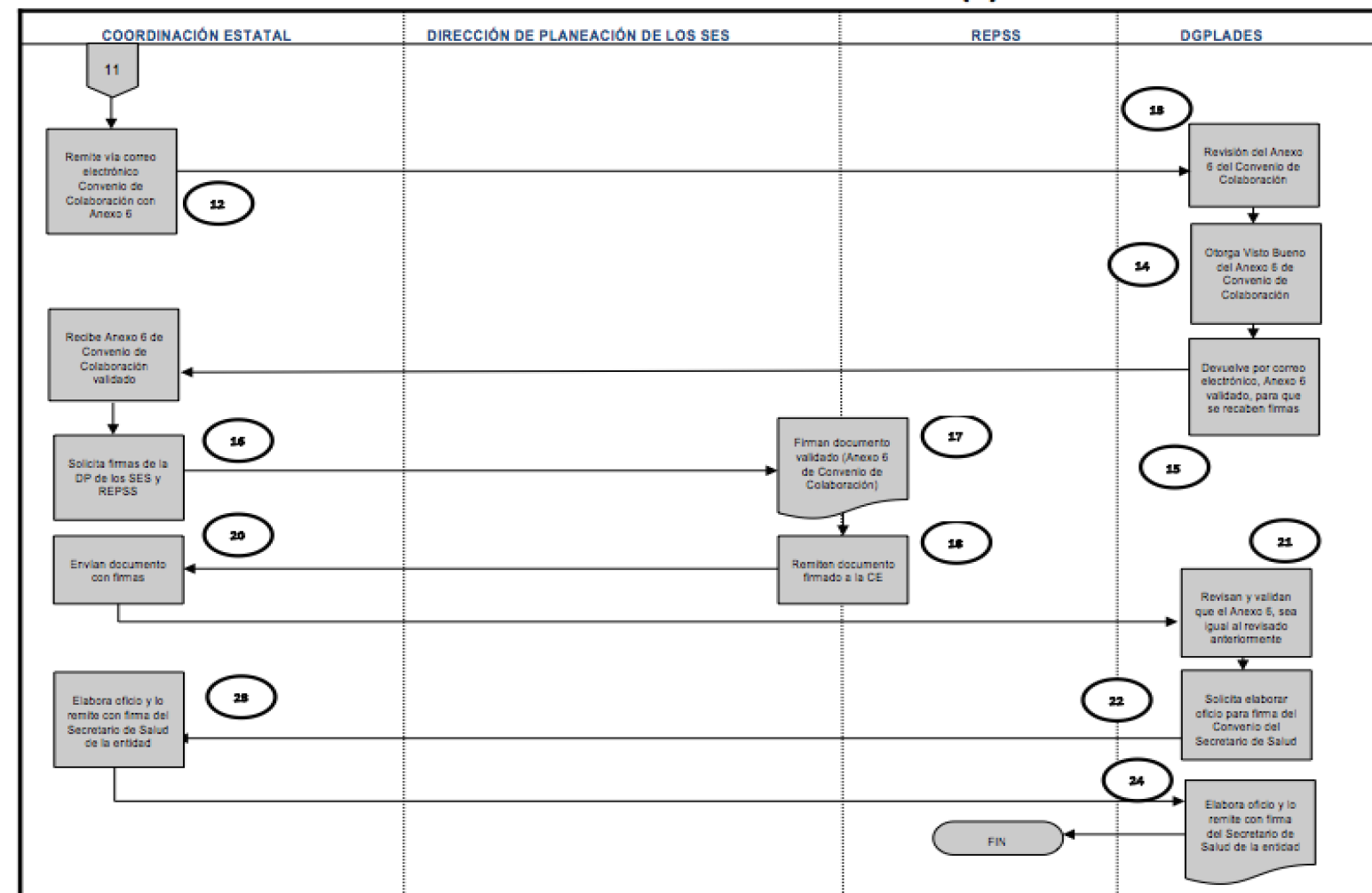
recursos. La información de este Anexo y la validada por la DGPLADES en los formatos de planeación de rutas, así como la revisada en la aplicación informática debe ser idéntica. Una vez que se cumplen estos requisitos se envía el Anexo 6 del Convenio para la transferencia de recursos a la DGPLADES para su revisión y en su caso la validación, al mismo tiempo que vigila que exista concordancia entre todos los instrumentos mencionados.

Es importante señalar que si la información del Anexo 6 ya está validada por la DGPLADES las correcciones serán únicamente las que considere esta Dirección. El Coordinador estatal de caravanas debe devolver el Anexo 6 validado por la Dirección de planeación de los servicios estatales de salud de la entidad y con visto bueno del Régimen estatal de protección social en salud (REPSS). Este Anexo –validado por todos los responsables– se incorpora al Convenio específico de transferencia de recursos del ejercicio fiscal que corresponda. Hasta que se han cumplido estos requisitos, las UMM dan el servicio a los habitantes de las localidades, seleccionadas con anterioridad.

## PROCESO DE PLANEACIÓN DE RUTAS (1)



## PROCESO DE PLANEACION DE RUTAS (2)



## **Programa anual de trabajo**

La participación de los estados es clave en la elaboración del Programa anual de trabajo (PAT), pues son los actores principales durante la implementación de las acciones, de hecho la característica de que el PCS se opere a través de los Sistemas estatales de salud, los convierte en agente central de la operación. Las entidades federativas aportan los recursos humanos, financieros y materiales de infraestructura para la atención itinerante a la salud para alinearlos al modelo operativo del Programa. Asimismo, son las responsables de la administración y el ejercicio de los recursos presupuestarios para la operación de las UMM del Programa; efectúan las ministraciones en forma oportuna para la ejecución, vigilan y controlan los documentos comprobatorios de las erogaciones efectuadas durante la operación. Además, tienen a cargo la coordinación territorial y administrativa, proponen las localidades que integrarán las rutas, su instrumentación, logística y calendarización; también, contratan a los recursos humanos para operar las UMM, hacen supervisión operativa y seguimiento de acciones, capacitan y difunden el programa. Para lograr un mejor desempeño, se coordinan con otras dependencias estatales, adquieren y dotan de insumos y medicamentos a las UMM y son corresponsables en la aportación de los recursos que se alinearán con el Programa sectorial.

De manera específica, la operación a nivel de los gobiernos estatales, queda a cargo de los Coordinadores estatales, y por tanto su participación en la planeación es de hecho una obligación. El Coordinador estatal del Programa es propuesto para su contratación por el titular de los servicios estatales de salud de cada entidad y validado por la DGPLADES; guardan la mayor responsabilidad a nivel local sobre el Programa del PCS. Estas características de su esquema de contratación colocan una línea de autoridad jerárquica con la SS, concretamente con la DGPLADES y otra que es operativa con los SES. Por supuesto, el análisis de las conveniencias e inconveniencias del esquema de contratación que dota una doble línea de mando debe ser materia de un reporte posterior, en tanto se cuente con la información de campo sistematizada que permita establecer si ello representa una implicación para la operación del PCS.

Este personaje gerencial tiene como una de sus principales obligaciones participar en la planeación, programación, presupuestación y seguimiento del Programa; elaborar el Programa anual de trabajo a efecto de que sea autorizado por las instancias competentes (SES y DGPLADES). De igual manera, promueve el control, seguimiento y supervisión del Programa; coordina, dirige y se hace cargo de la operación, la capacitación y actualización del personal, revisa y valida rutas, da seguimiento al presupuesto; también, debe atender el programa de mantenimiento de las UMM; participa en la acreditación de éstas y es responsable de su resguardo, así como de los equipos médicos y tecnológicos del Programa.

Una vez definido a grandes rasgos el proceso de planeación general y establecido por los actores que tienen una gran importancia en el proceso, damos paso a la explicación de un proceso clave del programa que tiene que ver con la planeación de las rutas.

El proceso para la elaboración del PAT va relacionado con el proceso de planeación. En este proceso intervienen como actores principales, la DGPLADES, la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, las Coordinaciones estatales y Supervisores, así como el Secretario de Salud de la entidad federativa.

El proceso de planeación inicia en el momento en que la DGPLADES convoca a una reunión de trabajo a las Coordinaciones estatales; además, elabora una agenda de la reunión, en el que solicita información a dichas Coordinaciones –qué deben de tener– y llevarla para la reunión nacional. Adicional a lo anterior, la DGPLADES elabora una guía para la conformación del PAT, la cual remite a las Coordinaciones estatales.

Después que se asiste a la reunión, por parte de las Coordinaciones estatales, se realiza la propuesta de Programa operativo anual (POA) y Programa anual de trabajo (PAT), así como la programación y planeación de rutas operativas.

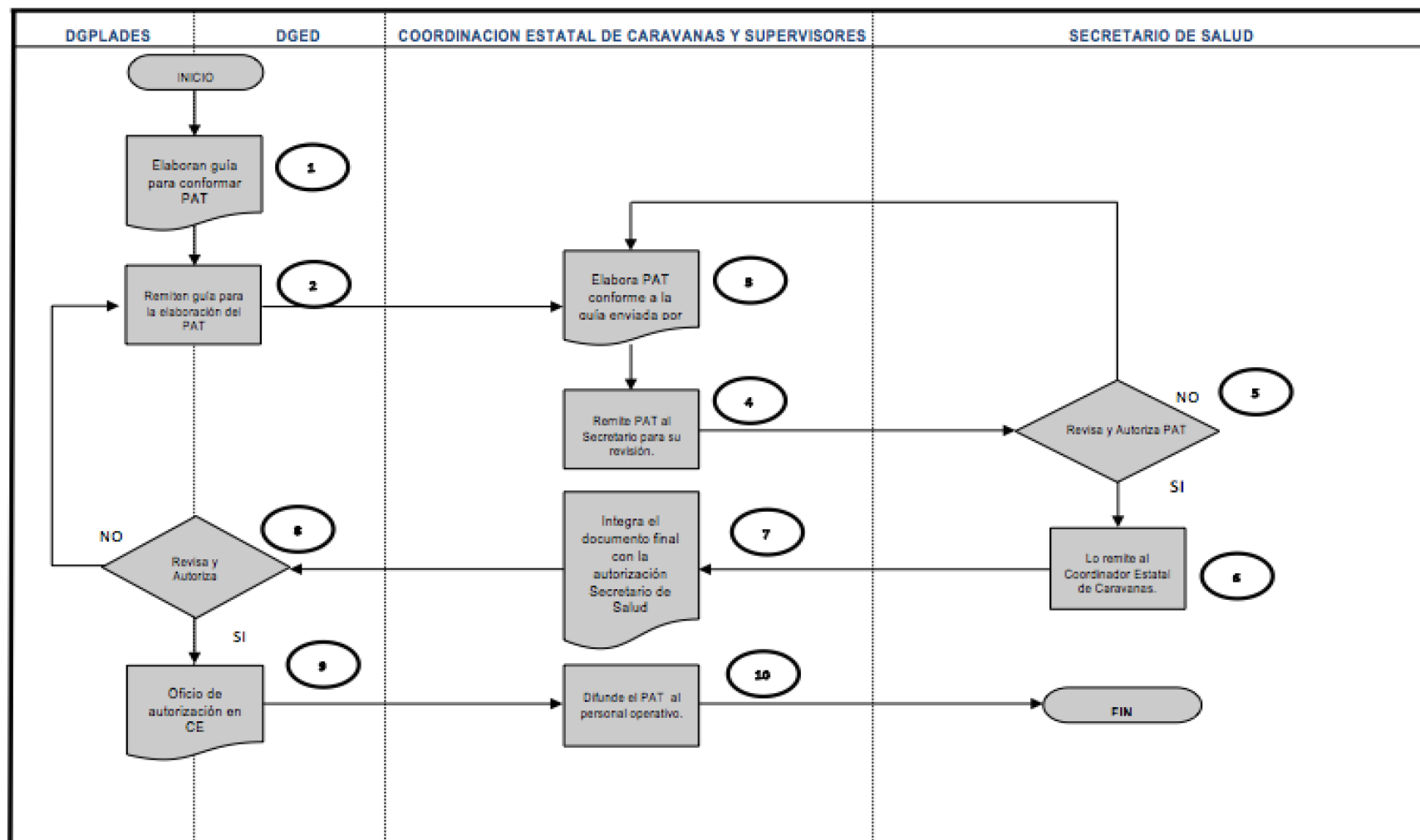
En la otra parte del procedimiento, la Dirección de planeación y la Dirección de atención médica de los Servicios estatales de salud, así como el Programa de desarrollo humano oportunidades y la REPSS, validan la información del POA, PAT y programación y planeación de rutas operativas y dan su visto bueno. En caso de correcciones, se lo remiten con sus comentarios a las Coordinaciones estatales.

Las Coordinaciones estatales realizan el POA, PAT y programación y planeación de rutas, y lo envían a la DGPLADES para que validen y elaboran los anexos del Convenio de colaboración.

La DGPLADES hace una revisión y validación, ya con el documento que firmó el Secretario de salud de la entidad, lo autoriza y remite oficio de autorización a la Coordinación estatal.

Cabe señalar que cuando lo recibe la Coordinación estatal, con validez y autorización por parte de la DGPLADES, lo difunde al personal operativo para el conocimiento de todos ellos y procedan a la operación.

## PROCESO DEL PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO



## **Proceso de difusión**

Cabe mencionar que lo establecido en materia de difusión en las ROP, no se logró identificar ninguna otra fuente oficial o formal del Programa para realizar la difusión, como manuales de procedimientos o guías base para realizar las actividades de difusión. De hecho, no se logró ubicar si se cuenta con mecanismos documentados para realizar este ejercicio.

Es posible que la difusión se conciba como un ejercicio que se realiza únicamente al inicio de la puesta en práctica de un Programa; sin embargo, justamente por las características de la población objetivo que atiende, se considera que deben proponerse y diseñarse indicadores que permitan asegurar que la difusión está cumpliendo con el cometido de llegar a quienes deben conocer la existencia del Programa, y sobre todo, que los mensajes sean lo suficientemente adecuados para lograr el objetivo de fijar la información necesaria sobre los apoyos. La población indígena debe poder entender de qué se trata el Programa y qué beneficios se obtienen de él.

Dentro de los actores principales que intervienen en este proceso se encuentran las Coordinaciones estatales, los Supervisores la DGPLADES, las UMM, los Comités locales y las Jurisdicciones sanitarias.

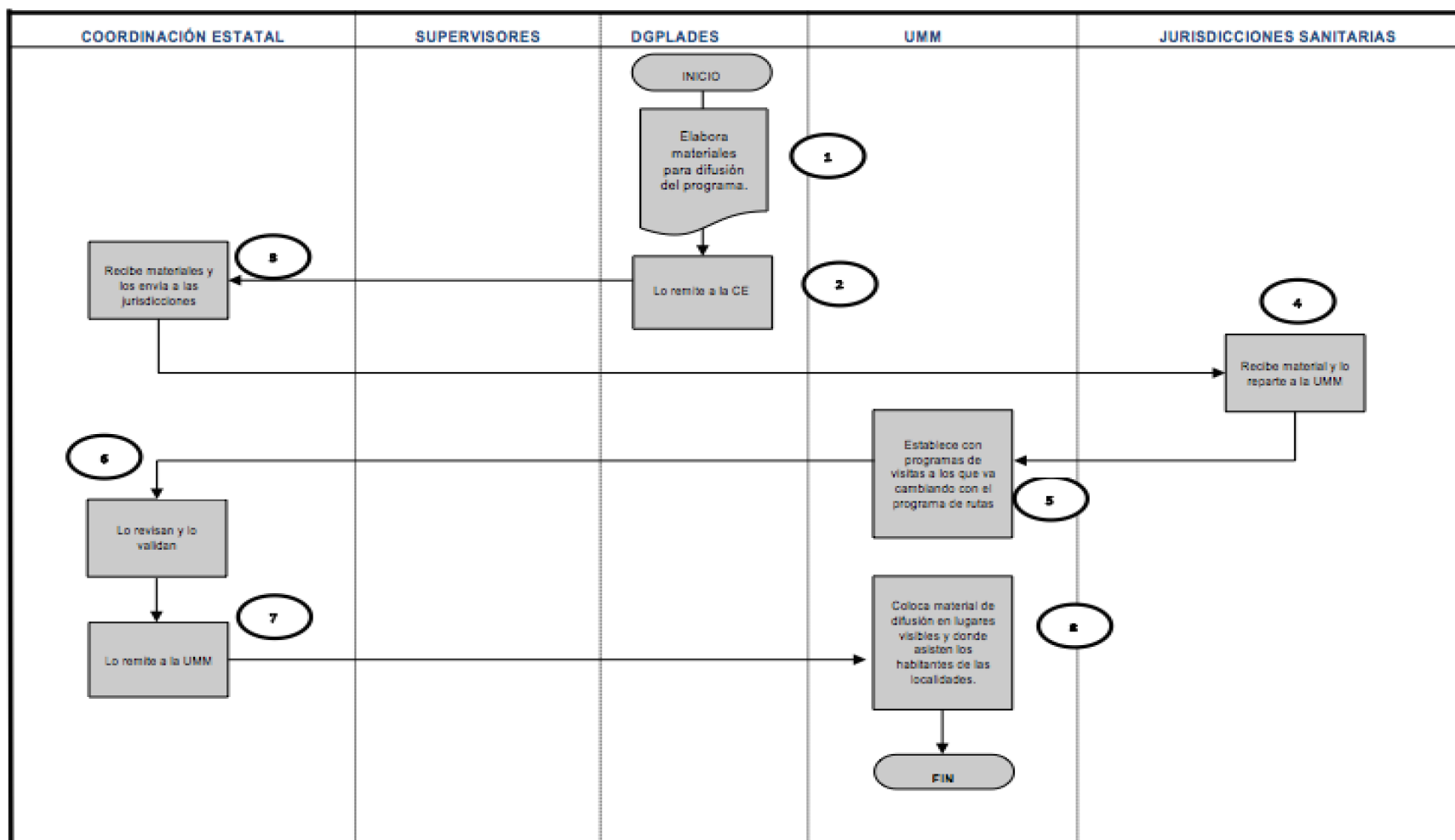
El proceso inicia con la DGPLADES debido a que elabora los materiales necesarios para poder realizar la difusión del PCS; por lo que los remite a las Coordinaciones estatales, que una vez que tienen dicho material, lo envía a las Jurisdicciones estatales.

En cuanto reciben las Jurisdicciones estatales el material, lo entregan a las UMM y dichas unidades, establecen un programa de visitas a localidades que va relacionado con la programación y planeación operativa de rutas.

Las Coordinaciones estatales revisan y validan el programa que elaboran las UMM y lo remiten a ellas, para que puedan colocar los materiales de difusión en lugares visibles y donde asisten los habitantes de las localidades para que puedan ver los días que irán las UMM a las comunidades.

Otro aspecto importante de las actividades que realizan los actores del Programa y que es clave en la difusión del Programa, son las acciones de los Comités locales de salud de las localidades y las auxiliares de salud. Con base en las entrevistas semiestructuradas, se observó que son parte fundamental en la difusión del PCS.

## PROCESO DE DIFUSIÓN







## **Proceso de producción de apoyos**

A partir de la autorización del Anexo 6 del Convenio de colaboración, así como el formato de planeación de rutas por parte de la DGPLADES; se firma dicho convenio y se incorpora el Anexo 3, entre la Secretaría de Salud del gobierno federal y los Servicios estatales de salud de las entidades federativas.

Con base en los Convenios de colaboración firmados y con la integración de los Anexos (3 y 6), la DGPLADES transfiere los recursos a los Servicios estatales de salud y estos canalizan los recursos hacia las Coordinaciones estatales del Programa.

En este sentido, la Coordinación estatal hace su programación de los gastos con base en el PAT y en el POA; posteriormente, realizan una programación de acuerdo a los requerimientos de las UMM de las Jurisdicciones sanitarias y lo envían a estos últimos.

Cabe señalar que los supervisores hacen la solicitud de los recursos materiales, humanos, los equipos y el medicamento, y se hace la programación de los requerimientos e insumos necesarios a las Coordinaciones estatales, esto se realiza en coordinación con los supervisores.

Por otra parte, los Servicios estatales de salud ejercen el gasto para la contratación de personal operativo de las UMM, equipamiento, material y medicamento y lo remiten a los supervisores y estos, a su vez, a las Jurisdicciones sanitarias envían a las UMM los equipos, los materiales y los recursos materiales y dichas unidades reportan el ejercicio del gasto del PCS.

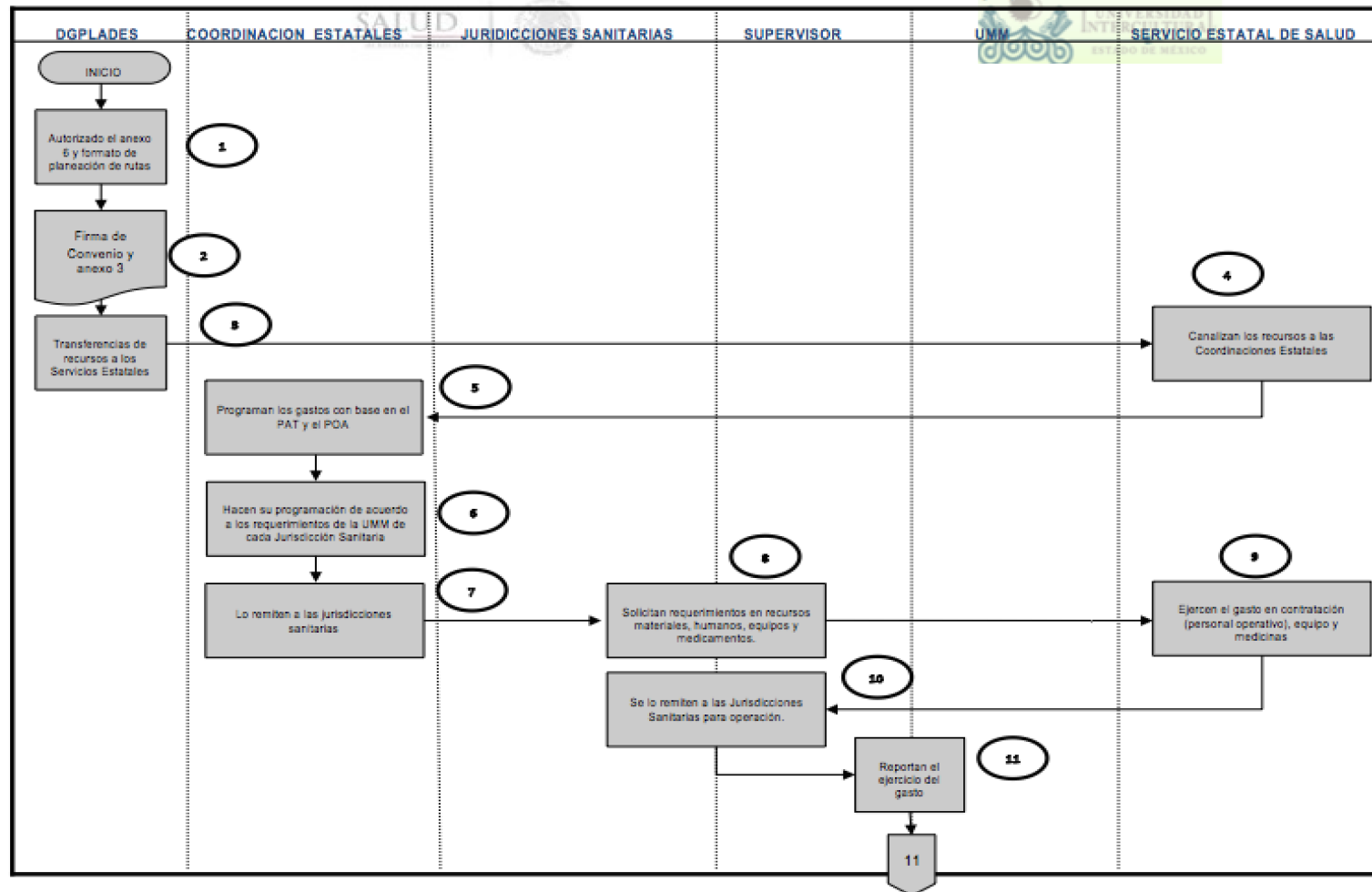
Al final, las Coordinaciones estatales realizan la calendarización del programa de capacitación del personal que van a integrar las caravanas junto con las Jurisdicciones sanitarias.

Es importante mencionar que la capacitación del personal se asume como un aspecto central para el PCS y su operación. Puesto que el Programa atiende en una mayoría a población indígena, la sensibilización intercultural del personal que los atiende se clasifica como aspecto prioritario para el equipo directivo. El PAE señala la obligación de contar con un programa anual de capacitación el cual integra, de acuerdo a los perfiles del personal operativo, una estrategia de capacitación con diferentes niveles de profundidad. La capacitación depende del tipo de intervenciones en los que participará el personal y de la necesidad que implique respecto al conocimiento y actitudes requeridas para la atención

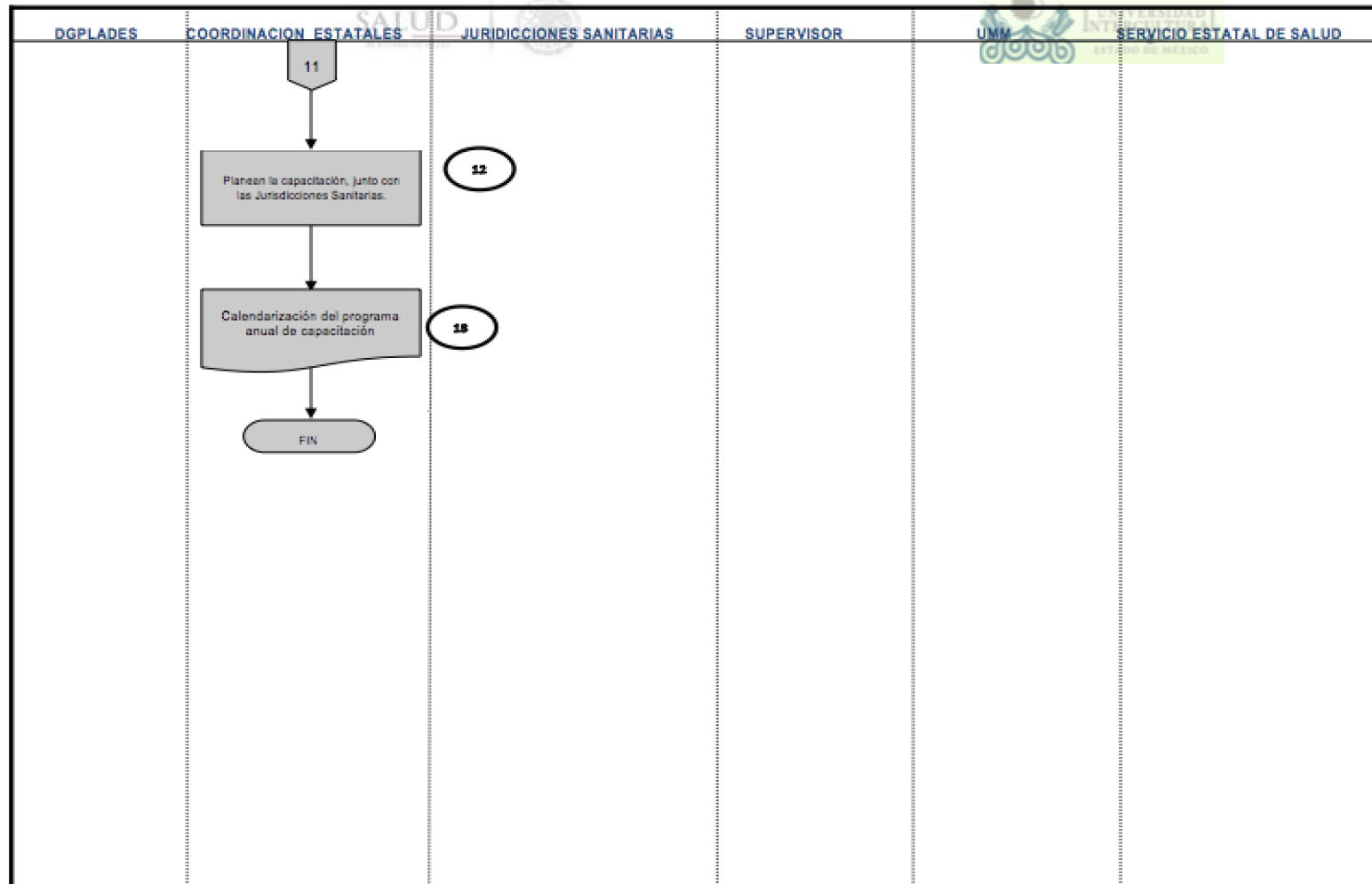


de la salud efectiva. La visión intercultural que debe tener el personal es un aspecto clave durante la operación. De hecho, su importancia estriba en el hecho de que se logre otorgar los servicios de salud a los solicitantes.

## PROCESO DE PRODUCCIÓN DE APOYOS (1)



## PROCESO DE PRODUCCIÓN DE APOYOS (2)



## Entrega de apoyos

El proceso de entrega de los apoyos se valorará dentro de la estrategia de campo, debido a que la atención a la población es abierta solamente cumpliendo el requisito de habitar en las localidades que son elegibles por el Programa. Para efectos prácticos, al momento de contar con una localidad seleccionada como parte de una ruta el PCS, se ha cumplido con el objetivo de seleccionar a un beneficiario, pero en este caso, las caravanas de la salud no llevan un paso secuencial de procesos conforme al modelo de CONEVAL, la solicitud de apoyos sigue reglas diferentes.

De acuerdo a lo anterior, al estar frente a intervenciones de salud se requiere de comprender cuáles deberían ser los requisitos mínimos a cumplir en la entrega de estas intervenciones. Igualmente, los instrumentos de campo contemplan el interés de comprender la forma en que se otorgan los servicios a los solicitantes.

El proceso inicia cuando las Coordinaciones estatales solicitan un calendario de visitas a localidades establecidas en las rutas de las UMM, en el que dichas unidades elaboran ese calendario de visitas a las localidades que componen la ruta a atender.

También los supervisores elaboran un calendario anual de visitas de todas las rutas a su cargo, remitiendo ese reporte a las Coordinaciones estatales. La Coordinación estatal recibe el reporte y lo turna a la Jurisdicción sanitaria. Posteriormente, ésta hace la programación de los insumos a recibir, que se convertirán en la entrega de apoyos, los cuales serán enviados a la UMM.

La UMM recibe los insumos, que son los medicamentos, materiales y equipo médico. Después, el supervisor verifica que las UMM hayan recibido todos los insumos necesarios para su operación.

De esta manera, se entregan los insumos necesarios para la operación del Programa; tanto las UMM, como los servicios estatales de salud, brindan el servicio de atención médica, entrega de medicamentos y acciones de promoción y prevención a la salud, por lo que también se elabora un expediente clínico.

En caso de que los insumos no sean entregados, los supervisores se coordinan con la Jurisdicción sanitaria para una nueva entrega de insumos y, en caso de ser necesario, ésta se encarga de coordinar la nueva programación, apoyándose y coordinándose con el



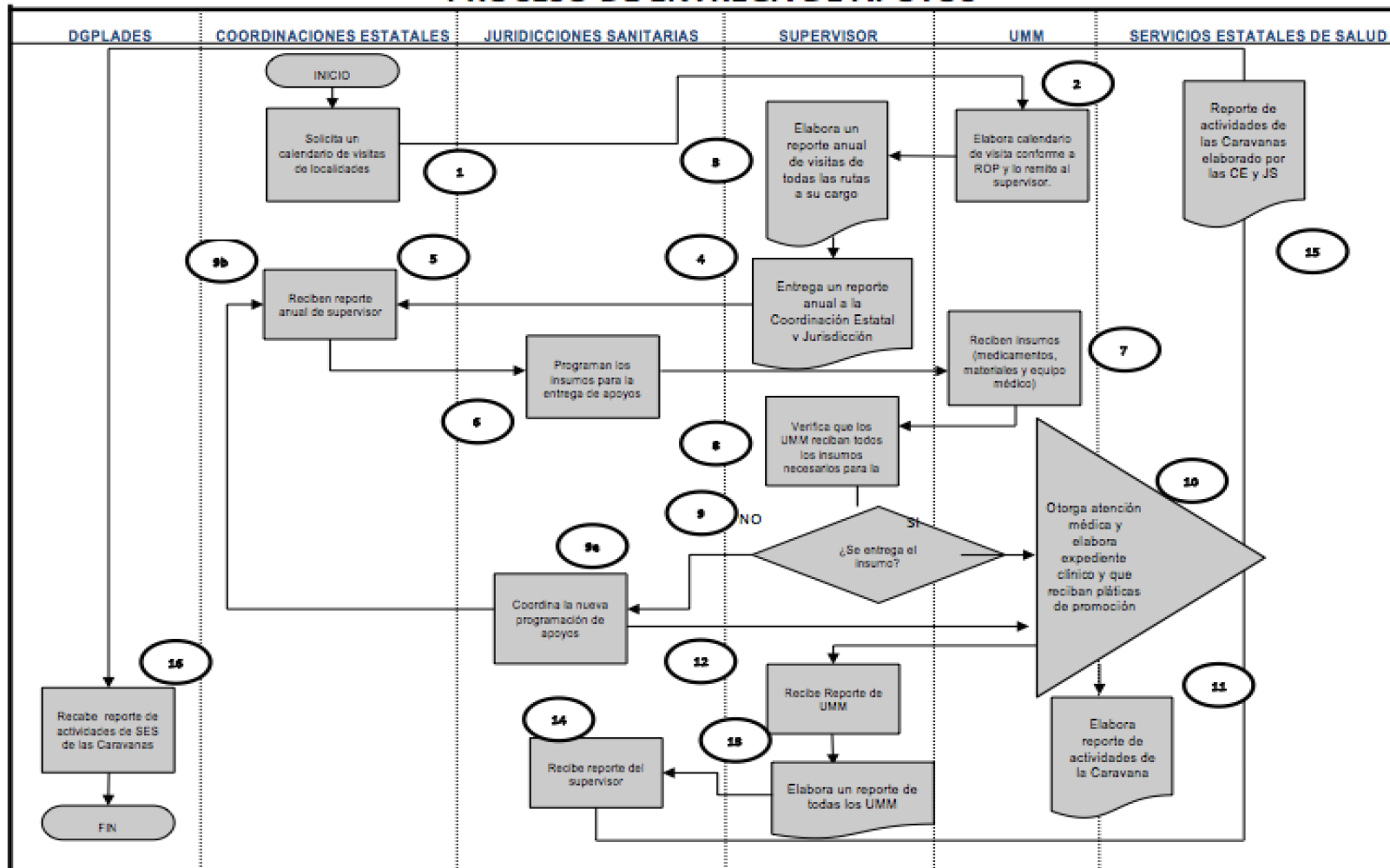
supervisor para que las UMM cuenten con los insumos necesarios para la entrega de apoyos.

Posteriormente, se realizan parte de las actividades de la caravana que se registra ante los Servicios estatales de salud y se reporta al supervisor del Programa.

Al obtenerse la información, el supervisor también elabora un reporte con todos los datos obtenidos de las UMM de las rutas a su responsabilidad.

Dicho reporte se entrega a la Jurisdicción sanitaria y éste recibe un reporte por parte del supervisor. Cabe señalar que la Jurisdicción sanitaria se encarga de reportar las actividades de las Caravanas de la Salud. Por último, los Servicios Estatales de Salud envían un reporte a la DGPLADES.

## PROCESO DE ENTREGA DE APOYOS



## **Proceso de seguimiento a beneficiarios**

Los actores que participan en el proceso de seguimiento a beneficiarios son las UMM, las Coordinaciones estatales, los Supervisores, el Comité local y los pacientes que viven en las localidades (sedes y subsedes).

El proceso inicia cuando las UMM identifican a los pacientes o beneficiarios con enfermedades crónicas que son menores a los 5 años y mujeres embarazadas. En este sentido, se programa una cita a dichos pacientes para darles un seguimiento.

El Comité local ayuda a las UMM a buscar el paciente y los Comités les entregan información básica, como domicilio de los pacientes en las localidades del área de influencia.

Las UMM buscan al paciente, en caso de no encontrarlo, acuden al domicilio del beneficiario. Si el paciente acude a las Caravanas, el personal de las UMM realiza los estudios y se hacen los seguimientos y citas subsecuentes en un hospital.

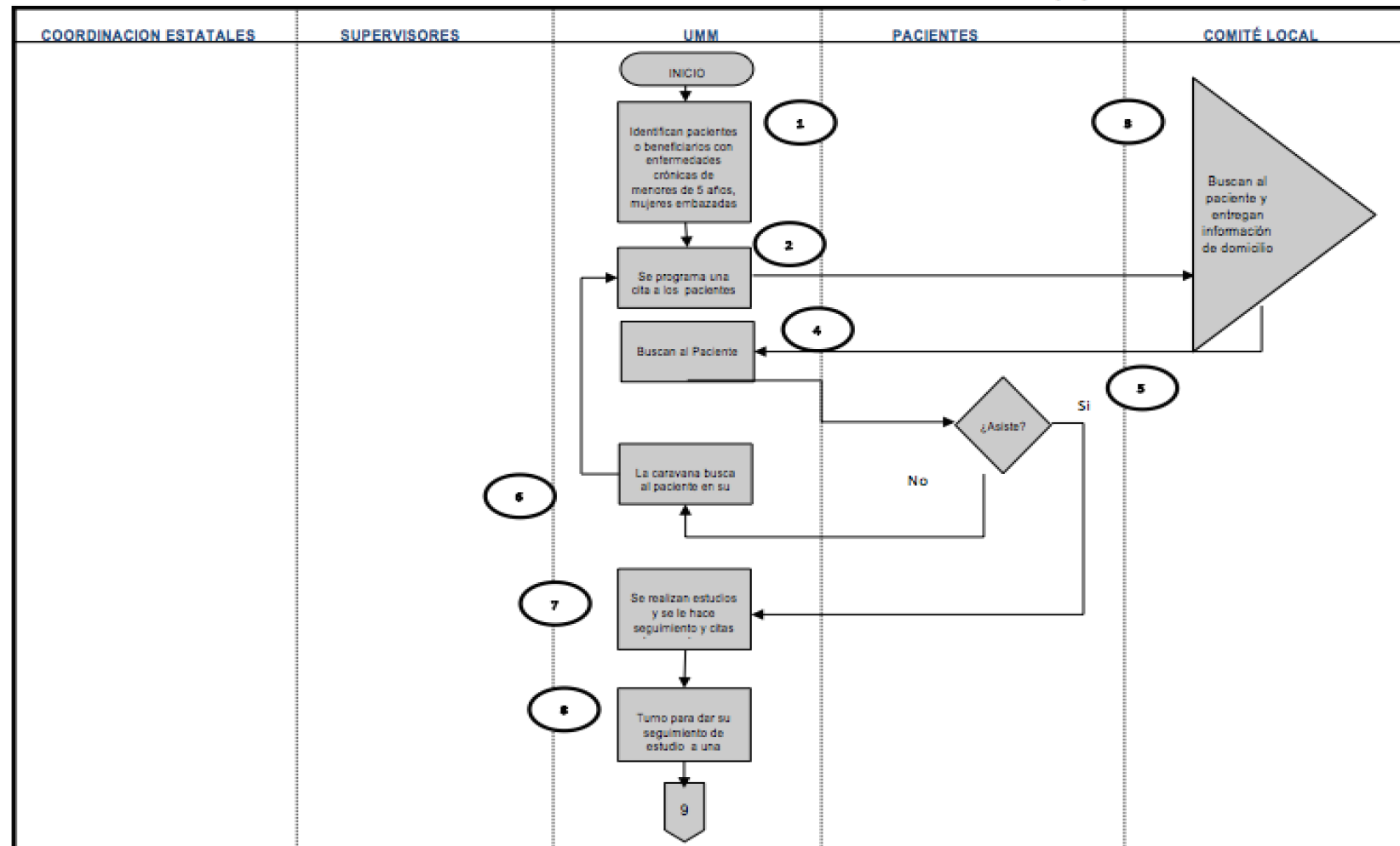
Además, el personal operativo turna a una unidad de segundo nivel los expedientes para que se pueda dar seguimiento. Cabe resaltar que los resultados son remitidos después de su análisis a las UMM y en cuanto tienen los resultados de los pacientes señalados, elaboran un reporte de los pacientes en control y capturan dicha información en el sis.

Es importante recalcar que el personal de las UMM remite reporte de los pacientes en control a los supervisores. Por lo tanto, los supervisores realizan un reporte de pacientes en control de todas las rutas que les corresponden.

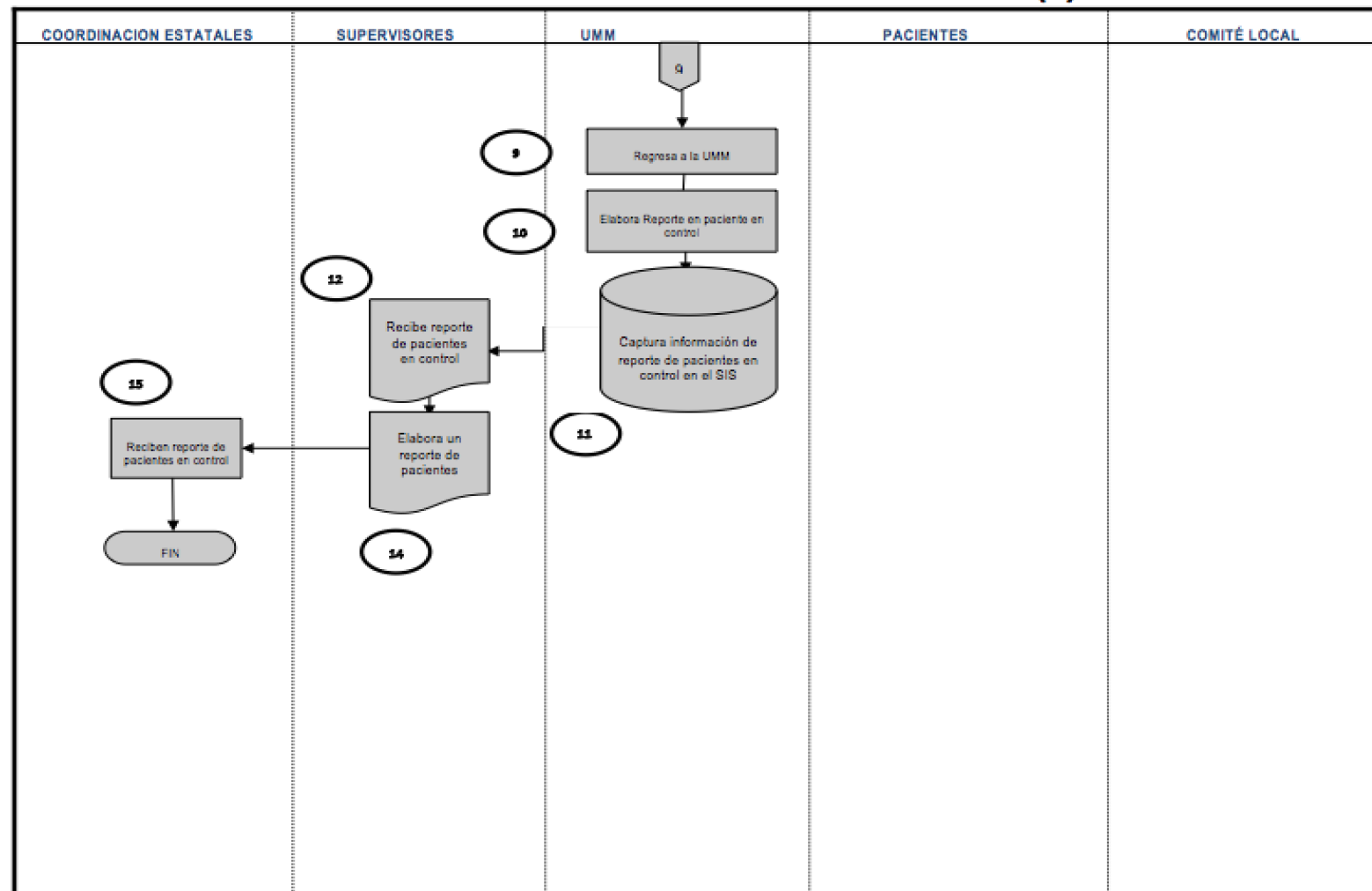
Por último, las Coordinaciones estatales reciben un reporte de los pacientes en control.



## PROCESO DE SEGUIMIENTO A BENEFICIARIOS (1)



## PROCESO DE SEGUIMIENTO A BENEFICIARIOS (2)



## **Proceso de supervisión**

El proceso inicia cuando las Coordinaciones estatales del Programa y los supervisores encargados de las rutas, elaboran un Programa Anual de Supervisión (PAS), que se incluye en el Programa anual de trabajo. Posteriormente, la Coordinación estatal remite el Programa elaborado a la Dirección General de Planeación (DGPLADES) y al Sistema estatal de salud correspondiente.

Por otra parte, el Sistema estatal de salud y la DGPLADES revisan validan y autorizan el Programa anual de supervisión, de igual forma, estos actores remiten el PAS a la Coordinación estatal y a los supervisores, para que aplique dicho programa.

La Coordinación estatal, fundamentalmente los supervisores, se encargan de visitar las unidades médicas móviles (UMM) para revisar cómo han sido efectuados los trabajos operativos; esta actividad se realiza en apego a los lineamientos y estándares establecidos y normados por la Secretaría de Salud Federal, esto mediante el llenado de la Cédula de supervisión.

Posteriormente, la Coordinación estatal y los supervisores acuden a las UMM de las distintas localidades sede y subsede, en donde solicitan información como parte importante de las supervisiones. Las UMM proporcionan la información solicitada y facilitan la supervisión a los representantes; de igual forma, se consultan a la Jurisdicción sanitaria para obtener información estadística y epidemiológica de las distintas rutas que atiende el Programa.

Además, las UMM y las Jurisdicciones sanitarias proporcionan información a los supervisores y la Coordinación estatal. Estos recolectan la información proporcionada por las UMM y solicitan informes de quejas y sugerencias al Comité Local de Salud o a quien funja o pueda tener funciones específicas de contraloría social, así como el Comité local también proporciona información relevante referente al ejercicio de sus funciones y observaciones hacia las UMM. Al terminar esta parte, se elabora una minuta de supervisión.

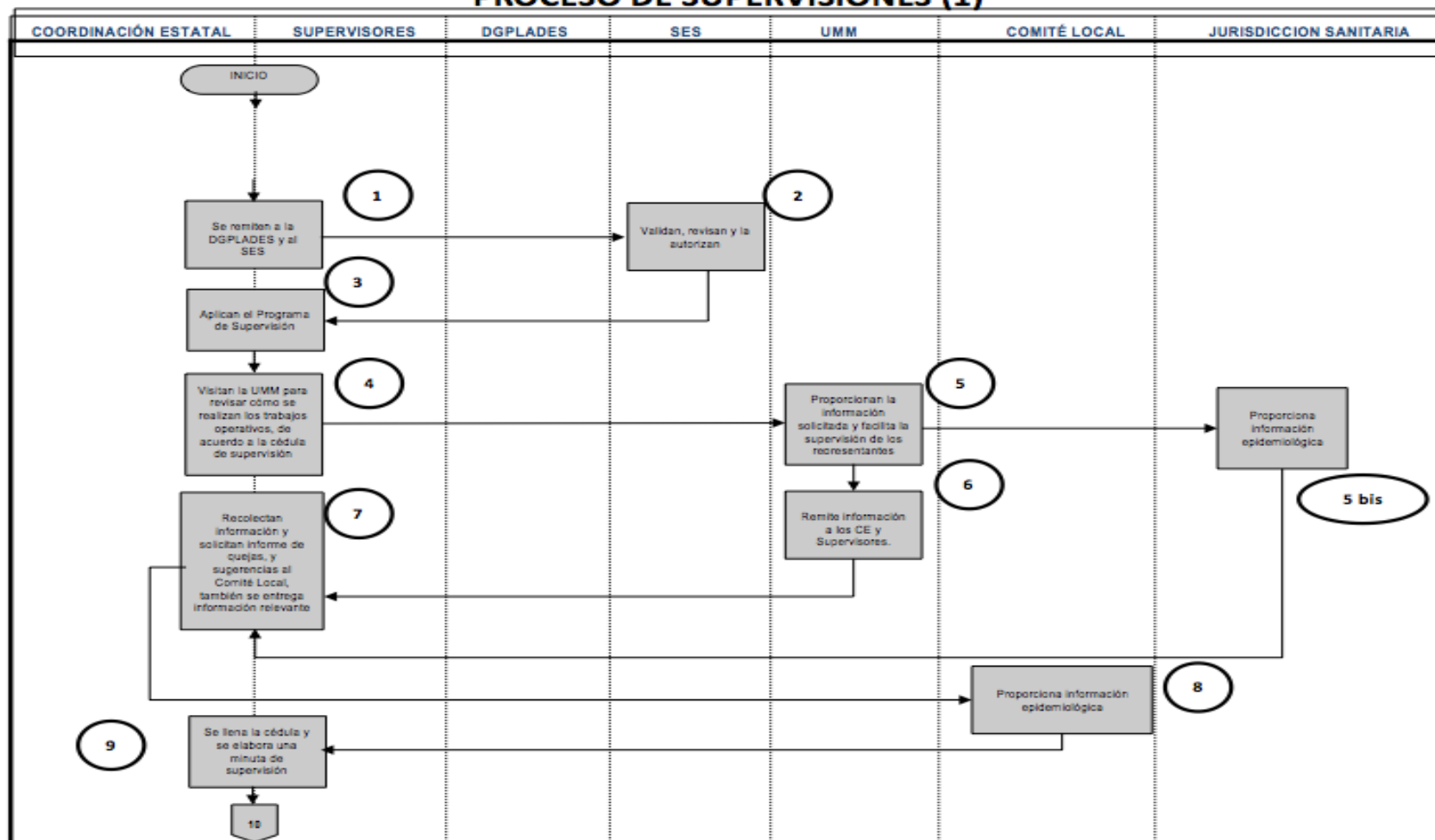
Una vez obtenida la información que proporcionan las UMM, por la Jurisdicción sanitaria y los Comités locales, los supervisores o la Coordinación estatal, se llena la cédula de supervisión y elaboran la minuta correspondiente a la supervisión realizada a la UMM. En



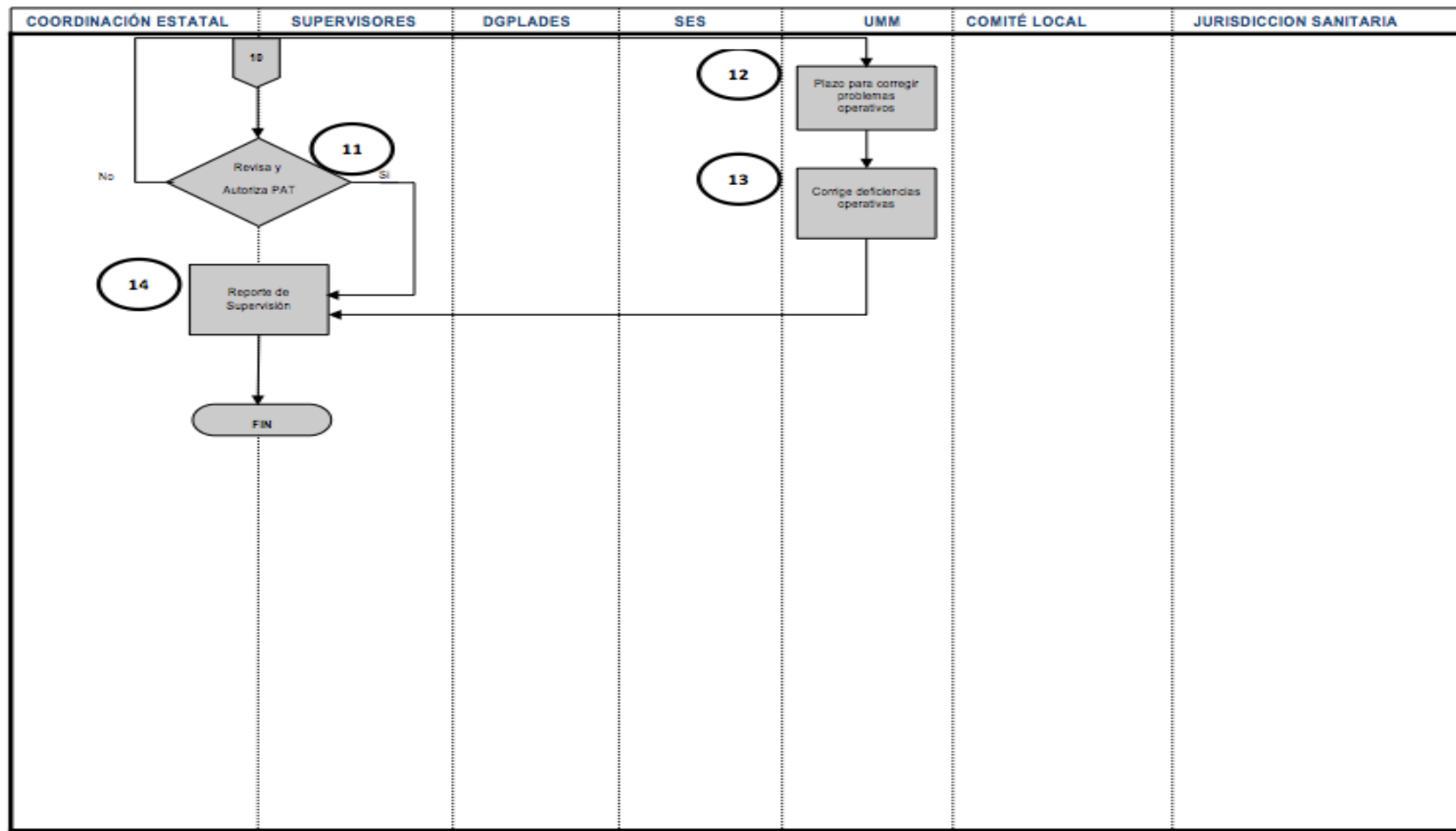
este caso, si la UMM cumple con los requerimientos de la supervisión, se elabora un reporte de la visita, el cual se envía a la DGPLADES.

En caso de no cumplir con los requerimientos establecidos en la cédula de supervisión, se elabora un acuerdo con la UMM para corregir las deficiencias operativas que se detectan en la supervisión, concluyendo con ello el proceso.

## PROCESO DE SUPERVISIONES (1)



## PROCESO DE SUPERVISIONES (2)



**Cuadro 10. Procesos del Programa de Caravanas de la Salud**

Modelo Ajustado	Coincidencia con TdR de CONEVAL	Aspectos a evaluar	Procedimientos del PCR
Planeación	<ol style="list-style-type: none"> <li>Planeación</li> <li>Selección de beneficiarios</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planeación estratégica</li> <li>Metas y objetivos</li> <li>Programación-Presupuestación</li> <li>Planeación de rutas</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Criterios para el establecimiento de las rutas de las Caravanas de la salud o Criterios de inclusión y establecimiento de rutas y tipología</li> <li>Procedimiento para determinar los criterios y la metodología de validación de rutas nuevas</li> <li>Supervisión de las rutas por la DGPLADES</li> </ol>
Integración	<ol style="list-style-type: none"> <li>Producción o compra de apoyos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acopio de insumos físicos, humanos e institucionales para la operación</li> <li>Recursos institucionales (Convenio Específico de Transferencia de Recursos)</li> <li>Recursos materiales (UMM equipamiento, mantenimiento, insumos, medicamentos, etcétera)</li> <li>Recursos financieros</li> <li>Recursos humanos (Contratación de RR HH, capacitación)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Proceso de equipamiento y acreditación de las unidades médicas móviles</li> <li>Mecanismos de selección y evaluación del personal gerencial del PCS</li> <li>Contratación de recursos humanos (Plantilla operativa y gerencial)</li> <li>Procedimiento para impulsar la capacitación del personal del Programa.</li> <li>Proceso de alineación y dignificación (aceptación de los ses de participar y sujetarse a la normatividad que establece la secretaría para los diferentes componentes y procesos del Programa).</li> <li>Proceso de recuperación de recursos mediante el manejo de la cápita por afiliación al Seguro Popular</li> </ol>
Ejecución-supervisión	<ol style="list-style-type: none"> <li>Difusión</li> <li>Solicitud de apoyos</li> <li>Distribución de apoyos</li> <li>Entrega de apoyos</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difusión</li> <li>Entrega de apoyos -atención a la salud (solicitud de apoyos, consultas, promoción y prevención, referenciación-contrarreferencia, control y seguimiento de pacientes.</li> <li>Entrega de acciones de promoción y prevención de la salud y de participación comunitaria.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Criterios de para la difusión del pcs</li> <li>Procedimiento para solicitar los productos del Programa</li> <li>Sistema de referencia y contrarreferencia</li> <li>Lineamientos para la conformación de los Comités de contraloría social.</li> </ol>

Modelo Ajustado	Coincidencia con TdR de CONEVAL	Aspectos a evaluar	Procedimientos del PCR
	5. Contraloría Social 6. Supervisión y monitoreo		5. Procedimiento para realizar la supervisión
Seguimiento y Evaluación	1. Seguimiento beneficiarios 2. Supervisión y monitoreo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas y procedimientos de información (diferentes niveles)</li> <li>• Definición de indicadores de operación y desempeño</li> <li>• Cambios y mejoras al Programa</li> </ul>	1. Procedimiento para la implementación del Sistema integral de información del Programa 2. Conformación y alimentación de los sistemas de información para el seguimiento de beneficiarios 3. Criterios y determinantes de las evaluaciones del PCS.
Planeación	1. Planeación 2. Selección de beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de planeación de rutas</li> <li>• Identificación de localidades para atender, con base en las Reglas de Operación</li> <li>• Reglas de Operación</li> <li>• Programa Anual de Trabajo</li> <li>• Programa Operativo Anual</li> </ul>	Convenios de colaboración con Anexos 6 y 9 y transferencia de recursos a los Servicios estatales de salud
Integración	3. Producción o compra de apoyos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratación de personal</li> <li>• Compra de medicamentos</li> <li>• Unidades médicas móviles (UMM)</li> <li>• Capacitación al personal</li> <li>• Mantenimiento de UMM y equipo</li> <li>• Compra de equipo</li> </ul>	Programa anual de capacitación Contratos de comodatos de las UMM Expedientes clínicos Programa operativo anual Programa anual de trabajo



Modelo Ajustado	Coincidencia con TdR de CONEVAL	Aspectos a evaluar	Procedimientos del PCR
Ejecución-supervisión	7. Difusión 8. Solicitud de apoyos 9. Distribución de apoyos 10. Entrega de apoyos 11. Contraloría Social 12. Supervisión y monitoreo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidades médicas móviles</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Consulta médica</li> <li>• Viáticos al personal de las UMM</li> <li>• Materiales de difusión</li> <li>• Programación de apoyos</li> </ul>	Entrega de medicamentos a los beneficiarios Prestación de servicios médicos (CAUSES) Promoción de la salud Nutrición Prevención y control de enfermedades Detección de enfermedades y Salud reproductiva Difusión y promoción del PCS Reporte de actividades de entrega de apoyos Cédula de Supervisión
Seguimiento y Evaluación	3. Seguimiento a beneficiarios 4. Supervisión y monitoreo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAT</li> <li>• Minutas de reuniones de supervisiones</li> <li>• Reglas de operación</li> </ul>	Cédula de supervisión Seguimiento a indicadores de desempeño
Elaboración propia con base en CONEVAL (2013) Términos de referencia para la evaluación de procesos			

### **1.3 Cuantificación y análisis de la suficiencia, eficacia y oportunidad de los procesos operativos (cuellos de botella)**

#### **1.3.1 Estrategia para el trabajo de campo**

Para la elaboración de este reporte se realizó un análisis sistémico, mediante trabajos de campo y de gabinete. Por ello, se presentan los hallazgos más importantes derivados de las entrevistas que se tuvieron con el personal de las UMM (enfermeras, promotores, médicos), así como supervisores y población beneficiaria del Programa en los estados de: México, Oaxaca y Puebla.

El equipo evaluador no seleccionó una muestra representativa de manera aleatoria, pues no era lo más conveniente para este estudio. Para la selección de la muestra se siguieron los siguientes parámetros: 1) acumulación de experiencia del personal, 2) diversidad geográfica y 3) tipo de unidades médicas móviles (UMM).

#### **Metodología para la conformación del grupo de enfoque**

El grupo de enfoque es una herramienta de recolección de datos que consiste en la aplicación de una entrevista colectiva. Busca encontrar el cómo y el por qué, proporcionando respuestas contextuales en grupos de personal con experiencia en el Programa. Se realizó con tipos de participantes similares en algunas características clave, con el fin de identificar temas o patrones de percepciones.

Así los grupos se reunieron para discutir una serie de asuntos específicos guiados por un moderador entrenado que estimula y enfoca la discusión. La mayor utilidad y valor de los grupos de enfoque radica en la riqueza de los comentarios e interacción, manifiesta o latente, de las personas participantes.

Los objetivos específicos de los tres grupos de enfoque realizados fueron:

- Conocer las principales problemáticas operativas del PCS
- Evaluar el grado de satisfacción de los beneficiarios respecto a los apoyos otorgados por el PCS
- Conocer las experiencias de los actores respecto a la operación del Programa
- Plantear soluciones a las diversas problemáticas operativas

Los grupos de enfoque se realizaron en sesiones participativas entre ocho y doce personas. Durante la discusión de dos horas aproximadamente, el moderador orientó la discusión hacia los temas relevantes del estudio. La dinámica de la discusión fomentó que cada participante diera sus mejores argumentos y así se obtuvo el rango de opiniones que existen en torno a un tema. Si bien no tienen validez estadística, estos estudios cualitativos han demostrado ser muy útiles para conocer los argumentos y consideraciones mentales que las personas tienen para fundamentar sus opiniones, actitudes y demandas.

## **Descripción de la operación y los procesos del Programa**

### *Descripción normativa*

Para la elaboración de este tema, se utilizaron las Reglas de Operación del PCS, las normas oficiales mexicanas de salud que competen al Programa y las entrevistas semiestructuradas, con el objeto de analizar su funcionamiento y el cumplimiento de sus objetivos.

Con base en los Términos de referencia de CONEVAL, referente a la evaluación de procesos, se reconocen ocho macroprocesos:

- Planeación estratégica (elaboración del Programa Operativo Anual)
- Planeación de rutas
- Programa anual de trabajo
- Difusión
- Producción de apoyos
- Entrega de apoyos
- Seguimiento a beneficiarios
- Supervisiones

### *Descripción empírica*

Como parte de la estrategia metodológica utilizada por el equipo evaluador se realizaron visitas de campo en tres entidades federativas en que opera el Programa de Caravanas de la Salud; esto tuvo como propósito contrastar la operación normativa con la realidad.

De acuerdo con los resultados de las entrevistas a los actores principales, indicaron que los procedimientos establecidos en la normatividad (ROP y NOM) se cumplen en algunos aspectos, pero en otros, no hay evidencia del acatamiento de la norma, como se verá más adelante.

Cabe resaltar que en el Programa no existen manuales de procedimientos, por lo que se dificulta hacer un análisis de tiempos en el servicio (espera, consulta, etc.), y en las Reglas de operación no señalan tiempos. En este sentido, los tiempos de espera de atención de la población, para recibir una consulta médica, los resultados de campo y las entrevistas a la población muestran que los tiempos fueron en promedio de casi 125 minutos (dos horas con cinco minutos).

Por otro lado, en la entrega de los apoyos (medicamentos, análisis de laboratorio, entre otros) se presenta un problema grave, pues en la totalidad de las entrevistas sostenidas con el personal de las UMM y con la población que recibe la atención médica, se comentó que se tienen muchas limitaciones de insumos, con la excepción de la entrega de medicamentos, que el principal problema detectado fue la programación con base en los expedientes.

Es importante mencionar que en las Reglas de operación no se marca algún tiempo límite para la espera en la atención médica y el tiempo que le debe destinar el personal de las UMM a los pacientes.

Las problemáticas observadas en las visitas de campo para cada uno de los procesos, se abordarán detalladamente en la siguiente sección, pues han sido detectadas de acuerdo a la clasificación de los macroprocesos marcados por el CONEVAL.

### **1.3.2 Identificación y etiquetado de procesos**

Es importante señalar, en primera instancia, que el equipo evaluador inició la labor del mapeo de los procesos.<sup>4</sup> Para la realización de este ejercicio, se hizo mediante trabajo de

---

<sup>4</sup> Los procesos críticos son aquellos que “no pueden caer”. Y su caída no tiene que ver con la importancia de su contribución en la mayoría de los casos, sino con la capacidad de volver a ponerlos en línea o incluso con el costo de esa caída. Los procesos críticos demandan no sólo mayor atención, sino además requieren un mayor nivel de inversión para asegurarse de que no fallen o incluso para evitar que su criticidad golpee a la operación. Es posible que, si se invierte lo suficiente, un determinado proceso deje de ser crítico.

campo, entrevistas semiestructuradas y las ROP, debido a que no existen manuales de procedimientos.

Derivado de la revisión de los ocho macroprocesos, el mapeo consta de diagramas de flujo de las actividades y operaciones del Fondo que incluyen las decisiones tomadas en el proceso, así como todos los actores involucrados.

El etiquetado de procesos se refiere a clasificar los procesos identificados previamente dentro de los ocho macroprocesos marcados por el CONEVAL. Éstos, en principio son generales y todos los programas debieran de llevarlos a cabo, con sus adecuaciones pertinentes, en caso de existir.

Cabe señalar que al no existir manuales de procedimientos del Programa de Caravanas de la Salud, el equipo evaluador realizó un esfuerzo por diseñarlos con base en las observaciones realizadas durante el trabajo de campo, aunque estos fueron insuficientes para realizar un mapeo para tales actividades. Derivado de las reuniones, entrevistas y grupos de enfoque, a continuación se detallan los resultados arrojados en las visitas de campo para cada uno de los macroprocesos marcados por CONEVAL.

### **1.3.3 Identificación de cuellos de botella de los procesos del PCS**

El análisis de los macroprocesos del Programa de Caravanas de la Salud realizado por el equipo evaluador, identificó 12 cuellos de botella, que según los Términos de referencia de la evaluación de procesos del CONEVAL son “aquellos procedimientos o situaciones que obstaculizan la transformación de los insumos del proceso en los productos y que tienen consecuencias en procesos subsecuentes y, por lo tanto, en el logro de los objetivos del Programa, independientemente de las causas del mismo”.<sup>5</sup>

Con base en lo anterior, los cuellos de botella fueron los siguientes:

*Saturación de las UMM en la atención de la población en las rutas establecidas*

---

<sup>5</sup> CONEVAL (2009). Términos de referencia de evaluación de procesos.

Uno de los cuellos de botella que retrasa la entrega de los productos del Programa, es la saturación de las rutas, debido a que genera una atención no adecuada, conforme a las normas oficiales mexicanas y no se atiende a toda la población de las localidades satélite.

*Consultas médicas no realizadas conforme a las guías clínicas y NOM aplicables*

El cuello de botella tiene su explicación por la saturación de las rutas del Programa y la falta de cumplimiento riguroso al procedimiento que se tiene en las guías y NOM oficiales de salud.

*Desabasto en la distribución y producción de insumos (gasolina, pruebas de laboratorio, mantenimiento de vehículos, plantas de energía en los vehículos, básculas, entre otros.)*

La no entrega o entrega retardada de los insumos provoca que no se otorgue un servicio o producto de calidad y conforme a las NOM oficiales de salud. Este deterioro de la calidad puede generar insatisfacción en el servicio por parte de la población.

*Capacitación insuficiente (en temas relevantes como: prevención, promoción de la salud, interculturalidad, auxiliares de salud y atención al paciente)*

La capacitación del personal de las UMM es primordial para generar productos de calidad, en cada uno de los procesos operativos. Sin embargo, en algunas visitas de campo y en los resultados de las entrevistas semi-estructuradas, se observó una capacitación insuficiente en temas como la prevención y promoción de la salud; interculturalidad, de los auxiliares de salud y atención al paciente.

*Acceso y atención médica inadecuada por limitada pertinencia cultural*

Un problema que se detectó es el relacionado a que las capacitaciones que se imparten, no se adaptan a las condiciones y al contexto de las distintas localidades y regiones indígenas.

*Promoción de la salud inadecuada e insuficiente*

Una de las razones de la promoción de la salud inadecuada e insuficiente a la población, es la saturación en la atención de consultas, lo que genera poco espacio para la promoción de la salud, incumpliendo lo establecido en las Reglas de Operación del Programa.

### *Elevados tiempos de espera para la atención médica*

La saturación en la atención de la población genera elevados tiempos de espera para la atención de la consulta médica.

### *Excesivo llenado de formatos de carácter administrativos y de gestión del personal de las UMM, solicitados por la Jurisdicción sanitaria y Coordinaciones estatales*

El llenado de formatos por parte del personal de las UMM genera un cuello de botella en el tiempo de atención en la consulta y en el tiempo de espera de la población para ser atendida.

### *Supervisión en campo limitada por cargas administrativas del supervisor*

El personal de supervisión tiene elevadas cargas administrativas, que en la mayoría de las ocasiones, no permiten hacer supervisiones que detecten problemas operativos y que ayuden a corregir los cuellos de botella de los procesos operativos.

### *Retraso en la entrega de recursos financieros para la operación del Programa*

Existe un retraso en el pago de sueldos de algunos integrantes del personal de las UMM (médicos) y en algunos insumos, principalmente, mantenimiento de vehículos y química seca (placas para la muestra de glucosa).

### *Atención Inadecuada de pacientes referenciados a segundo nivel*

Debido a las cargas de trabajo de las unidades médicas de segundo nivel, los pacientes son rechazados; se les programa una cita diferida, que en muchas ocasiones pueden ser meses; problemas de maltrato y discriminación por ser indígenas, y el personal de las UMM llenan de manera incorrecta los formatos de referenciación de pacientes.

## **1.3.4 Problemas que derivan en ineficiencias en el flujo de los procesos del PCS**

En este apartado se describen los problemas que se han detectado, con base en las entrevistas semiestructuradas, grupos de enfoque y visitas de campo; para cada uno de los macroprocesos.

### *Planeación estratégica*

Es importante mencionar que este proceso no se encuentra documentado de manera formal en los instrumentos normativos analizados. Si bien dentro de las Reglas de operación 2013 del Programa de Caravanas de la Salud, se menciona en el punto 5.10.5 la coordinación interinstitucional, ésta sólo se señala para

La coordinación institucional entre la Secretaría y los SES, se establecerá a través de la celebración de los instrumentos consensuales respectivos. La Secretaría conjuntamente con los SES para la ejecución del Programa, vigilarán que no se dupliquen los apoyos del Programa con otros programas federales, equivalentes, hasta en tanto no se consolide su proceso de alineación.

Para llegar a la alineación total de todos los programas similares al Programa, se establece la coordinación con el PDHO Salud y con los SES para la revisión y alineación de otras estrategias de atención itinerante, a fin de sumar esfuerzos y evitar duplicidades en la atención de la población objetivo de este Programa.

Sin embargo, no se establece la coordinación efectiva para asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos del Programa. Además, el proceso de planeación estratégica debe incluirse dentro los lineamientos y la coordinación que se presenta en el Programa (a nivel federal y estatal), pues la determinación de objetivos, de metas y el establecimiento de líneas de acción específicas marcan la estrategia a seguir por parte del Programa.

Se recomienda documentar el proceso de planeación estratégica en un manual específico, a pesar de que existe una guía que se remite a los Servicios estatales de salud, es necesario documentar de manera formal, el proceso de planeación estratégica y que permita dar a conocer a todos los involucrados la estrategia, además de constituir una guía de acción. Existen instituciones del Gobierno Federal que documentan el proceso de planeación estratégica, teniendo un manual específico para este proceso, en donde se vierte el procedimiento para la elaboración del plan de trabajo institucional.

Por otro lado, no se encontraron evidencias que en las entidades federativas que se visitaron cuentan con procesos y herramientas de planeación a nivel interno. Se observó que estos no realizan planeación en el sentido de la definición de metas, objetivos y líneas de acción para alcanzarlas. Además de las expresiones vertidas por el personal operativo del Programa, señalan que la planeación la basan en función de los recursos disponibles y este personal no es considerado en dicha planeación. En esta parte del proceso –en la operación (visitas de campo y grupos de enfoque)– se identificó un *retraso en la entrega*



*de recursos financieros* para la operación del Programa, que es uno de los cuellos de botella señalado anteriormente.

Cabe mencionar que no se cuentan con metas claras de la población por atender en la ruta y tampoco qué indicadores serían los que se tienen que dar seguimiento para poder medir el cumplimiento de los objetivos general y específicos del Programa. Ejemplo, si son metas de atención o consultas; consultas del Programa Oportunidades; de adultos mayores; niños menores de 5 años; madres capacitadas; tomas de cloración de agua; vacunación, etc. Además, otro problema detectado es la periodicidad de las metas, por ejemplo, si son consultas diarias, mensuales, entre otros. En este sentido, se detectó que esto ha generado una *“saturación de las UMM en la atención de la población en las rutas establecidas”*, que es uno de los cuellos de botella que más afectan a casi todos los procesos del Programa.

Otro punto importante, es que en las pocas metas que se tienen, no se presentó una metodología del cálculo de dichas metas, faltando un respaldo técnico que permita mejorar el desempeño del Programa, debido a que no hay una evidencia sobre el uso eficiente y efectivo de los recursos humanos, materiales y financieros del Programa.

Un aspecto fundamental que se observó fue la insuficiente coordinación entre las unidades fijas de salud y las unidades médicas móviles para establecer metas, objetivos y estrategias, así como para la coordinación del Programa con las estrategias estatales. No cuentan con ejercicios de planeación conjunta sino que las coordinaciones estatales sólo reciben las Reglas de operación cuando éstas son publicadas. Un conflicto constante es entre las unidades fijas o centros de salud con las UMM, ya que el médico del centro de salud no atiende al paciente y lo remite a la caravana, sólo porque lo requiere la persona o por sus horarios de atención. El personal del centro de salud manda a los pacientes a las UMM porque termina sus horarios de salud, y las UMM están 24 horas en la localidad cuando cubren su ruta.

En este sentido, no están claras las funciones del personal de las UMM y los centros de salud (de referencia y contrareferencia). Todo lo anterior tiene varias implicaciones importantes:

1. En las Reglas de operación no se da a conocer a todos los niveles del Programa o los actores que están involucrados en la promoción, lo que provoca una comunicación poco eficaz entre estos. Esta situación podría deberse a factores



como la rotación del personal o la poca profesionalización del personal de apoyo en las localidades (auxiliares de salud) como el personal de las UMM.

2. Falta de sentido de pertenencia al PCS. Existe poca articulación para sumar a los actores operativos de las entidades federativas en todo lo que el proceso implica, desde la programación de los recursos, la planeación, la oportuna firma de convenios y asignación de recursos

Lo anterior, se debe a que los recursos pueden ser insuficientes o no ser entregados oportunamente por parte de la federación o del estado. Esta situación ha sido una práctica frecuente en ejercicios anteriores. También se mencionó que las aportaciones de las entidades federativas hacia el Programa son insuficientes.

**Cuadro 11. Cuellos de botella en los procesos del Programa de Caravanas de la Salud**

Problemática	Procesos							
	Planeación	Planeación de rutas	Difusión	Producción o compra de apoyos	Entrega de apoyos	Programa anual de trabajo	Seguimiento a beneficiarios	Supervisión
	Número de actividad del proceso con base en el diagrama de flujo							
Saturación de las UMM en la atención de la población en las rutas establecidas	-	7 y 8	-	-	4, 6, 7 y 8	-	-	-
Consultas médicas no realizadas conforme a las guías clínicas y NOM aplicables	-	-	-	-	10 y 11	-	-	-

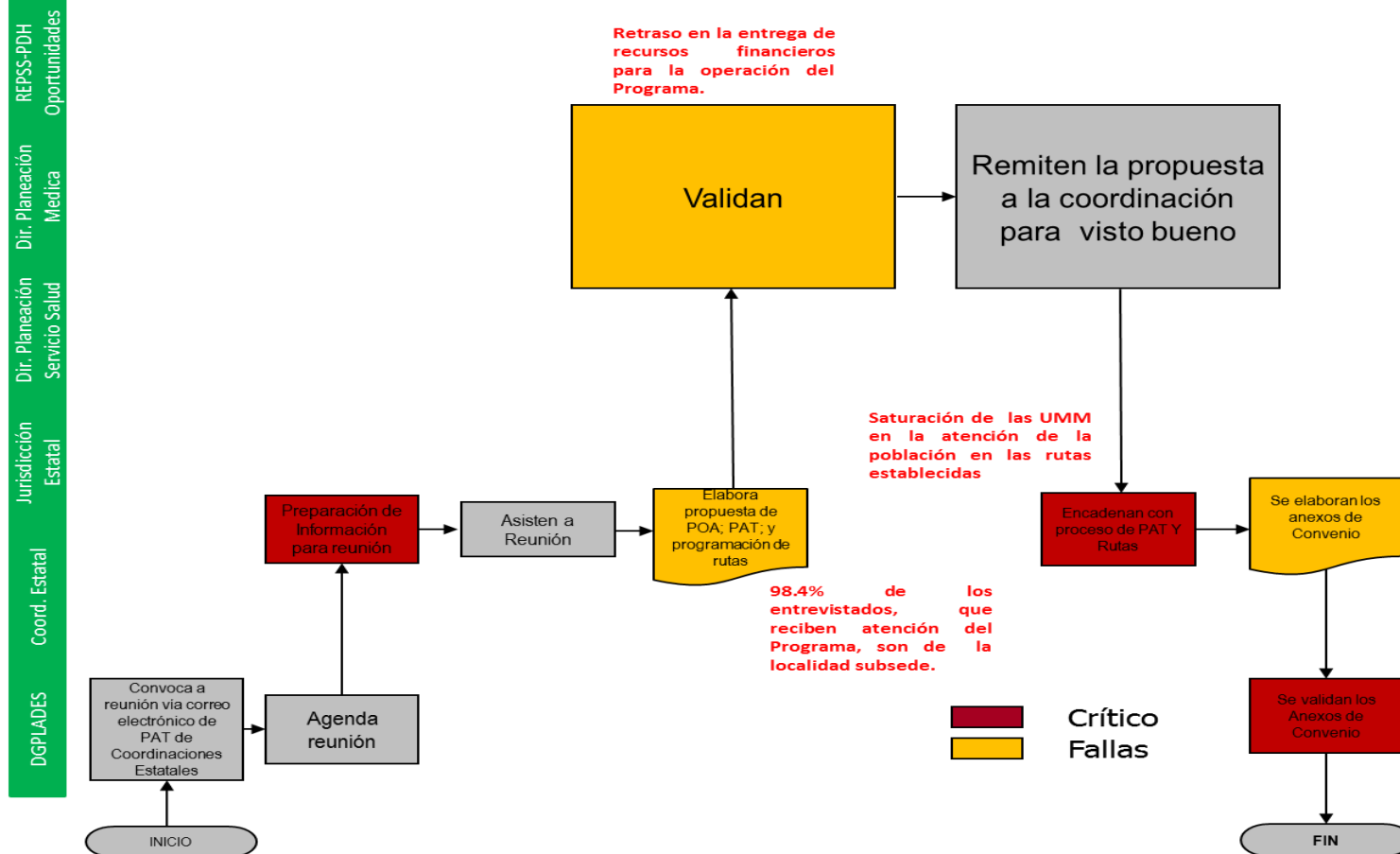
Problemática	Procesos							
	Planeación	Planeación de rutas	Difusión	Producción o compra de apoyos	Entrega de apoyos	Programa anual de trabajo	Seguimiento a beneficiarios	Supervisión
	Número de actividad del proceso con base en el diagrama de flujo							
Desabasto en la distribución y producción de insumos (gasolina, pruebas de laboratorio, mantenimiento de vehículos, plantas de energía en los vehículos, básculas, etc.)	5 y 6	-	-	5, 6, 8 y 9	6 y 7	-	-	-
Capacitación insuficiente (en temas relevantes como: prevención, promoción de la salud, interculturalidad, auxiliares de salud y	5 y 6	-	-	-	7 y 8	2, 3 y 4	-	-

Problemática	Procesos							
	Planeación	Planeación de rutas	Difusión	Producción o compra de apoyos	Entrega de apoyos	Programa anual de trabajo	Seguimiento a beneficiarios	Supervisión
	Número de actividad del proceso con base en el diagrama de flujo							
atención al paciente).								
Acceso y atención médica inadecuada por limitada pertinencia cultural	-	-	-	-	14 y 15	-	-	-
Promoción de la salud inadecuada e insuficiente, con base en las Reglas de operación.	-	-	-	-	10, 11 y 12	-	-	-
Elevados tiempos de espera para la atención	5 y 6	-	-	-	10	-	-	-

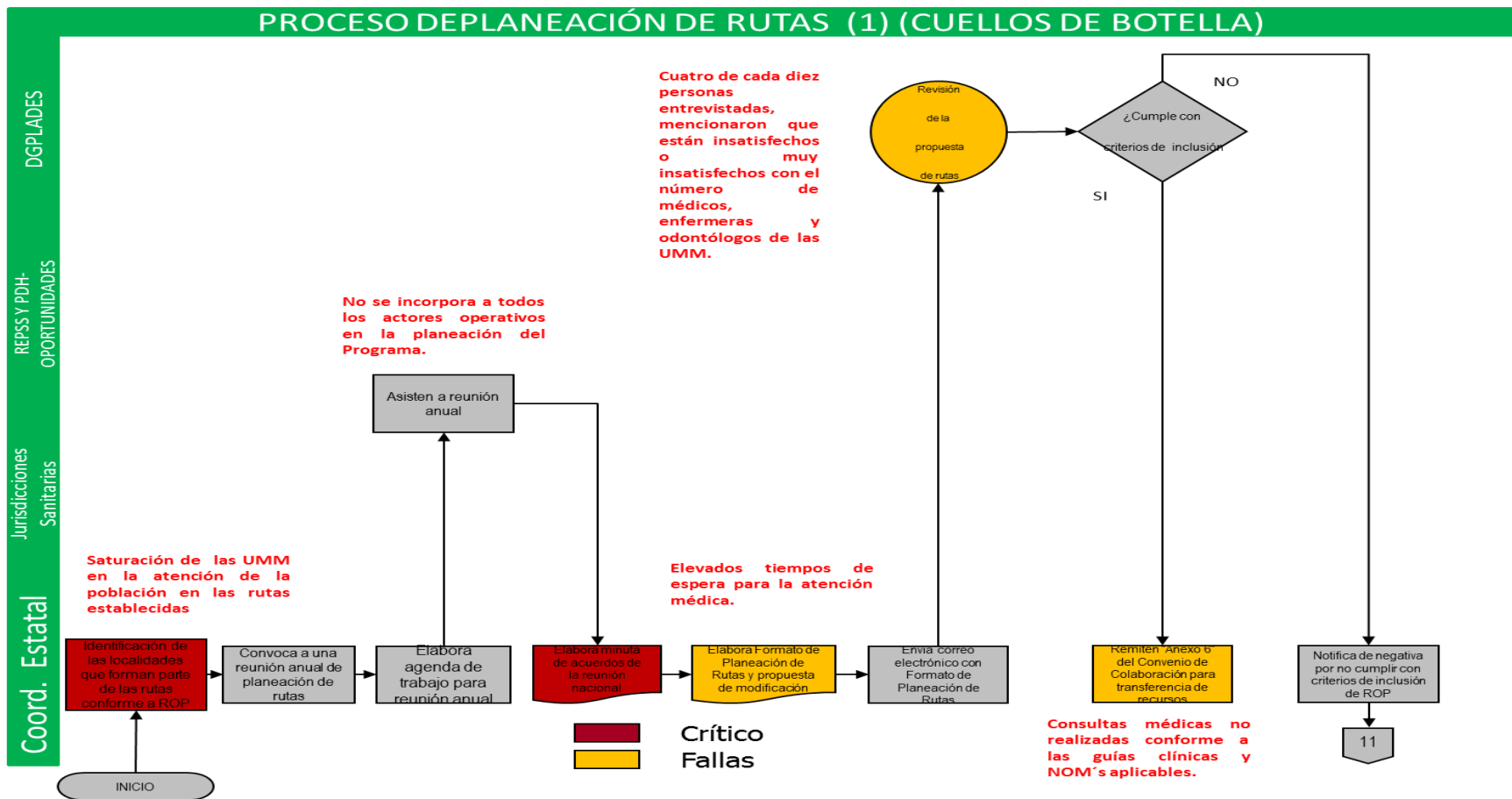
Problemática	Procesos							
	Planeación	Planeación de rutas	Difusión	Producción o compra de apoyos	Entrega de apoyos	Programa anual de trabajo	Seguimiento a beneficiarios	Supervisión
	Número de actividad del proceso con base en el diagrama de flujo							
médica								
Excesivo llenado de formatos de carácter administrativos y de gestión del personal de las UMM, solicitados por la JS y CE	-	-	-	8 y 10	11, 12, 13 y 14	-	-	6, 8 y 9
Supervisión en campo limitada por cargas administrativas del supervisor	-	-	-	-	-	-	-	4, 5, 8, y 10

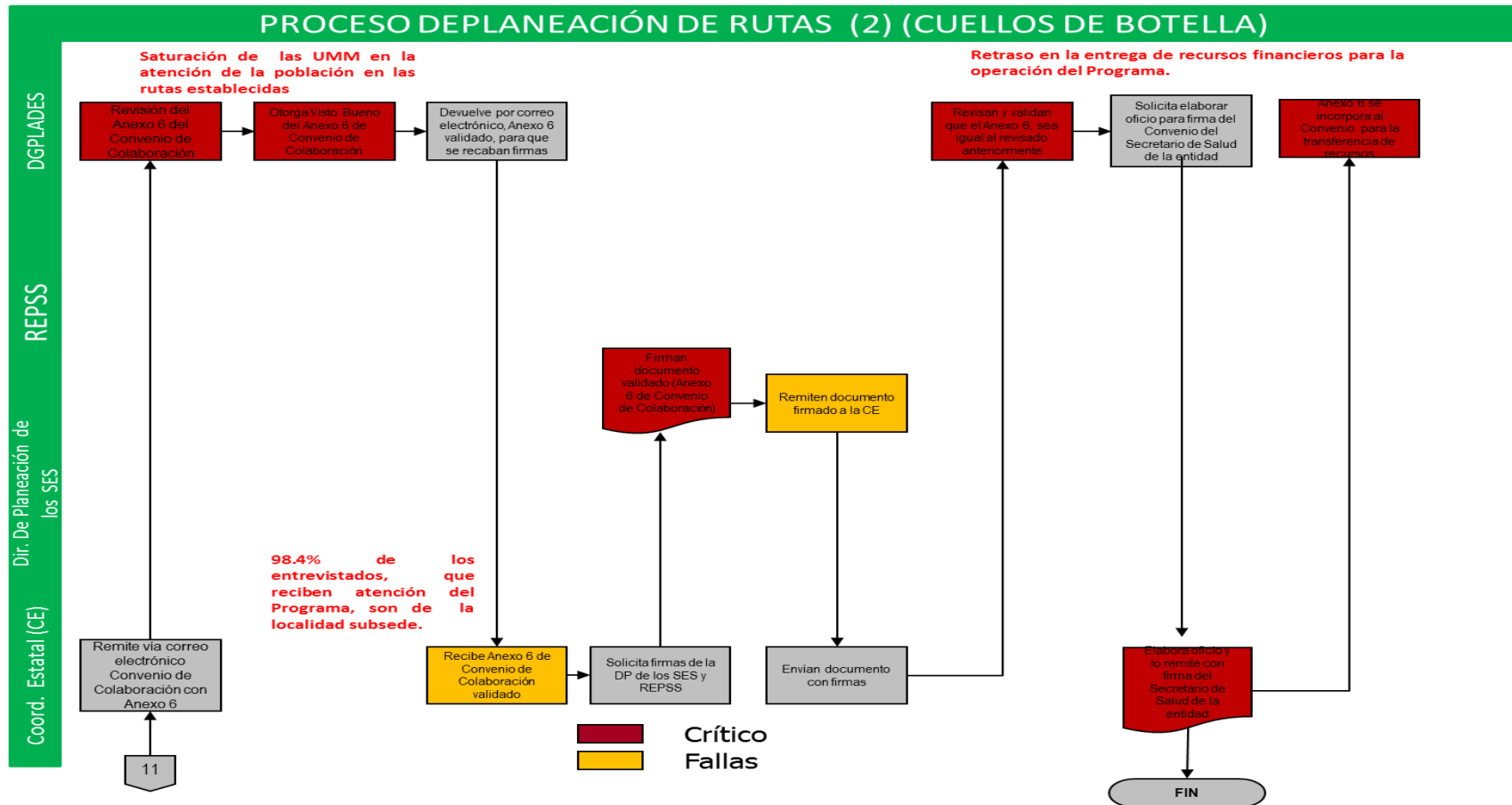
Problemática	Procesos							
	Planeación	Planeación de rutas	Difusión	Producción o compra de apoyos	Entrega de apoyos	Programa anual de trabajo	Seguimiento a beneficiarios	Supervisión
	Número de actividad del proceso con base en el diagrama de flujo							
Retraso en la entrega de recursos financieros para la operación del Programa	7	10, 11, 12 y 13	-	6 y 7	8	5 y 6	-	-
Atención Inadecuada de pacientes referenciados a segundo nivel	-	-	-	-	-	-	9, 10 y 11	-

## PROCESO DE PLANEACIÓN (CUELLOS DE BOTELLA)

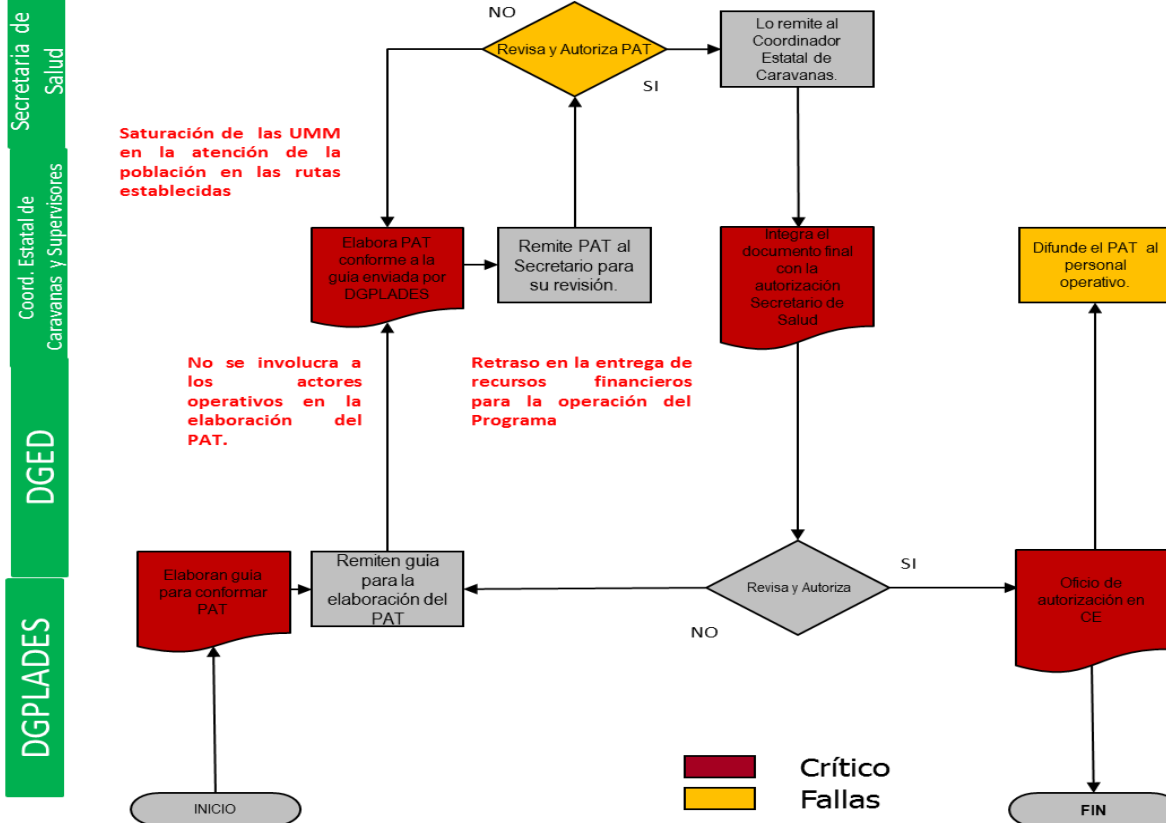


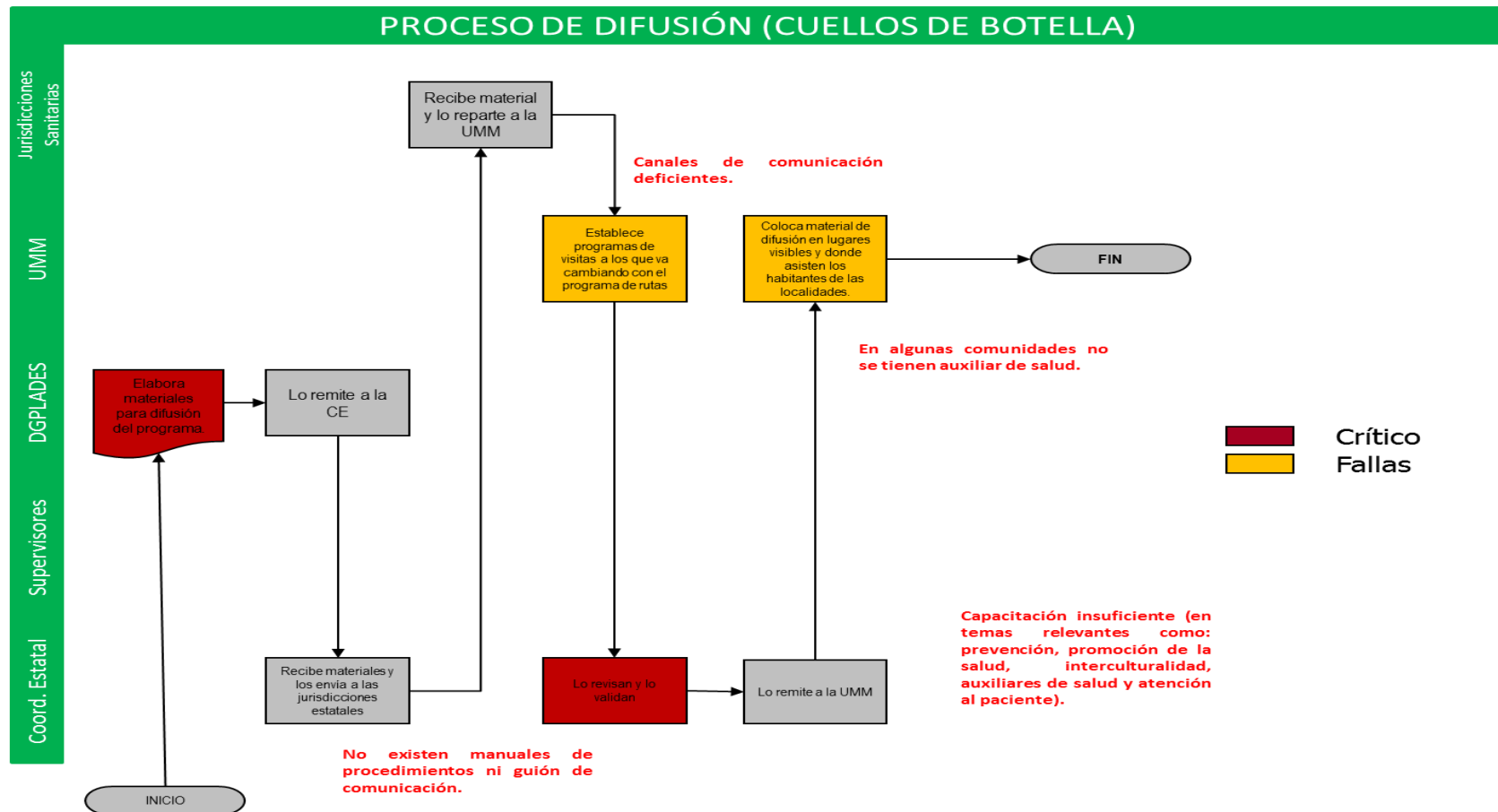




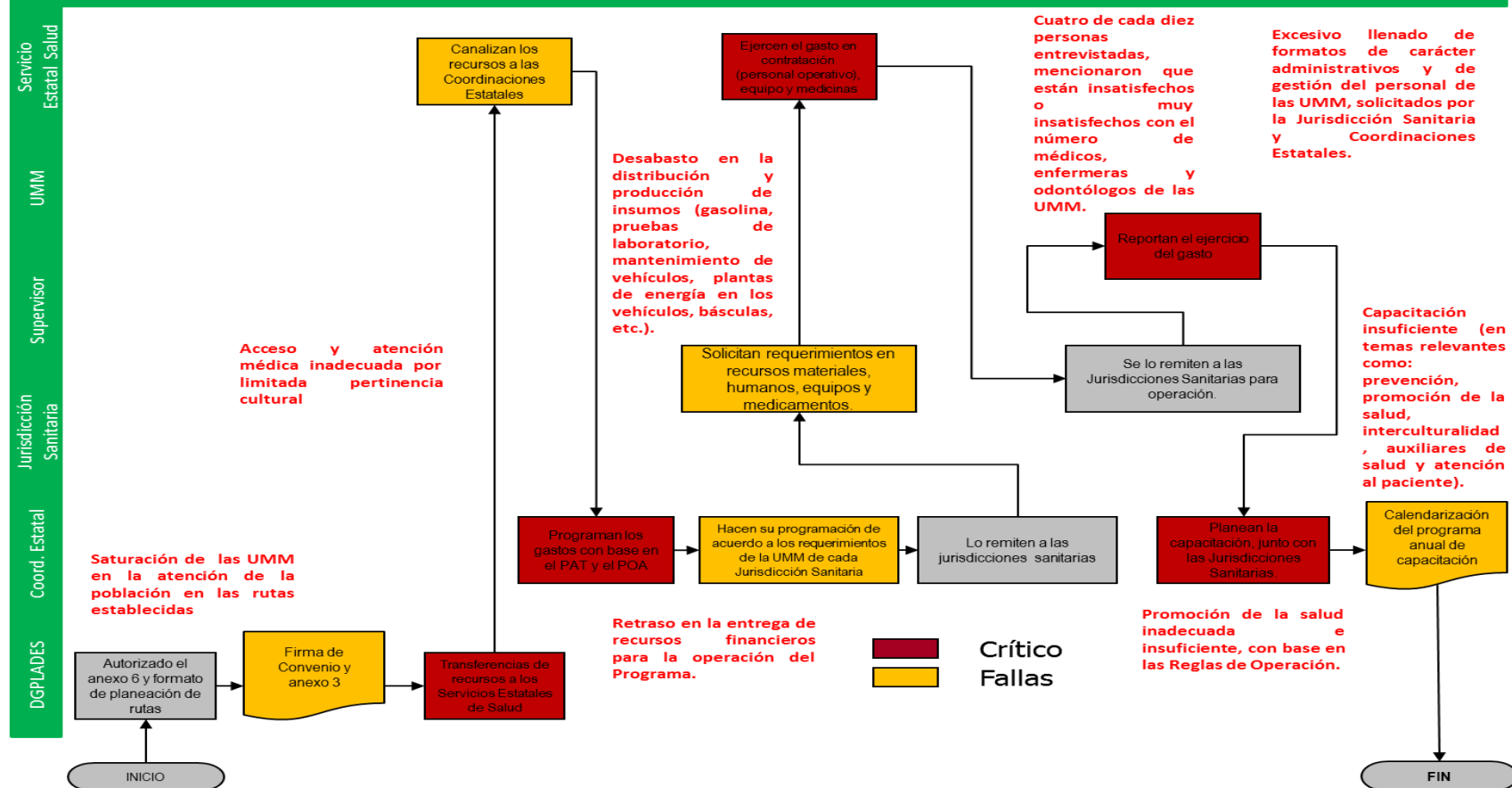


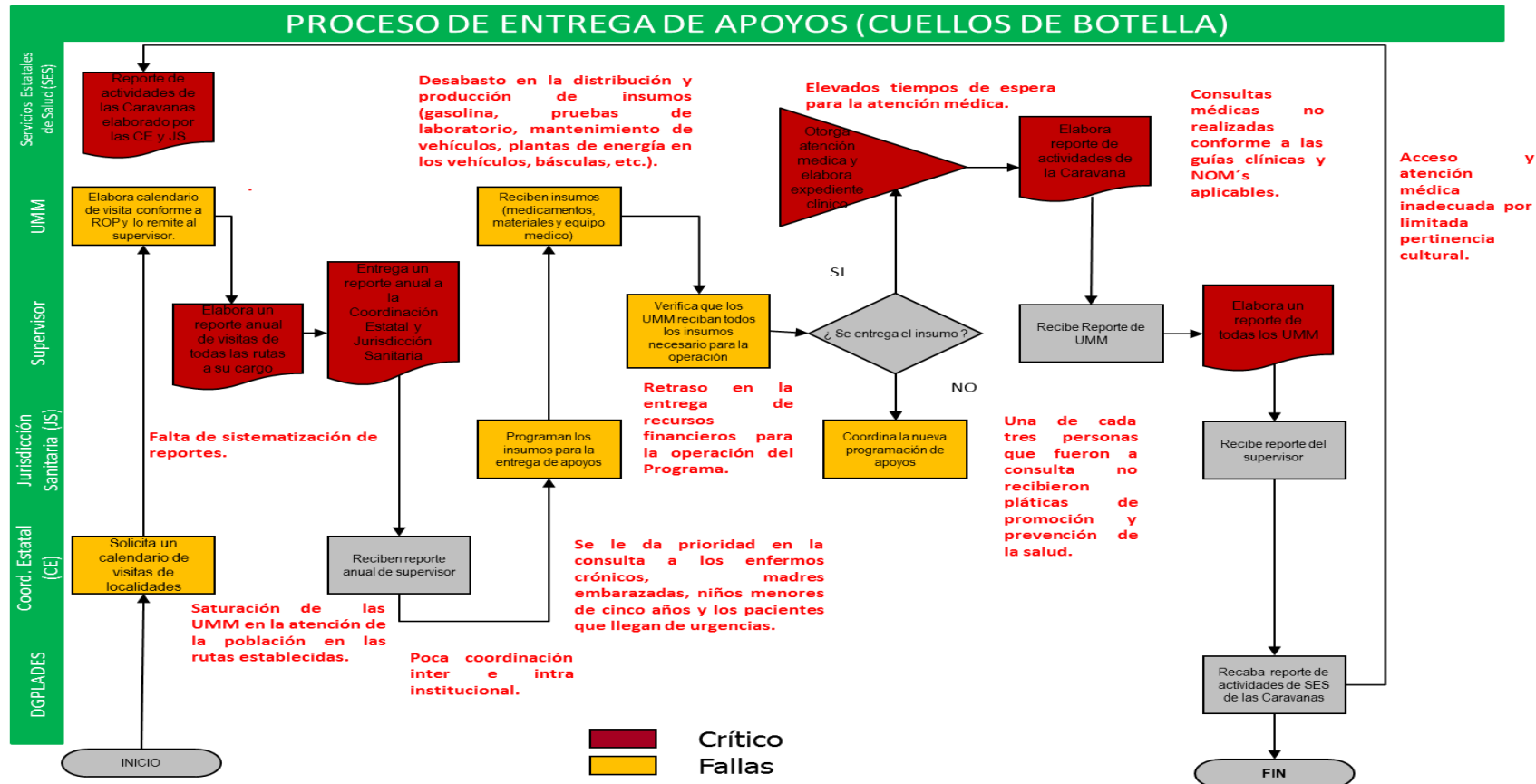
## PROCESO DE PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO (CUELLOS DE BOTELLA)



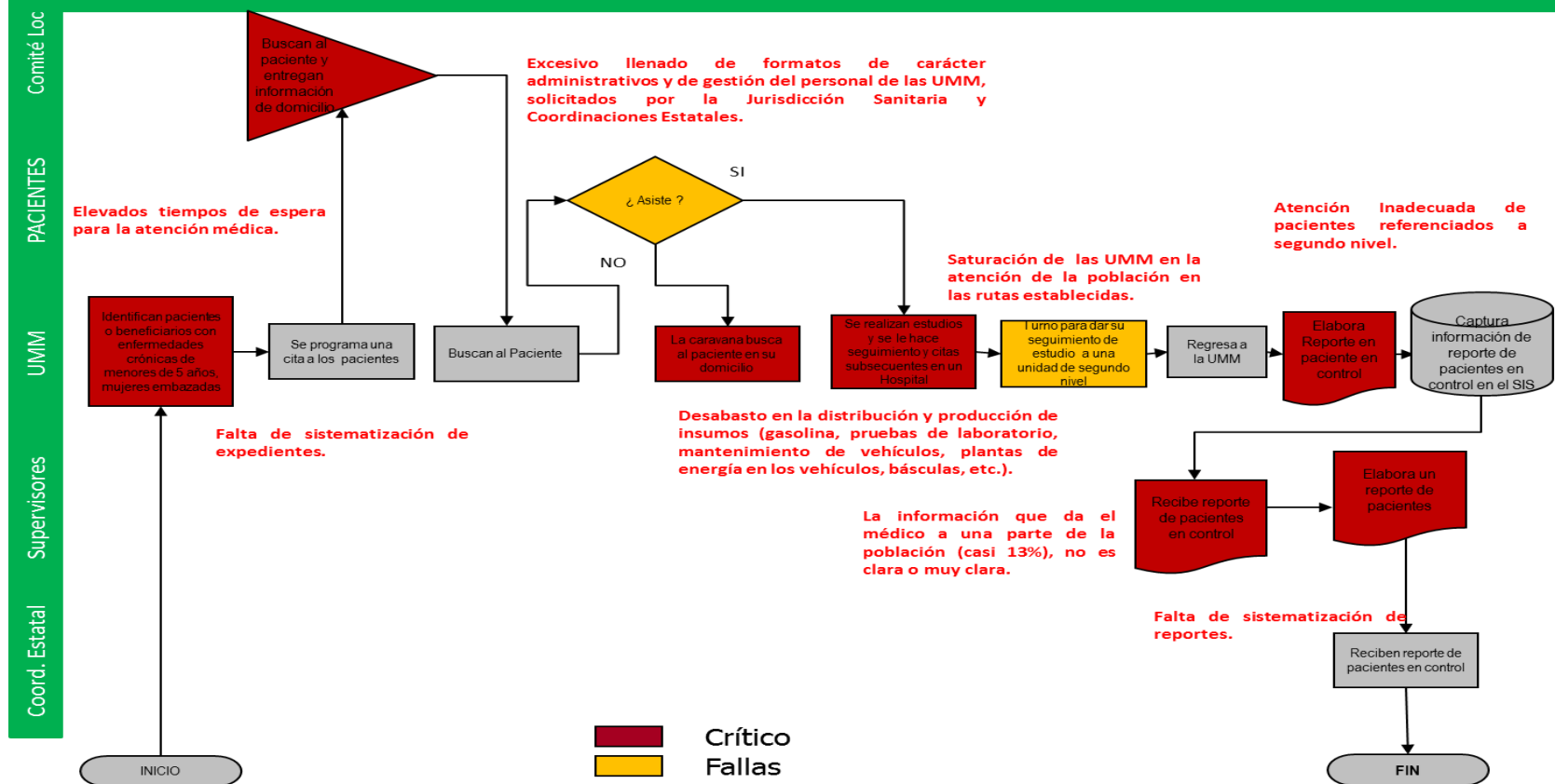


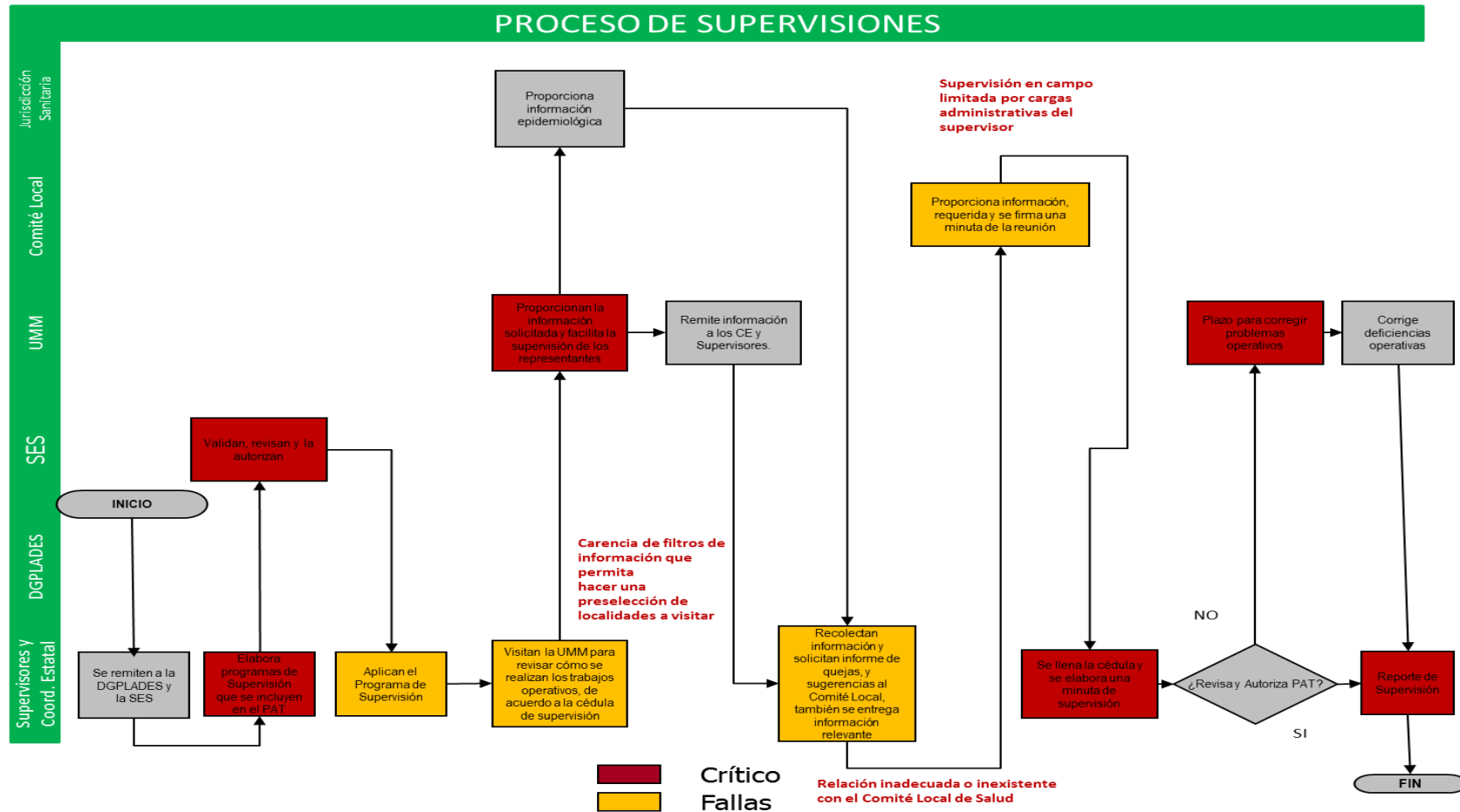
## PROCESO DE PRODUCCION DE APOYOS (CUELLOS DE BOTELLA)





## PROCESO DE SEGUIMIENTO A BENEFICIARIOS (CUELLOS DE BOTELLA)







### *Planeación de rutas*

En este proceso se encontraron algunas problemáticas importantes, que subrayan que existen pocas UMM para algunas rutas que cuentan con muchas localidades por atender, lo que demerita la calidad en el servicio de la consulta. Con ello, se identificó el cuello de botella denominado Saturación de las UMM en la atención de la población en las rutas establecidas.

En los grupos de enfoque, los actores manifestaron que la planeación que se realiza para las rutas de las UMM, no considera de manera correcta la orografía; el clima de las áreas geográficas y el crecimiento de la población de las localidades (la planeación se realiza con información del Censo de Población y Vivienda de 2010). Por lo que es necesario hacer una redefinición de rutas, o en su caso, con base en un diagnóstico, incorporar nuevas rutas para evitar que se pierda calidad en el servicio de salud a la población, principalmente en las rutas que tienen una población de 5 000 habitantes, con ello se incumplen las Reglas de Operación del Programa, en el punto 5.4.2. Criterios para el establecimiento de rutas, que señala textualmente lo siguiente:

Para el establecimiento de rutas de Caravanas de la Salud, las UMM tipo 0, I y II además de cumplir con los criterios arriba mencionados, se deberá sujetar a los siguientes requisitos:

- Una ruta de una UMM del Programa estará conformada al menos entre 7 y 15 localidades subsede o 1 500 habitantes (los habitantes totales se calculan de la suma de habitantes de las localidades subsede más la suma de habitantes que radican en las localidades satélite).

Es importante mencionar que la saturación del servicio a las personas que viven dentro de las localidades ubicadas en algunas rutas de las UMM, genera que no se otorgue la parte de la prevención y promoción de la salud para la población de las localidades, dando por resultado que en ciertas rutas no se cumpla con el objetivo específico del Programa, que dice “Promover la participación social y comunitaria para el desarrollo de una cultura de autocuidado de la salud, basado en la promoción, prevención, control y atención oportuna de enfermedades, que coadyuve a mejorar estilos de vida en las personas, las familias y comunidades”.

Otro problema que se presenta es la saturación de la atención de la población en las rutas, es que existen comunidades que se quedan entre 15 a 20 días sin servicio de atención de

salud, a eso hay que agregar las localidades satélites en las rutas de la caravana, que por lo regular no son atendidas.

También, las UMM se encuentran saturadas, lo que genera un incumplimiento de las Normas oficiales mexicanas referentes a la salud, debido a que no se abre un expediente por la prisa del paciente y por sus responsabilidades en los quehaceres del hogar y en lo alejado de su comunidad, así como la revisión de acuerdo a dichas normas.

#### *Programa anual de trabajo*

La revisión al proceso del Programa anual de trabajo presenta como resultado algunas problemáticas que se detectaron en los grupos de enfoque, entrevistas y otras evidencias documentales del Programa. Entre las principales problemáticas que se encontraron, están:

- No todos los actores contribuyen en la construcción de las metas
- Establecer indicadores que permitan medir el cumplimiento de los objetivos del Programa (a nivel de componentes y actividad)
- Es poco clara la metodología para la construcción de metas
- Se presentan errores en la programación, debido a que en los primeros 4 a 5 meses del año, no se tienen recursos para pagar los sueldos del personal de las UMM.

Las anteriores problemáticas, generan en cierto sentido, el cuello de botella (retraso en la entrega de recursos financieros para la operación del Programa).

#### *Proceso de difusión*

La revisión del proceso de difusión llevó a hacer un análisis de los canales de comunicación que se presentan a la población de las localidades de las rutas del PCS, con el propósito de que tengan el conocimiento a quién debe atender dicho Programa; pero los comentarios en las entrevistas a los beneficiarios y las sesiones de los grupos de enfoque con personal de las UMM, señalan que la difusión es insuficiente.

Sin embargo, la comunicación se ve limitada para la retroalimentación de sus acciones al no contar con más vías que permitan la atención oportuna y también porque no existe una guía o manual de procedimientos de la difusión, en el que se establezcan estrategias de difusión para la población que permita que la población se entere de los calendarios de visita a las localidades por parte del Programa de Caravanas de la Salud.

Por otro lado, con respecto a los mecanismos de difusión del Programa, los resultados de la entrevista general aplicada a la población atendida<sup>6</sup>, y que forma parte de esta evaluación, arrojaron que sólo 6.3 % de los beneficiarios conocieron la atención de Caravanas a través de la difusión que hace el Programa; y el mecanismo más efectivo para comunicar sobre las visitas de la caravana, fue mediante el Comité Local de Salud, en el que 62 % de los entrevistados respondieron que se enteraron por el Comité de las visitas del Programa a su comunidad.

Cabe resaltar que 3.2 % de los entrevistados de la población beneficiada por el Programa, tuvo conocimiento de los días que asiste la caravana a su comunidad, a través del calendario de visitas, por lo que habrá que revisar la efectividad de este medio, en poblaciones marginadas y con una proporción importante de población indígena. Otro dato importante es el referente a que al 27 % de la difusión de la visita del Programa a la comunidad se realizó mediante el personal de salud.

La otra observación se enfoca en el mensaje de promoción y captación de los beneficiarios del Programa, pues éstas son percibidas por la población de las localidades, en que sólo se atiende a las personas que están afiliadas al Seguro Popular o beneficiarias del Programa de Oportunidades, ya que se observó un sesgo hacia características que no corresponden al Programa, es decir, con frecuencia se tiene por parte del beneficiario, una percepción errónea sobre la caravana. Esto podría deberse a problemas en la difusión del Programa, debido a que no es lo suficientemente específico sobre la población que debe beneficiar, así como sus mecanismos para tales fines. La insuficiente claridad en el mensaje puede crear pérdida de expectativas en la atención que podrían traducirse en insatisfacción o incluso desconfianza hacia la caravana.

El problema de comunicación se extiende a lo largo de todos los procesos, pues se observó una insuficiente coordinación desde la promoción del Programa hasta la atención de la población. Esto puede tener como resultado de que los instrumentos normativos no son lo suficientemente claros y precisos, por lo que presentan dudas, incluso dentro de los diferentes programas de los Servicios estatales de salud de las entidades federativas, lo que ha generado confusión en la población de las comunidades. Además, la rotación del personal en algunas rutas de las caravanas acentúa el problema, pues incide en una insuficiente capacidad de respuesta, principalmente por aspectos relacionados con la

---

<sup>6</sup> Véase Anexo VII Cuestionario de Salida

interculturalidad, las costumbres de los habitantes de las localidades y la preferencia de la medicina tradicional y las parteras sobre el personal de las UMM.

Las escasas directrices de difusión contenidas en las ROP no se traducen en la formalización de un instrumento o en lineamientos específicos que incorporen una definición de responsables para cada etapa del proceso, objetivos y contenidos específicos para la correcta difusión del Programa, así como las distintas acciones de promoción de la salud en atención primaria, salud bucal y planificación familiar. Este vacío representa la imposibilidad de definir indicadores y metas que permitan garantizar y atribuir a la difusión aspectos tales como:

- Concurrencia de beneficiarios de localidades sede y satélite.
- Efectos de las campañas informativas, principalmente en manejo de enfermedades diarreicas, control natal, infecciones respiratorias agudas, control de enfermedades crónico-degenerativas, etc.
- Atención oportuna ante eventos contingentes y climatológicos.
- Cambios en el itinerario de atención, que afectan la planificación de la atención con efectos en la calidad y el seguimiento de beneficiarios.

Por otra parte, no se encontró evidencia de una definición suficiente de los canales de difusión en torno al Programa, específicamente en lo que se refiere a las Jurisdicciones sanitarias, las UMM y Supervisores. Al respecto, sólo se identificó la operación de altoparlantes por parte de los Comités Locales de Salud, para dar aviso de la visita de la UMM a la localidad. Si bien es deseable la integración de la comunidad a la difusión del Programa, esta responsabilidad debe mantenerse fundamentalmente, como una acción institucional regulada por el Programa y desarrollada con el personal, capacidades y recursos propios.

#### *Proceso de producción y distribución de apoyos*

Un proceso importante para la generación de los apoyos del Programa es la producción y distribución. Este proceso cuenta con diferentes problemáticas que presentan cuellos de botella que repercuten en otros procesos, principalmente, el de la entrega de apoyos. Para este caso, se identificó el cuello de botella denominado: *Desabasto en la distribución y producción de insumos (gasolina, pruebas de laboratorio, mantenimiento de vehículos, plantas de energía en los vehículos, básculas, etc.).*

Dentro de los grupos de enfoque con personal de las UMM, manifestaron una serie de problemáticas centradas en los siguientes aspectos:

- Falta de insumos de laboratorio (como toma de hemoglobina).
- No se tienen basculas para pesar de que se tienen pacientes que son los niños menores de cinco años y madres embarazadas.
- Medicamento con fechas próximas a caducar.
- No todas las unidades tienen servicio de telemedicina.
- Equipos de la UMM que están descompuestos y que tienen mucho tiempo sin funcionar.
- No se da mantenimiento a los vehículos en los tiempos que se recomienda (cada 5 000 kilómetros).
- No se tiene claro los temas que se abordan en las pláticas de promoción (algunos promotores hablan de 40 temas de salud, planificación familiar, salud bucal, cáncer, talleres de oportunidades, complementos alimenticios; hipertensión arterial; diabetes; otros sobre temas de las causas de mortalidad y morbilidad de la localidad y enfermedades del embarazo).
- No se cuenta con computadoras e impresoras, la mayoría de los médicos son dueños de su computadora.
- Las camionetas de las UMM fallan constantemente, y las llevan a talleres que realizan un trabajo deficiente.
- Una parte importante de camionetas traen una planta de energía eléctrica que está descompuesta.
- Escasa distribución de la gasolina para las UMM, así como la entrega de vales de estaciones de gasolina que se encuentran en las localidades donde está la Jurisdicción sanitaria y no en las comunidades de la ruta de la caravana.
- El compresor de la camioneta no sirve para los trabajos odontológicos.
- Falta de planeación en la entrega de medicamentos a las UMM, no se basa con relación a los expedientes, muchas veces la Jurisdicción sanitaria los otorga por cuotas a cada UMM, sin verificar las enfermedades de la población de las rutas de las caravanas.
- Renovar los vehículos en las rutas con problemas de orografía, de difícil acceso y clima, para adaptar los vehículos a la orografía (tipo I y debe ser 4 x 4) y a los caminos de las localidades.
- Retraso de pagos del personal de las UMM hasta cuatro a seis meses.
- Falta de baterías en las UMM.

- Capacitación insuficiente del personal de las UMM (lengua indígena, atención al paciente, conocimiento de las costumbres de la región, pláticas de promoción y prevención de la salud).
- Capacitación insuficiente del Comité Local de Salud.

En el tema de la promoción de la salud (inadecuada e insuficiente) y con base en lo señalado en los grupos de enfoque y en las entrevistas realizadas en campo, se identificó que existen ciertas problemáticas para realización de acciones de promoción de la salud, que obstaculiza la entrega del servicio. El cuello de botella es el de promoción de la salud inadecuada e insuficiente, con base en las Reglas de operación.

De acuerdo a la Carta de Ottawa,<sup>7</sup> la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. En este sentido, su acción se dirige a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan desarrollar a la población su salud. En el mismo documento se establece como condiciones necesarias para la promoción de la salud:

- La creación de ambientes favorables
- El reforzamiento de la acción comunitaria
- El desarrollo de las aptitudes personales
- La reorientación de los servicios sanitarios

Además, la NOM-031-SSA2-1999 define como promoción de la salud, al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

Al respecto, las ROP del Programa establecen que las actividades del componente de prevención y promoción de la salud se realizarán con base en algoritmos establecidos por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Para ello, se tiene presente que

---

<sup>7</sup> Emitida por la Conferencia internacional sobre la promoción de la salud en la ciudad de Ottawa, Canadá, el día 21 de noviembre de 1986.

los servicios de salud de la estrategia nacional han sido consensuados con las instituciones del sector salud y conforman un paquete garantizado de servicios de promoción y prevención dirigido a las personas y a las familias, con el fin de lograr una mejor salud, mediante la integración de las mejores prácticas para evitar o retardar la aparición de las enfermedades que amenazan hoy en día a la población de nuestro país.

En este sentido, la operación de las acciones de promoción de la salud que el Programa emprende, recae en el promotor de salud polivalente, que según las ROP estará encargado de:

- Visitar las localidades de acuerdo a la programación mensual autorizada.
- Promover la organización y participación comunitaria.
- Brindar información a la comunidad.
- Desarrollar campañas de salud a nivel comunitario.
- Realizar levantamientos de censos nominales.
- Coadyuvar en las acciones de prevención y promoción de la salud.
- Participar en la referencia a los pacientes que requieran atención a las unidades de salud (fijas o móviles).
- Detección de riesgos epidemiológicos.

No obstante, en las distintas visitas a las UMM, se pudo constatar que las actividades antes descritas no se cumplen parcialmente. En algunos casos, el promotor de la salud desarrolla otras actividades no asociadas con sus funciones definidas en las ROP ni con la promoción de la salud, (por ejemplo, montar y desmontar la antena en la unidad de telemedicina y entregar medicamento a pacientes). En otros casos, los promotores de salud emprenden acciones de promoción de la salud como pláticas de salud sexual en escuelas preparatorias o juegos que promueven la actividad física e ilustran sobre problemas de salud relacionados.

De igual forma, algunos promotores de salud mantienen una estrecha relación con la comunidad y promueven su participación; en otros casos, los usuarios ni siquiera identifican al promotor.

Por otra parte, se pudo observar que las acciones específicas de promoción de los grupos de interés epidemiológico (mujeres embarazadas, niños menores de 5 años y pacientes con diabetes e hipertensión), se realizan (cuando se realizan) de acuerdo con la habilidad y

el perfil profesional del promotor de la salud y no necesariamente recoge lo estipulado en las guías clínicas.

Además, se constató en las visitas de campo, que no existe un programa de promoción que permita la sistematización de contenidos y estándares de las acciones de promoción, así como el establecimiento de metas para las mismas.

De lo anterior puede inferirse que el Programa no tiene una claridad operativa en el concepto y definición de la promoción de la salud, así como de parámetros y criterios homogéneos de las acciones de promoción de la salud que permita al personal encargado sistematizar las acciones correspondientes. Esto provoca una variabilidad en cuanto al tipo y contenido de las acciones emprendidas por los promotores de la salud y sobre todo, no queda claro que se logre un objetivo en salud con estas acciones.

#### *Proceso de entrega de apoyos (solicitud de apoyos)*

El Programa de Caravanas de la Salud entrega los siguientes apoyos a toda la población que vive en las localidades de la ruta del Programa a los afiliados, conforme al punto 5.8 Características de los apoyos, de las Reglas de operación del año 2013 y que son:

- Los beneficiarios no afiliados al SPSS o inscritos al Programa Oportunidades tienen dos tipos de apoyos: acceso a las 128 intervenciones médicas del Catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), así como a las acciones de promoción y prevención de la salud de la Estrategia nacional con perspectiva de género.
- Los beneficiarios del Programa afiliados al Sistema de protección social en salud (SPSS) también reciben los apoyos siguientes: acceso a las 128 intervenciones médicas del CAUSES, además de las acciones de promoción y prevención de la salud según capacidad resolutoria de las UMM del Programa. Asimismo, podrán acceder a todo el Régimen estatal de protección social en salud (REDESS) y obtener todas las intervenciones del CAUSES en unidades de diferente capacidad resolutoria que cumplan con las disposiciones que en materia de protección social en salud estén estipuladas en la Ley general de salud.

De acuerdo a lo señalado en los grupos de enfoque, el personal de las UMM mencionaron que existen problemas operativos para la entrega de los apoyos del Programa de Caravanas de la Salud, que se centra en que no existen criterios homogéneos para la impartición de pláticas de promoción y prevención de la salud, ya que en algunos casos se



presenta mediante la participación de la población. Otra forma es a través de la lengua indígena, en algunas rutas las pláticas se realizan con trabajos manuales y preguntas, y otras con cartulinas.

Por otra parte, se detectó en el trabajo de campo, que los expedientes clínicos se resguardan en cajas o archiveros en las casas de salud de las comunidades, que pueden perderse; inclusive, en caso de que exista una inundación o desastre natural, también existe la posibilidad de que puedan destruirse.

Otro problema frecuente es el tiempo de espera para ser atendido en la consulta, que en promedio fue de 125 minutos, de acuerdo a los resultados de las entrevistas a aquellas personas que recibieron el servicio en las localidades de la ruta de la caravana. Sin embargo, el personal de la UMM señaló, en los grupos de enfoque, que para otorgar un servicio de calidad, es necesario cumplir con una Norma oficial mexicana de salud, como abrir el expediente, hacer la revisión de rutina y la exploración de acuerdo a dicha norma, entre otros.

Además, los médicos de la UMM, les dan prioridad a los pacientes de urgencia, a las madres embarazadas y a los niños menores de cinco años. También, en los grupos de enfoque se mencionó que la calidad técnica no es la adecuada, debido a que se llenan muchos formatos para las Coordinaciones estatales y las Jurisdicciones sanitarias, y eso resta tiempo para dar una consulta de calidad. Conforme a la identificación de cuellos de botella, se determinó que existen *Elevados tiempos de espera para la atención médica*.

También se pudo identificar que el prolongado tiempo de espera en las caravanas provoca que se atienda a menos gente de la que debería, ya que los pacientes se van, y ya no están dispuestos a esperar. En este sentido, se detectó que el tiempo de espera promedio de las caravanas es mayor a dos horas, mientras que en otras instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), dicha medición no supera los 45 minutos.

Por otra parte, el tener mucha gente en espera presiona al médico a no seguir todas las etapas del procedimiento de la consulta, como el llenado de expediente y otros formatos médicos, lo que demerita la calidad de la atención, ya que al llenar los formatos con posterioridad, se pierde información relevante.

Aunque no existe una Norma oficial mexicana (NOM) que establezca parámetros para el manejo de la consulta médica ambulatoria, estos se pueden inferir a partir de otras NOM y las guías de práctica clínica. Cabe mencionar que no existe un marco definido que regule los temas de calidad en cuanto la atención médica, y tampoco en lo referente a la consulta; sin embargo, dada la existencia del programa SICALIDAD, se pudo comparar los tiempos de espera en el Programa y el promedio nacional. En 2006, el primer nivel de atención clínica fue de 23.81 minutos (SICALIDAD), mientras que en las unidades médicas móviles el tiempo de espera fue superior a dos hora en promedio, de acuerdo a las entrevistas a la población.

Un motivo por el cual no se brinda una atención adecuada, es que las UMM no cuentan con los materiales estipulados en la NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Tanto en las visitas de campo, como en los grupos de enfoque, se evidenció que algunas UMM no contaban con los insumos mínimos ni el material necesario; como ejemplo, se comentó la carencia de báscula para bebé, ello implica que no se pueda dar un seguimiento cabal a las guías de práctica clínica (ss-119-08), que establece los requisitos para la correcta atención médica de los menores de 5 años. De igual forma se registró el desabasto de insumos para la realización de pruebas de química seca, lo que representa una complicación para un diagnóstico adecuado del paciente diabético.

Otro hallazgo relevante es la falta de vinculación que existe entre los programas de capacitación y manejo del equipo, así como con la interpretación de los datos para obtener un mejor diagnóstico. En campo se pudo observar que aunque se contara con el equipo necesario y el personal calificado para operarlo (ultrasonido Doppler), no se encuentra capacitado para interpretar los resultados del mismo.

Aunque la NOM-004-SSA3-2012 establece que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de carácter público, social y privado, estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico, en las observaciones realizadas en campo y en los talleres de grupos focales, se pudo identificar que no siempre se cumple con esta disposición, en gran medida, por la carga laboral de las UMM. De acuerdo a lo anterior, se determinó el cuello de botella: *Consultas médicas no realizadas conforme a las guías clínicas y NOM aplicables.*

Adicionalmente, se pudo constatar que en algunos casos se prioriza la integración del expediente clínico a grupos de interés epidemiológico (menores de 5 años, mujeres

embarazadas y pacientes con enfermedades crónico-degenerativas) o a pacientes cuyos padecimientos requieren de referenciación a un nivel superior de atención médica-hospitalaria.

Durante la visita a campo se mencionó reiteradamente la falta de coordinación intrainstitucional para el cumplimiento de los mecanismos de interconsulta, principalmente en la referenciación de pacientes a un nivel superior de atención. En este sentido, no se puede garantizar que el beneficiario reciba la atención solicitada. De manera complementaria, al regresar el paciente a la UMM, no siempre se integraba con lo realizado en ese nivel de atención al expediente clínico; de hecho, en la mayoría de los casos se abría otro expediente, lo que incumple los distintos lineamientos generales para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Por otra parte, la NOM-005-SSA2-1993, para los Servicios de planificación familiar, establece que la prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta; sin embargo, de acuerdo con lo encontrado en las visitas de campo, esta actividad no siempre cumple con la sistematización antes señalada.

Otra problemática importante, de acuerdo al personal de las UMM, indica que la consulta médica lleva mucho tiempo, y la población se desespera porque tienen otras ocupaciones o su comunidad queda alejada de donde está la caravana.

También el personal de las UMM mencionó que los formatos a llenar son demasiados, por ejemplo, cuando hay que revisar a los enfermos crónicos, hacer el censo de salud, llenar la hoja de las mujeres embarazadas; todo esto se lleva aproximadamente más de 40 minutos por consulta. Además, están los formatos de entrega del Seguro Popular (con folio y una hoja diaria de inicio), así como los beneficiarios del Programa Oportunidades (seguimiento, suplemento alimenticio). En resumen, las cargas de trabajo del personal de las UMM de las caravanas, demerita la calidad de la atención.

En los grupos de enfoque se detectó que los médicos tienen que llenar una serie de formatos de gestión (informes no relacionados con la atención clínica dirigidos a la jurisdicción sanitaria y a la coordinación de Caravanas) que disminuye el tiempo disponible para la atención médica y entorpecen el seguimiento riguroso de los procedimientos de las guías de salud y NOM inherentes a la consulta médica.



Cabe señalar, que las pláticas en promoción y prevención de la salud, mejorarían la cultura y educación en temas de salud a la población. No obstante, por el número elevado de personas que tienen que atender en las comunidades de la ruta, muchas veces no es posible realizar dichas pláticas. Esto ayudaría a disminuir las consultas y haría que la población tuviera prevención respecto a muchas enfermedades.

Dentro de lo relacionado con la interculturalidad se tiene el problema de que muchas veces ninguna de las personas que integran la UMM habla alguna lengua indígena, por lo que es difícil la comunicación con la población monolingüe en el momento de la consulta; entonces es necesario adecuar el Programa a la cultura y costumbres de la población indígena para dar una atención de calidad.

Existe el problema de la poca coordinación con otros programas de los Servicios estatales de salud o servicios de atención, como con los Centros de salud, que la mayoría de las veces le dan prioridad a la población de su localidad donde están ubicados. Además, el centro de salud cobra el servicio o cuota (de acuerdo con el Comité Local de Salud, se hace un cobro para costear los gastos del centro de salud, que va de los \$ 20.00 la consulta y hasta \$ 500.00 si es una emergencia, y depende del Acuerdo que tengan en la comunidad y el municipio). Es importante señalar que está muy marcada el área de influencia del centro de salud, lo que satura la atención de las Caravanas, ya que la población que no es recibida por los Centros de salud, se va a la UMM.

En cuanto a los problemas de acceso, se tienen los horarios de las Centros de salud. Por lo regular, tienen un horario fijo y las personas tienen que obtener una ficha, y muchas veces hay población que acude de rancherías o comunidades que se localizan de 6 a 8 horas de camino, por lo que ya no alcanzan dicha ficha, y buscan ser atendidos por el Programa de Caravanas, lo que hace que se sature la atención.

#### *Proceso de seguimiento a beneficiarios*

Con relación a las principales problemáticas, se detectó mediante los grupos de enfoque del personal de las UMM, que faltan elementos suficientes en el seguimiento adecuado de los pacientes en las fichas clínicas, interrogatorios, diagnóstico, notas de referencia y traslado.

Por otra parte, los pacientes que son enfermos crónicos, madres embarazadas y niños menores de 5 años, ya no regresan a su seguimiento, debido a las costumbres de la

población de la región y a la cultura (machismo) de los habitantes de las localidades, las mujeres por no ser revisadas por el médico, además de la fe que tienen en la medicina tradicional.

Otro factor importante es lo señalado anteriormente, en cuanto a los tiempos de espera, ya que los llenados de las fichas clínicas y expedientes hacen que la consulta llegue a los 40 minutos en promedio, lo que complica el seguimiento a los beneficiarios.

#### *Proceso de supervisiones*

Uno de los procesos más importantes para mejorar la operación del Programa, es el de supervisiones, precisamente porque es un instrumento de retroalimentación para el personal de las UMM, y con ellos se pueden corregir deficiencias operativas.

De acuerdo a las entrevistas realizadas a los supervisores, personal de la UMM y de los comités de salud, no se encontró evidencia documental del cumplimiento a cabalidad del PAS, esencialmente por la carencia de insumos, personal y, sobre todo, por exceso de actividades administrativas para los supervisores.

Al respecto, se observaron distintas complicaciones en el cumplimiento de las cuotas de visitas a las localidades que exige el esquema actual de supervisión, al preguntar a los supervisores el tiempo que pasaron en campo realizando labores específicamente de supervisión. Estos respondieron que habían pasado un máximo de 5 días al mes, el resto de los días se dedicaban a conseguir materiales e insumos para las caravanas, llenando formatos administrativos y cargas administrativas de gestión de recursos financieros, por lo que se no se verifica el cumplimiento y disminuye la capacidad resolutive de la supervisión.

Además, los resultados de los grupos de enfoque mostraron que los supervisores tienen fuertes cargas administrativas que son ajenas a las labores de supervisión, dejando a un lado, los aspectos prioritarios de la detección de problemas operativos del Programa.

Se cuenta con un programa de supervisión cuya característica principal son las visitas a las localidades que atiende las UMM. Está contemplado un calendario y un esquema de asistencia a las comunidades, así como la supervisión se lleva a cabo aplicando un instrumento de registro de información con validez federal utilizado en procesos de certificación, lo que permite incorporar una gama de aspectos a observar durante la supervisión.

Sin embargo, no se encontró evidencia documental del cumplimiento del programa anual de supervisión, esencialmente por la carencia de vehículos, personal y exceso de actividades administrativas para los supervisores. Al respecto, se obtuvo evidencia de las complicaciones en el cumplimiento de la cuota de visitas a las localidades que exige el esquema actual de supervisión.

Además, no existen indicadores definidos con metas específicas de cumplimiento de la supervisión ni de los aspectos que mayor énfasis deberían tener dentro del proceso. Esta situación provoca que se diluyan los objetivos a los que se orientaría la supervisión. En este sentido, no se cuenta con una guía o manual que sistematice y estandarice las secuencia de actividades a seguir en el proceso.

Por otra parte, el vínculo entre los comités locales de salud y los supervisores, plasmado en el documento normativo, es débil y poco identificable en los hechos. En las visitas a campo, se pudo constatar la dificultad enfrentada para que los comités y supervisores desarrollen el proceso de manera conjunta y que se posibilite una retroalimentación que incida directamente en una mejora en los servicios que otorgan las UMM.

### **1.3.5 Medición de atributos de los procesos**

La revisión que realizó este equipo evaluador sobre la eficacia y suficiencia de cada uno de los procesos del Programa de Caravanas de la Salud, con base en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), se observa lo siguiente:

- Solamente los procesos de planeación, planeación de rutas, producción y distribución de apoyos y entrega de apoyos cuentan con indicador.
- Los procesos restantes no tienen ningún indicador que permita medir la eficacia y suficiencia.

### **Resultados por proceso**

A continuación se presentan los resultados de los indicadores por proceso en función de la lista de indicadores del Programa de Caravanas de la Salud.

#### *Planeación*

En el proceso de planeación se tiene un indicador en la MIR referente: *Total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el*

Programa. Este proceso es eficaz, porque cuenta con una meta que casi se cumple al 100 % y tiene los elementos mínimos para contar con el atributo de suficiencia para la generación de su producto.

### *Difusión*

De acuerdo con las entrevistas aplicadas a la población, se considera que la difusión es un proceso eficaz, debido a que tiene un cumplimiento de dicha meta en 100 %; no obstante, los resultados de dichas entrevistas demuestran que casi dos de cada tres personas que viven en las localidades de las rutas de las caravanas, se enteran del calendario de visitas, por medio de los Comités Locales de Salud, y no por la difusión que hace el personal del Programa.

El proceso de difusión cuenta con un indicador en la MIR, y tiene los elementos mínimos para cumplir con el atributo de suficiencia para la generación de su producto.

### *Producción y distribución de apoyos*

En cuanto a los atributos, el proceso de producción de apoyos es eficaz, ya que cuenta con un indicador en la MIR y metas que miden el cumplimiento de sus objetivos, que llegan cerca del 100 %. También es suficiente, ya que tiene los elementos mínimos para contar con el atributo de suficiencia para la generación de su producto.

### *Entrega de apoyos*

El proceso no tiene un indicador que tenga los elementos mínimos para cumplir con el atributo de suficiencia.

### *Planeación de rutas*

El proceso no cumple con los elementos mínimos para la suficiencia.

### *Programa Anual de Trabajo*

En este proceso, el equipo evaluador no encontró algún indicador para medir la eficacia. Además, los principales actores del Programa, que son el personal de las UMM, casi no participan en la elaboración del Programa anual de trabajo, ni tampoco en la construcción de las metas de los indicadores del PCS.



El proceso no tiene metas ni indicador y tampoco cuenta con los elementos mínimos para ser un atributo suficiente.

#### *Seguimiento a beneficiarios*

Tampoco existe un indicador para medir la eficacia del proceso, y que es importante por considerar el seguimiento a los enfermos crónicos, madres embarazadas y niños menores de cinco años.

#### *Supervisión*

No se consideran los atributos del proceso, ni se tiene un indicador que permita medir la eficacia y no se presentan la suficiencia.



**Cuadro 12. Atributos en los procesos del Programa de Caravanas de la Salud**

Atributo	Eficacia		Suficiencia		Otro
	Meta	% de cumplimiento	Elementos mínimos	Existencia (E) o no existencia (NE) E = 1 y NE = 0	Resumen narrativo del indicador
<b>Planeación</b>	Porcentaje del total de población que habita en comunidades aisladas y con alta marginación que es atendida por el Programa	Se tuvo un cumplimiento de este indicador de 98.39 % en el año 2012, cuando la meta era de 100 %.	Meta anual de población a atender	Existencia = 1	Reuniones para cumplir con el proceso de planeación.  Reuniones nacionales de planeación y evaluación para elaboración del POA y PAT, a nivel nacional.

<b>Planeación de rutas</b>	Porcentaje de localidades atendidas respecto de las localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso.	Se tuvo un cumplimiento en el resultado de este indicador de 98.67 % en el año 2012, cuando la meta era del 100 %.	Meta anual de localidades a atender. El indicador no es claro, debido a que no definen lo que es difícil acceso.	No existencia = 0	Localidades que son incorporadas en las rutas y que cumplen los criterios establecidos en las Reglas de Operación.  Localidades atendidas por tipo (sede, subsede y satélite)/total de localidades con alta y muy alta marginación y en municipios con bajo IDH
<b>Difusión</b>	Porcentaje de servicios de promoción y prevención realizados con respecto a los programados.	Se tuvo un cumplimiento en el resultado de este indicador de 102.00 % en el año 2012, cuando la meta era del 100 %.	No se explica la metodología de construcción respecto a lo programado.	Existencia = 1	Productos de la difusión.  Pláticas impartidas sobre promoción y prevención de la salud a la población atendida por las UMM / total de población atendida

<p><b>Distribución y producción de apoyos</b></p>	<p>Porcentaje de personal de salud capacitado de forma específica para el programa.</p> <p>Porcentaje de unidades médicas móviles en operación y totalmente equipadas que cuentan con equipo itinerante completo y capacitado.</p>	<p>Se tuvo un cumplimiento en el resultado de este indicador de 100.4 % en el año 2012, cuando la meta era del 100 %.</p> <p>Se tuvo un cumplimiento en el resultado de este indicador de 98.55% en el año 2012, cuando la meta era del 98.65 %.</p>	<p>Existe un registro de producción y compra.</p>	<p>Existencia = 1</p>	<p>Faltaría indicar algunos insumos, como son medicamentos, material de curación y médico, y pruebas de química seca.</p>
<p><b>Entrega de apoyos</b></p>	<p>Porcentaje de servicios de atención médica ambulatoria realizados con</p>	<p>Se tuvo un cumplimiento en el resultado de este indicador de 93.89 % en el año</p>	<p>No se tiene un registro de entrega de apoyo a</p>	<p>No existencia = 0</p>	<p>Atención por grupo de interés; tipo de atención (conforme a CAUSES) y por entrega de apoyo.</p>

	respecto a los programados.	2012, cuando la meta era del 100 %.	beneficiarios.		
<b>Seguimiento a beneficiarios</b>	No se tiene una meta por grupo de interés (enfermos crónicos, madres embarazadas, pacientes de urgencia y niños menores de 5 años).	NO se tiene un cumplimiento.	No hay mecanismos institucionalizados para dar seguimiento a los beneficiarios.	No existencia = 0	Seguimiento de beneficiarios por grupo de interés.
<b>Programa anual de trabajo</b>	No se tiene una meta.	NO se tiene un cumplimiento.	No se tienen los elementos suficientes.	No existencia = 0	Reuniones de planeación para elaborar PAT.
<b>Supervisiones</b>	No se tiene una meta.	NO se tiene un cumplimiento.	No se tienen los elementos suficientes.	No existencia = 0	Rutas con queja o con deficiencias

### 1.3.6 Fortalezas del Programa de Caravanas de la Salud

En los resultados de las visitas de campo, adicionalmente al análisis sobre las fortalezas del Programa vertido en el reporte de Diseño, el apartado referente a las fortalezas del pcs sólo muestra la parte institucional. A continuación se exponen las principales fortalezas expresadas por la población de las localidades de la ruta, que fue entrevistada, referente a la opinión del Programa, así como los resultados de los grupos de enfoque y la observada por este equipo evaluador:

- El Programa atiende una necesidad que, inclusive, no es considerada por otros programas de la Secretaría de Salud, y que dicha necesidad es correctamente detectada: acercar los servicios de salud a las localidades de alta y muy alta marginación y en las comunidades de los municipios con menor Índice de desarrollo humano.
- En las entrevistas no se observó discriminación a alguna persona para ser atendida, aunque no tuviera Seguro Popular o fuera beneficiaria del Programa Oportunidades.
- La mezcla de recursos suma esfuerzos de los gobiernos federal, estatal y, en algunos casos, hasta municipal.
- La experiencia acumulada por todos los actores involucrados, desde el personal de las UMM hasta las coordinaciones estatales en las entidades federativas.
- Existencia del Comité Local de Salud, que puede realizar acciones de difusión.

#### Áreas de oportunidad del pcs

En este apartado se exponen las principales áreas de oportunidad expresadas por los resultados de los grupos de enfoque y la población de las comunidades de las rutas de las caravanas:

- Es necesario mejorar los mecanismos de transferencia de recursos que recibe el Programa.
- Establecer criterios homogéneos, en casi todos los procesos.
- Falta de nuevas UMM para la apertura de algunas rutas en localidades que se encuentran más alejadas o que son críticas por los problemas de clima y de atención un número importante de habitantes.
- Establecer una mejor coordinación inter e intrainstitucional.
- Mejora de procesos, principalmente en el número elevado de formatos que tiene que llenar el personal de las UMM.
- Poca capacitación del personal de las UMM, en materia de interculturalidad y atención al paciente.

### 1.3.7 Descripción de problemas y buenas prácticas en la operación

Se presenta un resumen con los puntos más importantes identificados en cada una de las entrevistas realizadas a la población de las comunidades de la ruta de caravanas y los resultados de los grupos de enfoque.

En esta sección se abordarán problemáticas adicionales a las ya identificadas en cada uno de los procesos de manera puntual.

#### *Problemas más frecuentes*

En las entrevistas realizadas a la población que recibe la atención del programa<sup>8</sup>, los resultados muestran que 98.4 % señalaron que viven dentro de la comunidad que es la localidad subsede, lo que muestra que es muy poca la población de las localidades satélites que quiere ser atendida por el Programa de Caravanas de la Salud. Cabe resaltar que los resultados no son obtenidos de una muestra representativa.

Además, la información de los entrevistados, 54 % manifestó que se llevó menos de 15 minutos en espera y 33.3 % respondió que tardó entre 15 y 30 minutos. Otro dato importante es que el 98.4 % llegó a la UMM caminando. Cabe resaltar que sólo una persona manifestó que le habían cobrado por la atención médica que le otorgó el personal de la UMM.

Con base en los resultados de las encuestas cualitativas aplicadas en los estados de México, Puebla y Oaxaca, poco más de una de cada cuatro personas que solicitaron atención se les negó la consulta. Dentro de las principales razones, se encuentran que no alcanzó ficha, el paciente no estaba en situación de gravedad, dejó pasar la cita o que no todos los miembros de la familia estaban asegurados por el Seguro Popular.

De acuerdo a las Reglas de operación del Programa de Caravanas de la Salud 2013, en el numeral 4.1 del objetivo general, textualmente señala lo siguiente:

Proporcionar servicios regulares de promoción, prevención, atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y UMM, que trabajan de forma complementaria, auxiliados con otros medios de transporte de personal en salud y el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención ambulatoria.

---

<sup>8</sup> Véase Anexo VII Cuestionario de Salida

Conforme a lo mencionado, deben recibir la atención médica todos los habitantes de la ruta de las UMM. En los grupos de enfoque, se manifestó, por parte del personal de las UMM, que la población total que se atiende en las localidades de la caravana, ha tenido un aumento importante. Es por esto que el personal que va en la UMM es insuficiente para atender a dicha población en las localidades de la ruta, lo cual genera la necesidad de redefinir las rutas o abrir otras. También, hacen falta insumos para atender a cierta población (por ejemplo para pruebas de Papanicolaou).

Por otra parte, el tiempo de espera promedio de los resultados de las entrevistas semiestructuradas, muestran que fue de 125 minutos. Aunque cuando se establecen intervalos por minutos de espera, en el caso de las personas que tienen que hacerlo por menos de 30 minutos, solamente es el 27.0 %; entre 30 minutos y una hora, es el 25.4 %; y 47.6 % espera más de una hora. Es importante señalar que 84.1 % de la población manifestó estar muy satisfecho o satisfecho con el tiempo de espera del Programa, para recibir una consulta.

Otra de las problemáticas detectadas fue que 12.7 % de la población entrevistada, le pareció que la información que le dio el personal de las UMM no fue clara ni muy clara. Además, 15.9 % de las personas entrevistadas señalaron que el personal de la caravana no lo llamó por su nombre.

Con relación a que una persona se le permitió que fuera acompañado por un familiar, uno de cada cinco respondió que no. Asimismo, 14.3 % de los entrevistados respondió que no se sintió cómodo en el espacio que lo atendieron.

Cabe resaltar que 12.7 % de las personas que participaron en las entrevistas, el médico le explicó poco o insuficientemente sobre su estado de salud. Respecto al trato que recibió del personal de las UMM sólo 3.2 % respondió que fue malo o muy malo.

En cuanto a los aspectos de la interculturalidad, 77.8 % de las personas entrevistadas mencionaron que ninguna persona de la Caravana, que lo atendió, habla lengua indígena, lo que complica obtener información sobre la salud de la persona.

Con respecto a si la persona es atendida cuando va a consulta, casi 20 % no fue atendida; y 27 %, no recibió las pláticas de promoción a la salud, y de los que recibieron dichas pláticas, 3.2 % señalaron que no le vieron utilidad.

En la pregunta que se le hace a la población, de la visita en el hogar de las personas por parte del personal de la UMM, 58.7 % manifestaron que nunca recibieron dicha visita por parte del personal de la Caravana.

Por otra parte, 36.7 % de la población entrevistada está insatisfecha o muy insatisfecha con las fichas que otorga el personal de las UMM, para ser atendido en consulta. Consideran que son pocas fichas y que vienen de lugares muy alejados. Adicional a lo anterior, 39.7 % de las personas entrevistadas, mencionaron que están insatisfechos o muy insatisfechos con el número de médicos, enfermeras y odontólogos de las UMM.

En adición a lo anterior, 42.8 % de los entrevistados, respondieron que se encuentran insatisfechos o muy insatisfechos con la periodicidad de las visitas de las caravanas a su localidad.

Con relación al Comité Local de Salud, 82.5 % de la población que respondieron las entrevistas manifestaron que no participan en las actividades que tiene dicho Comité.

Dentro de los comentarios o recomendaciones que hizo la población entrevistada a las UMM se encuentran los siguientes: 25.5 % mencionó que la caravana debe ir más seguido a su comunidad; 3.2 % dice que sigan dando medicamento, 3.2 % respondió que aumente el número de personal de las UMM, 6.3% que tengan un médico permanentemente en la comunidad, 1.6 % señaló que los hacen esperar mucho y 3.2 % recomendó que atiendan a más personas.

#### *Identificación de buenas prácticas*

De acuerdo a los Términos de referencia de CONEVAL<sup>9</sup>, se consideran como buenas prácticas aquellas “iniciativas innovadoras, con una alta incidencia pública y social, que sean replicables, sostenibles en el tiempo y que tengan como objetivo fortalecer la capacidad de operación del Programa para lograr cumplir eficazmente las metas planteadas, actividades y/o procesos”.

Por ello, derivado del trabajo de campo, el equipo evaluador identificó algunas buenas prácticas que se explican a continuación:

- Un primera buena práctica, es la propuesta de atención a la población basada en el tema de la interculturalidad, que es parte importante de la capacitación que se da al personal operativo del Programa; en este sentido, el tema de todo aquello que corresponde a los pueblos originarios, tiene como objetivo adecuar los servicios de salud que el Programa brinda a los distintos escenarios indígenas en que opera. La capacitación permite sensibilizar al personal de las UMM para otorgar un trato adecuado a los beneficiarios indígenas, procurando respetar los usos y costumbres.

---

<sup>9</sup> Este apartado se elaboró con base en el modelo de Términos de referencia del CONEVAL para la evaluación de procesos de los programas.



- La segunda buena práctica es el proceso de selección de localidades que integran una ruta, lo cual permite identificar claramente a la población que por sus características de aislamiento, dispersión y marginación no tendrían acceso pertinente, adecuado y oportuno a los servicios de salud. Los criterios de inclusión al Programa permiten focalizar de manera sencilla y económica a la población, que necesita de los servicios de salud, a la cual va dirigido el Programa.
- Otra buena práctica identificada, son las actividades y funciones de integración de la figura del auxiliar de salud como enlace directo entre las UMM y las comunidades, que permite la implementación de acciones de promoción de la salud y capacitación en el manejo primario de algunos padecimientos. Además, el auxiliar de salud sirve, en muchas comunidades indígenas, como interprete en la consulta médica y las acciones de promoción de la salud, facilitando el entendimiento entre los beneficiarios y el personal de la UMM, de otra forma sería muy difícil llevar la operación del Programa, debido a que la mayoría del personal no habla la lengua indígena de la localidad que atiende.
- Una cuarta buena práctica, son los promotores polivalentes, que realizan acciones de promoción de la salud general y salud bucal, además se adecuan al contexto en cual se desarrollan. En muchos casos, adaptan las campañas que promueve la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y los SES, incorporando actividades participativas y lúdicas que facilitan la aceptación y el entendimiento por parte de la comunidad.
- Como una última buena práctica identificada, en el Programa se promueve el seguimiento de beneficiarios que pertenecen a grupos de grupos de interés por medio de la atención médica domiciliaria. Esta actividad, busca el acercamiento directo del personal de la UMM con los pacientes; de igual forma, fomenta la atención médica de calidad y disminuye los costos de trasladarse a la UMM en las localidades sede o subsede.

### *Percepción y satisfacción*

Uno de los objetivos principales de la presente evaluación es determinar la percepción de los actores involucrados sobre el proceso de otorgamiento de los apoyos/servicios, así como el nivel de satisfacción de los beneficiarios.

Con el objetivo de tomar en cuenta diferentes datos y percepciones cualitativas que reflejen de mejor manera la opinión de los diferentes actores que participan en el proceso, este apartado utilizará los resultados de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a la población que recibe la atención del Programa. Esta sección complementa el análisis de la lógica interna del Programa en relación a la interacción de los actores y la

eficiencia de los procesos operativos, además de proporcionar información valiosa que permite detectar áreas de oportunidad y mejora.

Como se vio en el apartado de difusión y comunicación, el mensaje de promoción del Programa percibido por la población crea confusiones y muestra sesgo hacia características que no corresponden al Programa, es decir, con relación a que sólo las Caravanas de la Salud atienden a población que se encuentra afiliada al Seguro Popular o que es beneficiaria del Programa Oportunidades. Ello podría deberse a que la difusión del Programa no es lo suficientemente específica sobre qué población puede recibir su atención, así como sus mecanismos para tales fines.

En las entrevistas realizadas, la población de las localidades de la ruta de las caravanas, señalaron en repetidas ocasiones que los beneficiarios tenían una percepción errónea sobre el Programa.

Sin embargo, en general podemos señalar que la mayoría de los beneficiarios comentaron estar satisfechos con los servicios/apoyos otorgados por parte del Programa de Caravanas de la Salud, a pesar de que algunos manifestaron que cuando quisieron acercarse a la Caravana, no contaban con toda la información sobre el Programa, ni sobre los requisitos que tenían que cumplir para poder acceder a los apoyos.

La percepción sobre el beneficio de los apoyos/servicios en general fue muy favorable, pues los beneficiarios consideraron que era la única opción que tenían para ser atendidos en materia de salud. Además, señaló que casi el 97 % de la población entrevistada que el trato fue bueno y muy bueno por parte del personal de las UMM.

El problema de los tiempos de transferencia de los recursos fue constantemente mencionado. Gran parte del personal de las UMM y de los participantes del grupo foco percibió que existía una escasez de los insumos y del pago de sueldos al personal de las UMM.

Por otra parte, en las entrevistas a la población, se evidenció que el personal de las UMM es insuficiente y no cuenta con rápida capacidad de respuesta ante las dudas presentadas sobre el estado de salud de la población. La necesidad de tener personal más capacitado y comprometido también salió a relucir en las encuestas aplicadas.

#### **1.4 Conclusiones**

En este apartado retomamos las principales conclusiones del análisis presentado anteriormente y generaremos una serie de recomendaciones. Es importante mencionar que las propuestas que hacemos retoman los aspectos más relevantes que se encontraron en el análisis documental y de campo realizado por el equipo evaluador. Cabe resaltar que

el Programa opera en distintos contextos y las situaciones observadas no necesariamente son aplicables a todas las entidades federativas en que tiene presencia el PCS.

Con relación a la articulación de procesos, destaca la existencia de cierta coordinación interinstitucional para la planeación (el nivel de coordinación y funcionalidad varía en cada estado); sin embargo, resulta importante reforzar el trabajo conjunto y compartir claramente los objetivos y metas del Programa con el resto de las instancias que intervienen en los distintos procesos del PCS, con el fin de hacerlo acorde, participativa y congruente entre sí. En este sentido, la planeación estratégica no se aplica en todos los procesos del Programa (planeación, planeación de rutas, difusión y supervisión), por lo que conviene señalar, que debe ser el eje fundamental de los procesos, para lograr una mejora sustancial en toda la operación del Programa, así como en su gestión pública.

En primer término, la saturación de las UMM en la atención de la población en las rutas establecidas influye en la mayoría de los macroprocesos, principalmente en la planeación de rutas; producción de apoyos; entrega de apoyos; y seguimiento de beneficiarios. Además, este es uno de los cuellos de botella que retrasa la entrega de los productos del Programa, debido a que genera una atención no adecuada, conforme a las normas oficiales mexicanas; y no se cubre con consultas a toda la población de las localidades satélite.

Los problemas de la saturación de las rutas del Programa repercuten y generan una falta de cumplimiento riguroso al procedimiento que se tiene en las guías y NOM oficiales de salud lo que repercute en que las consultas médicas no se realicen conforme a las guías clínicas y NOM aplicables

La no entrega o entrega retardada de los insumos provoca que no se otorgue un servicio o producto de calidad y conforme a las NOM oficiales de salud. Este deterioro de la calidad puede generar insatisfacción en el servicio por parte de la población o que los productos no se otorguen conforme a la normatividad vigente.

La capacitación del personal de las UMM es primordial para generar productos de calidad, en cada uno de los procesos operativos. Sin embargo, se observó una capacitación insuficiente en temas como la prevención y promoción de la salud; interculturalidad, de los auxiliares de salud y atención al paciente. Además, en algunas UMM no se otorgan las pláticas de promoción y prevención de la salud a la población de las localidades.

La falta de elementos importantes relacionados con la pertinencia cultural y la inadecuada capacitación, que no se adaptan a las condiciones y al contexto de las distintas localidades y regiones indígenas, impiden que en algunas localidades de las rutas de las UMM, no se haga una atención médica con la pertinencia cultural adecuada.

Una de las razones de la promoción de la salud inadecuada e insuficiente a la población, es la saturación en la atención de consultas médicas, lo que genera poco espacio para la promoción de la salud, incumpliendo en algunas localidades con lo establecido en las Reglas de Operación del Programa. De igual forma, la saturación en la atención de la población genera elevados tiempos de espera para la atención de la consulta médica.

Por otra parte, el llenado de formatos por parte del personal de las UMM, genera un cuello de botella en el tiempo de atención en la consulta y en el tiempo de espera de la población para ser atendida.

En cuanto al personal de supervisión, este tiene elevadas cargas administrativas, que en la mayoría de las ocasiones, no permiten hacer supervisiones que detecten problemas operativos y que ayuden a corregir los cuellos de botella de los procesos operativos.

Adicionalmente, existe un retraso en el pago de sueldos de algunos integrantes del personal de las UMM (médicos y promotores) y el algunos insumos, principalmente, mantenimiento de vehículos y química seca (placas para la muestra de glucosa).

Debido a las cargas de trabajo de las unidades médicas de segundo nivel, los pacientes son rechazados, se les programa una cita diferida, que en muchas ocasiones pueden ser meses, problemas de maltrato y discriminación por ser indígenas, en algunas localidades y el personal de las UMM llenan de manera incorrecta los formatos de referenciación de pacientes.

## **Recomendaciones**

### *Proceso de Planeación*

- I. Incorporar formalmente el proceso de planeación dentro de los instrumentos normativos, pues constituye un mecanismo para comunicar la estrategia hacia todos los actores involucrados en el Programa.
- II. Realizar una planeación incluyente, tomando en cuenta la experiencia de las Coordinaciones estatales, las Jurisdicciones sanitarias y el personal de las UMM, pues son ellos quienes conocen a profundidad las necesidades en materia de salud, de las localidades que atiende el Programa, así como las problemáticas que pueden surgir en la operación.
- III. Redefinición de metas acorde al contexto económico regional y los impactos de largo plazo.
- IV. Incorporar indicadores de tiempo de espera y de atención en el servicio. Por ejemplo, tiempo promedio de la espera de la población para ser atendido en una consulta; tiempo promedio de atención en consulta; número de días que espera el

paciente para su consulta programada; satisfacción de la población de los servicios que otorga el PCS (consulta, trato, entrega de medicamentos, entre otros).

#### *Planeación de Rutas*

- I. Revisión de las rutas que operan actualmente en el Programa, y en caso de encontrar evidencias de saturación respecto a lo señalado en las Reglas de Operación, en el punto referente a los criterios para el establecimiento de rutas, será necesario abrir nuevas rutas en las áreas geográficas con problemas de orografía, clima, crecimiento de la población, así como las características epidemiológicas, geográficas y de incidencia estacional tanto de las localidades subsede como de las satélite.
- II. Identificar las rutas críticas en las que se tenga una saturación en la atención a la población.

#### *Proceso del Programa Anual de Trabajo.*

- I. Difundir entre el personal operativo del Programa los planes anuales de trabajo y las metas operativas anuales.
- II. Involucrar a todos los actores en la construcción de las metas.
- III. Incorporar indicadores que expliquen el grado de cumplimiento de los objetivos del Programa.
- IV. Revisar los anteproyectos de presupuesto para poder realizar una mejor programación y calendarización del ejercicio del presupuesto.
- V. Explicar la metodología de elaboración de metas de los indicadores del Programa.

#### *Proceso de Difusión*

- I. Diseñar e implementar un proyecto de difusión del Programa, con actividades a nivel local, promoción social y pertinencia cultural.
- II. Revisión de las ROP en el tema de difusión. Es necesario establecer con claridad los criterios, atribuciones y responsabilidades de cada instancia en torno a este proceso en los instrumentos normativos del Programa.
- III. Diseño de guía o lineamientos estratégicos para la estandarización del proceso de difusión. Este diseño tiene que considerar responsables, objetivos y recursos; además, debe adecuarse a los distintos contextos en los que opera el Programa, priorizando los aspectos más relevantes de la interculturalidad. Adicionalmente, requiere la integración de las características epidemiológicas, geográficas y de incidencia estacional.
- IV. Fortalecer el proceso de difusión mediante la formalización de los mecanismos de coordinación inter e intrainstitucionales, vinculando las instancias principales en el tramo de responsabilidad específico. Debe tomarse en cuenta, que al ser un

Programa Federal que funciona a través de los SES, la estandarización del proceso exige una correcta articulación de las necesidades de cada instancia involucrada.

- V. Generar nuevas estrategias que permitan difundir con más amplitud el Programa (criterios de elegibilidad, tipos de apoyos y calendario de visitas), principalmente en la lengua indígena predominante en la región.
- VI. Dentro de las pláticas de prevención y promoción de la salud, se debe informar a la población de los objetivos del PCS, los criterios para atender a los habitantes de las localidades y los apoyos que otorga la caravana.

#### *Proceso de producción y distribución de apoyos*

- I. Elaborar un diagnóstico urgente de la situación de las UMM, en conjunto con el personal de dichas unidades, la Jurisdicción sanitaria, las Coordinaciones estatales de salud y la DGPLADES de la Secretaría de Salud del gobierno federal, con el propósito de analizar las necesidades más urgentes en la operación del Programa referentes a las condiciones en que se desarrollan las labores del personal de las UMM, el estado de los vehículos y si éstos son aptos para circular por los caminos que integran la ruta, las condiciones en las cuales el personal de la UMM desarrolla sus labores, la dotación de material e insumos, capacitación del personal, etc.
- II. Mejorar la programación de los insumos que necesitan las UMM para la operación de las rutas del Programa, mediante la implementación de un sistema integral de información y abasto de insumos, para ello se sugiere considerar información de los expedientes de la población para la entrega de medicamento.
- III. Elaborar un programa mínimo de promoción aplicable a Caravanas, que le permita al promotor tener claridad sobre las acciones que tiene que realizar y que sea consistente con los programas estatales de promoción a la salud. En este sentido, dicho documento debe especificar en qué acciones se deben emprender y para cada grupo de interés epidemiológico, cómo dirigirse a los distintos grupos, qué acciones realizar para fomentar y promover la participación comunitaria, cómo brindar información al público en general, entre otros.

#### *Proceso de entrega de apoyos*

- I. Reforzar la capacitación en los temas como las NOM en la práctica clínica, interculturalidad y medicina tradicional, promoción de la salud, auxiliares de salud y referencia de pacientes a unidades de segundo nivel.
- II. Elaborar un guión y un manual de procedimientos para la impartición de pláticas de promoción y prevención de la salud.
- III. Unificar y sistematizar los formatos a llenar por el personal de las UMM.
- IV. Reforzar la capacitación en los temas como las NOM en la práctica clínica, interculturalidad y medicina tradicional, promoción de la salud, auxiliares de salud y referencia de pacientes a unidades de segundo nivel.

- V. Revisar las rutas de las localidades con mayores problemas operativos debidos a la saturación de la consulta, o bien a condiciones de acceso geográficas. Es necesario hacer un diagnóstico de la situación actual de las rutas del Programa con el propósito de respetar el cupo máximo de 1 500 habitantes como los posibles a atender en la ruta (conforme a lo señalado en las Reglas de operación), ya que de rebasar este máximo se corre el riesgo de incumplir con una adecuada atención y de no otorgar estándares mínimos de calidad.
- VI. Mejorar la coordinación intrainstitucional, para que el personal de los Centros de salud tenga claramente definido sus funciones en cuanto a la atención de la población (en las unidades fijas y móviles) y evitar remitir pacientes a las UMM.
- VII. Realizar un diagnóstico de los formatos estrictamente necesarios que tienen que llenar el personal de las UMM del Seguro Popular, Programa Oportunidades y de las jurisdicciones sanitarias.
- VIII. Diseñar una guía de atención para la consulta médica que establezca parámetros en tiempos de espera y manejo de pacientes, la correcta integración del expediente clínico, de tal forma que funcione como un criterio unificado aplicable por todas las UMM del Programa.
- IX. Reforzar la capacitación sobre las NOM y guías de atención médica al personal de la UMM. La capacitación en ambos aspectos tendría el objetivo de mejorar la prestación del servicio a los beneficiarios, al facilitar a todo el personal, en especial a los promotores de salud, el manejo de un marco normativo, útil y necesario para el correcto desarrollo de sus labores.
- X. Generar un sistema informático que contenga la información de los expedientes de la población que ha sido atendida por el PCS (versión electrónica de un expediente electrónico), que permita cruzar dicha información, con el requerimiento de insumos (pruebas de laboratorio, medicinas, etc.).
- XI. Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes mediante la formalización de los mecanismos de coordinación inter e intrainstitucionales, vinculando las instancias principales en el tramo de responsabilidad específico.

#### *Proceso de seguimiento a beneficiarios*

- I. Revisar los criterios para el establecimiento de rutas de las Reglas de Operación del Programa.
- II. Reforzar la capacitación enfatizando los aspectos de interculturalidad y medicina tradicional. Se sugiere establecer cursos de inducción al personal de nuevo ingreso, en cuanto a temas de interculturalidad, lenguas indígenas frecuentes en las comunidades de la ruta, conocimiento de las costumbres de la población indígena y de las localidades que pertenecen a la ruta de Caravanas y atención a pacientes.
- III. Hacer un diagnóstico de los factores que impiden tener un seguimiento a los pacientes conforme a las normas.

### *Proceso de supervisiones*

- I. Reforzar la supervisión en campo con tiempo y vehículos disponibles, para revisar adecuadamente el apego a la NOM en la práctica médica, los expedientes médicos, productividad y cumplimiento de metas por cada UMM.
- II. Revisar las actuales funciones de los supervisores y centrar su análisis a la detección de los problemas operativos para ser un mecanismo de retroalimentación y corrección del Programa.
- III. Generar un manual o guía para realizar la supervisión en campo.
- IV. Mejorar la planeación de recursos humanos, financieros y materiales para llevar a cabo la supervisión. Para ello se sugiere incorporar mecanismos de preselección de UMM a supervisar con el fin de racionalizar los recursos, ya que en esquema actual resulta difícil cubrirlas en su totalidad las UMM; otra posibilidad es analizar la factibilidad de incrementar la plantilla dedicada a labores de supervisión.
- V. Revisar el sistema de abasto de insumos, material y equipo médico en conjunto con el SES y las jurisdicciones sanitarias.
- VI. Formalización de los instrumentos utilizados en proceso de supervisión. Es conveniente incorporar al programa anual de supervisión indicadores y metas de cumplimiento, así como espacios de supervisión para coordinadores estatales, supervisores, personal del SES y la DGPLADES, esto con el fin de colocar el tramo de responsabilidad específica de cada instancia en el proceso y, al mismo tiempo, evitar duplicidad de esfuerzos y dispendio de recursos.
- VII. Diseñar lineamientos estratégicos para la estandarización del proceso de supervisión. Este diseño debe enfatizar la estandarización y sistematización para facilitar el proceso, haciéndolo eficiente, económico y eficaz.
- VIII. Elaborar un instrumento específico para vincular en la supervisión a los actores locales e institucionales con el fin de fortalecer la participación efectiva de los comités locales y los supervisores.
- IX. Implementar retroalimentación para la mejora continua del Programa, especialmente en la atención y trato digno a los beneficiarios del PCS, al dar prioridad a aspectos relacionados con la atención a grupos indígenas.



## 2 Evaluación Operativa de la Cobertura Efectiva

### Introducción

Ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud ha sido en las últimas décadas uno de los grandes objetivos de los sistemas de salud en América Latina y es el principal objetivo del Programa Caravanas de la Salud. Las condiciones orográficas, climáticas, socioeconómicas, así como la diversidad cultural prevaleciente en las localidades rurales y dispersas de algunos países latinoamericanos –incluyendo el nuestro–, dificultan el establecimiento y operación de unidades para la prestación de los servicios de salud a la población de forma permanente e integral. Esto deriva en problemas de acceso a los servicios de salud por parte de la población que habita en las localidades más dispersas y con mayor grado de marginación, que a su vez tiene consecuencias en sus condiciones de salud.

Esta situación se agrava especialmente en la población indígena, ya que además de que la mayoría habita en localidades de alta marginación y dispersión, también enfrenta barreras culturales y de lenguaje para acceder a los servicios (Hall y Patrinos, 2005).

De acuerdo con los datos del Sistema de indicadores sociodemográficos de poblaciones y pueblos indígenas (SISPPI), en 2000, la mayor parte de los indígenas en América Latina habitaban en las zonas rurales. Según cálculos de la Organización Panamericana para la Salud, 40 % de esta población carecía de acceso a los servicios sanitarios y 80 % contaba con los curanderos tradicionales como su principal prestador. La población indígena utilizaba sus propios sistemas tradicionales para atender sus necesidades de salud y el acceso a la “salud occidental” era muy limitado (CEPAL, 2002).

En los últimos años, la labor emprendida en América Latina, a través de algunas políticas públicas o de iniciativas de la sociedad civil ha conseguido extender los servicios sanitarios a zonas donde antes no había posibilidades de acceso a los mismos (CEPAL, 2008).

En Nicaragua, por ejemplo, el Ministerio de salud contrata, con recursos del Banco Mundial, organizaciones no gubernamentales (ONG) que entregan un paquete de servicios a la población sin acceso a los servicios públicos. Además, el Ministerio, por medio del Fondo de maternidad e infancia segura (FONMAT) entrega un paquete de servicios para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido hasta que cumpla un año. (Rodríguez, 2006)

En Honduras, se ha puesto en marcha un conjunto de experiencias novedosas de extensión de cobertura, que actualmente están en experimentación. La Secretaría de Salud ha puesto en marcha tres programas, uno de ellos se refiere a nuevos modelos de gestión de ProReforma y consiste en el financiamiento per cápita, a través de recursos del

Banco Mundial, y asistencia técnica a la atención primaria para centros de salud comunitarios o constituidos por los gobiernos locales. Otro consiste en la contratación de equipos itinerantes mediante presupuesto per cápita para el otorgamiento de paquetes básicos de atención primaria en comunidades altamente dispersas mediante visitas periódicas. Este Programa se financia con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El tercer programa se refiere al Programa de Acceso y consiste en la capacitación a población voluntaria de comunidades rurales alejadas para la realización de diversas actividades de atención primaria a la salud y es financiado con recursos de la cooperación sueca. Adicionalmente, existe el Programa Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOS) que busca extender la cobertura de los servicios del Instituto Hondureño de Seguridad Social por medio de la compra servicios a proveedores públicos y privados. (Rodríguez, 2006)

En México, la Secretaría de Salud ha implementado diversos programas y acciones de extensión de cobertura mediante equipos itinerantes en las últimas décadas. En 1976, inició el Programa de extensión de cobertura (PEC) dirigido a las comunidades rurales de difícil acceso, que otorgaba acciones de saneamiento básico, primeros auxilios y educación higiénica. En 1978, surgió el Programa comunitario rural (PCR) que otorgaba acciones de planificación familiar, control del embarazo y atención del niño hasta cinco años. Ambos programas contaban con personal clave que era el enlace con la comunidad, en el primero el auxiliar de salud y en el segundo, el auxiliar de comunidad.

En 1981, se integraron ambos programas en el Programa de salud rural (PSR), con la adición de actividades de promoción y educación de las mujeres para la prevención del cáncer cervicouterino. En 1985, se convierte en la Estrategia de extensión de cobertura (EEC), cuyo objetivo fue otorgar servicios de salud a todas las personas en localidades de 500 a 2 500 habitantes.

El Programa de apoyo a los servicios de salud para la población abierta (PASSPA) operó entre 1991 y 1995 en cinco entidades federativas (las más rezagadas en términos de infraestructura, disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud). Con este Programa se reforzó la capacidad resolutoria de los servicios mediante la construcción y equipamiento de centros de salud, contratación y capacitación de personal, así como la adquisición y distribución tanto de medicamentos como insumos. Este Programa fue la base para el establecimiento del Programa de ampliación de cobertura (PAC), que fue una oportunidad para modernizar y dar eficiencia a la operación de los equipos de salud itinerantes. Surgió con el reto de hacer frente a los problemas de salud pública y con la finalidad de ampliar la cobertura y atender a la población sin acceso o con acceso limitado a los servicios de salud. Otorgaba un paquete de doce intervenciones en el cual se incluían algunas de saneamiento básico. Su operación incluía vehículos y equipos de médico, enfermera y promotor de salud, además del coordinador de los comités de salud.

El Programa de educación, salud y alimentación (PROGRESA) –que posteriormente se convertiría en el Programa de desarrollo humano oportunidades (PDHO)– inició operaciones en 1997 y atendía exclusivamente a personas en pobreza extrema en zonas rurales, contaba con un Componente de salud y utilizaba equipos itinerantes.

El PCS, a cargo de la DGPLADES de la Secretaría de Salud, inició sus operaciones en 2007 como una iniciativa federal para acercar la Red de Servicios de Salud a la población que habita en municipios de menor IDH, en localidades de alta y muy alta marginación así como en localidades con alta dispersión y de difícil acceso a los servicios de salud.

Las condiciones de estos municipios y localidades dificultan en el corto plazo la construcción y operación de establecimientos para prestar los servicios de salud a la población de forma permanente e integral, por lo que el Programa organiza y opera equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles (UMM) con diferente capacidad resolutive, en complemento a la REDESS conformada por unidades médicas fijas.

Las ROP 2013 del PCS lo definen como uno de los principales esfuerzos de la política de salud del gobierno federal para resolver las limitaciones de cobertura que aún prevalecen en diversas zonas del territorio nacional. Ha logrado tener presencia en las 32 entidades federativas con una cobertura progresiva que contempla su consolidación de manera simultánea con el Sistema de Protección Social en Salud (DGPLADES, 2012).

Al ser Caravanas de la Salud un programa cuyo principal objetivo es la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud, es necesario evaluar su desempeño a través de sus logros en cobertura, acceso y utilización de servicios. Es así que este capítulo de la Evaluación operativa presenta un análisis de la cobertura efectiva del Programa desde distintos enfoques, ya que se considera que, aunque la cobertura geográfica del Programa es un indicador que permite dimensionar la presencia del programa, no es suficiente para detectar áreas de oportunidad en la capacidad resolutive del mismo.

En la primera sección de este capítulo se presenta la medición de cobertura que lleva a cabo el PCS para valorar su desempeño y se hacen comentarios al respecto; en la segunda, se hace un análisis de la capacidad del Programa para atender de manera completa bajo un estándar mínimo de consultas a la población objetivo, además de presentar algunos resultados de productividad asociados a esta capacidad. En el tercer apartado se analizan indicadores de acceso y utilización a partir de la información recabada en los hogares residentes de las localidades indígenas de alta y muy alta marginación. Para comenzar se analizan estos indicadores dentro de las localidades atendidas por el PCS y posteriormente

se hace para todas las localidades indígenas de alta y muy alta marginación, de modo que se pueda dimensionar la presencia del Programa en este tipo de localidades así como su participación en la prestación de servicios de salud a la población residente.

En esta sección también se presentan los resultados sobre accesibilidad de los servicios de Caravanas obtenidos en las encuestas de salida del servicio de las UMM. Finalmente, se presentan las conclusiones y algunas recomendaciones para mejorar tanto la medición de la cobertura, como el acceso y utilización de los servicios del Programa.

## **2.1 Cobertura poblacional del Programa Caravanas de la Salud**

La cobertura poblacional mide el grado en el que un programa está atendiendo a la población que planeó atender en un periodo determinado de tiempo. Para calcular esta cobertura se divide la población atendida entre la población objetivo del programa en un periodo determinado, para posteriormente expresar el resultado como un porcentaje.

Según las Reglas de operación del Programa Caravanas de la Salud, la población objetivo del Programa es la población que habita en las localidades cubiertas por el Programa que se encuentran afiliadas al Sistema de protección social en salud o a otros esquemas de aseguramiento público. A su vez, se enfoca en aquellas que no son derechohabientes en alguna institución de salud, así como en habitantes de localidades rurales marginadas y sin acceso a servicios y que habitan en los 125 municipios con el menor IDH de los estados de Chiapas, Durango, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz. También, se integra a los habitantes de localidades de alta y muy alta marginación sin acceso regular a los servicios de salud en todas las entidades federativas, aquellos de localidades con problemas de acceso a infraestructura institucional de salud en todo el país y, finalmente, a las personas en concentraciones masivas que requieran servicios de primer nivel (DOF, 2011).

Por otro lado, en el Libro Blanco del Programa Caravanas de la Salud 2006-2012, el Programa define la población atendida como el total de la población que habita en las localidades cubiertas por el Programa.

En este documento se reporta la cobertura en términos de la población que habita en las localidades que están en alguna de sus rutas de atención. Esta medida está expresada en número de personas y es reportada tanto a nivel nacional como por entidad federativa (DGPLADES, 2012).

Durante 2007, el primer año de operación de Caravanas, se reportó una cobertura de 1 792 044 personas habitantes de 7 771 localidades con la operación de 654 UMM. En 2009, la población “atendida” era de 3 103 959 personas en 144 108 localidades por medio de 1 350 UMM. Para finales de 2012, las cifras correspondientes eran de 3 839 056 personas en 21 414 localidades con 1 007 UMM. Así, en 2012, el número de personas cubiertas se había

duplicado con respecto a 2007, además que la eficiencia del Programa mejoró, ya que el número de UMM se incrementó únicamente 1.5 veces en el mismo periodo. Ver Anexo 1.

Este indicador de cobertura no se considera adecuado porque no permite valorar en qué medida las acciones del Programa están beneficiando a la población que plantea atender (población atendida/población objetivo). Esto se debe a que este indicador contiene el supuesto implícito de que todas las personas que viven en las localidades integradas en la ruta del Programa son atendidas por el mismo módulo, lo cual no necesariamente es cierto si se considera como persona atendida aquella que recibió algún servicio de salud por parte de las UMM del Programa.

Otra aproximación que hace Caravanas a su población atendida es mediante el número de consultas de primera vez y subsecuentes realizadas, sin embargo, tampoco se considera adecuado porque una misma persona puede acudir varias veces al año a consulta, por lo que cada consulta no equivale a una persona.

En la Matriz de indicadores del Programa se expresa el logro de la cobertura para 2011 en 98 %, sin embargo éste porcentaje no es consistente con los datos de población objetivo y atendida que se reporta en el mismo Libro blanco del Programa. En la Evaluación Específica del Desempeño (EDD) 2012-2013 se establece que la población objetivo para 2012 fue de 4 086 469, sin embargo, no es clara la fuente de esta información (CONEVAL, 2013).

La EED 2012-2013 detectó problemas en la conceptualización de las poblaciones potencial y objetivo del Programa y una limitación importante en la cuantificación de su población objetivo y atendida derivada de la identificación de la población que recibe los servicios otorgados (CONEVAL, 2013).

En las EED que se ha realizado el Programa desde 2009 se establece la necesidad de tener una definición más clara de la población objetivo y cuantificar la población atendida como aquella que efectivamente recibió la atención (CONEVAL, 2010; CONEVAL, 2011).

## **2.2 Aproximación de la cobertura efectiva por medio de la información de capacidad instalada y productividad**

La cobertura efectiva de un Programa, no sólo depende de la presencia geográfica del mismo y del número de servicios que otorga, sino que además considera la capacidad que tiene el Programa para otorgar dichos servicios.

En esta sección se hace una aproximación de la cobertura efectiva utilizando la información de capacidad y productividad del Programa. Para ello, se utilizó la información sobre número de UMM, número de consultas de primera vez y subsecuentes

relacionadas con intervenciones del CAUSES y el número de personas que habitan en las localidades en alguna ruta del Programa (DGPLADES, 2012).

Con esta información se calcularon dos indicadores que dan cuenta de la capacidad que tiene Caravanas para atender a su población objetivo con los servicios que necesita. Ambos indicadores involucran un estándar de número de consultas por persona, es decir, la cantidad de consultas que deberían otorgarse a cada persona en un periodo determinado de tiempo.

Este estándar se obtuvo a partir de la información contenida en el *Cuadro de acciones de salud y frecuencia de atención por grupo de edad, sexo y evento de vida* contenido en el Anexo II de las Reglas de operación del Programa Oportunidades (DOF, 2011). Sin embargo, dado que la información estadística del Programa no permite conocer al número de personas atendidas por grupo de edad y sexo, no es posible aplicar el estándar para cada grupo. Por este motivo y dado que la gran mayoría de los grupos mencionados requieren como mínimo dos consultas al año, se decidió utilizar esta cifra como estándar mínimo para toda la población, principalmente por ser una recomendación ampliamente referida en la literatura especializada.

Así pues, la distribución de los indicadores en las entidades federativas se muestra en el Cuadro I.

### **2.2.1 Cobertura efectiva o capacidad resolutive de las UMM como proporción de la capacidad necesaria para atender a la población con dos consultas al año**

El primer indicador utilizado para aproximarnos a la medición de cobertura efectiva, fue el número de consultas otorgadas por el Programa como proporción de las consultas que debería haber otorgado en el año.

El número de consultas que el Programa debería otorgar a toda la población de las localidades en ruta se calculó multiplicando el número de personas que habitan en las localidades ruta del programa (Población objetivo) por dos (estándar mínimo de número de consultas por persona al año), de acuerdo con los datos proporcionados por el Programa Caravanas de la Salud en el Libro Blanco 2012.

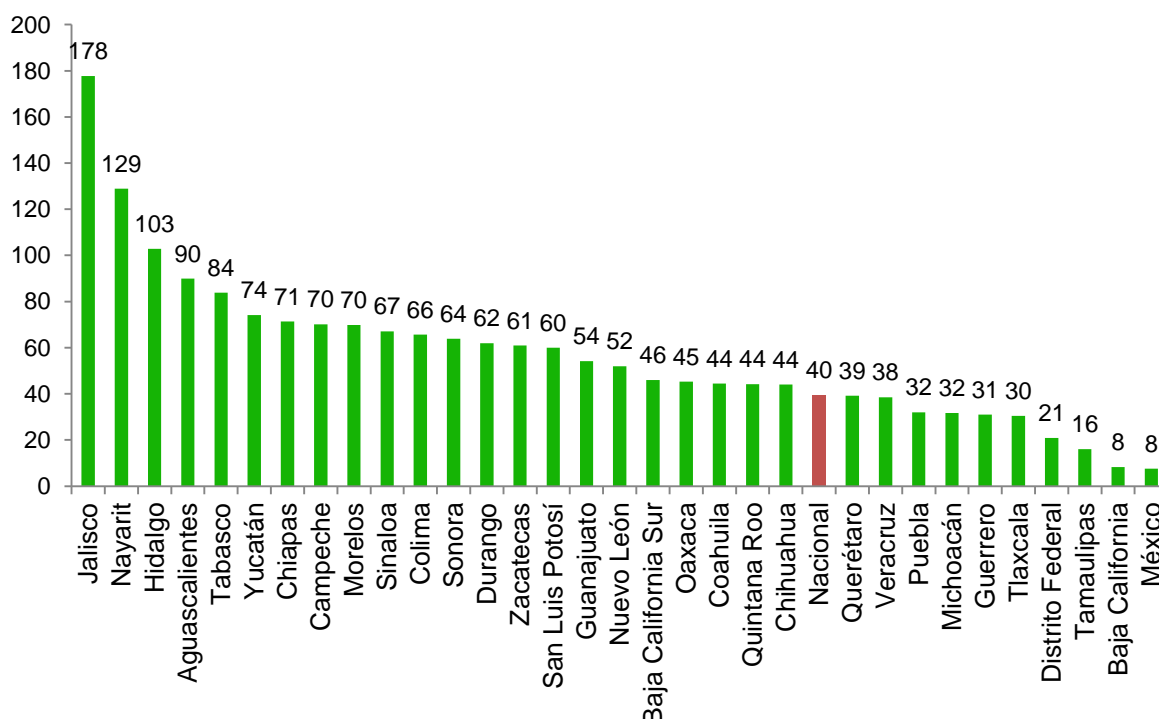
De modo que se dividió el número de consultas de primera vez y subsecuentes relacionadas con intervenciones del CAUSES en 2012 entre el número de consultas que el programa debió otorgar en 2012 para cubrir a toda su población objetivo y el resultado se expresó como un porcentaje. Este indicador puede interpretarse como la proporción de capacidad necesaria del Programa para otorgar un mínimo de consultas por persona al año. En un sentido más amplio, también podría utilizarse como un indicador de cobertura con un estándar mínimo de suficiencia.

Los resultados muestran que a nivel nacional, en 2012, el Programa otorgó el 39.5 % del total de consultas que debió otorgar. Esto es lo mismo que decir que bajo el supuesto de que el Programa hubiera otorgado dos consultas por persona en un año, entonces en el 2012 habría tenido una cobertura efectiva del 39.5 %.

Esta capacidad resolutive o cobertura efectiva difiere de manera significativa entre las distintas entidades en el país. El Estado de México, Baja California y Tamaulipas presentaron los porcentajes más bajos: 7.5, 8.3 y 16 % respectivamente. Esto significa que en el Estado de México, el Programa Caravanas de la Salud otorgó únicamente el 7.5 % del total de consultas que debió otorgar como mínimo a su población, Baja California otorgó el 8.3 % y Tamaulipas el 16 %.

En el otro extremo de la distribución se encuentran Jalisco, Nayarit e Hidalgo, entidades que exceden la capacidad requerida para otorgar dos consultas a cada persona en un año. Jalisco excedió en 77.7 % la cantidad de consultas mínimas por año para cubrir a su población. En Nayarit, el excedente fue de 29 % y en Hidalgo de 2.9 % (Figura 1).

**Gráfica 1. Capacidad del Programa Caravanas de la Salud para cubrir un estándar de dos consultas por persona por año, México 2012**



Fuente: Elaboración propia con datos del Libro Blanco del Caravanas de la Salud 2012 (DGPLADES, 2012).



**Cuadro I. Indicadores de productividad y capacidad resolutive del Programa Caravanas de la Salud, México 2012**

Entidad federativa	UMM	Población	Número de consultas requeridas (=Pob*2)	Número de consultas realizadas (primera vez y subsecuentes CAUSES)	Productividad por día	Capacidad Actual como porcentaje del requerido	Número de consultas por habitante en un año
Aguascalientes	9	41 874	83 748	75 276	34.9	89.9	1.8
Baja California	59	715 064	1 430 128	118 340	8.4	8.3	0.2
Baja California Sur	16	20 460	40 920	18 810	4.9	46.0	0.9
Campeche	42	71 007	142 014	99 635	9.9	70.2	1.4
Coahuila	26	52 568	105 136	46 777	7.5	44.5	0.9
Colima	10	12 887	25 774	16 940	7.1	65.7	1.3
Chiapas	65	95 361	190 722	136 092	8.7	71.4	1.4
Chihuahua	35	67 381	134 762	59 261	7.1	44.0	0.9
Distrito Federal	10	84 161	168 322	35 163	14.7	20.9	0.4
Durango	53	76 798	153 596	95 203	7.5	62.0	1.2
Guanajuato	42	86 948	173 896	94 169	9.3	54.2	1.1
Guerrero	88	201 017	402 034	124 771	5.9	31.0	0.6
Hidalgo	32	56 295	112 590	115 857	15.1	102.9	2.1
Jalisco	172	95 240	190 480	338 502	8.2	177.7	3.6
México	41	589 471	1 098 942	82 659	8.4	7.5	0.2
Michoacán	61	132 256	264 512	83 794	5.7	31.7	0.6
Morelos	13	24 355	48 710	34 003	10.9	69.8	1.4
Nayarit	38	20 208	40 416	52 118	5.7	129.0	2.6
Nuevo León	15	31 095	62 190	32 328	9.0	52.0	1.0
Oaxaca	85	114 074	228 148	103 372	5.1	45.3	0.9
Puebla	84	308 768	617 536	197 401	9.8	32.0	0.6
Querétaro	30	98 375	196 750	77 017	10.7	39.1	0.8
Quintana Roo	13	31 868	63 736	28 148	9.0	44.2	0.9
San Luis Potosí	102	255 518	511 036	306 488	12.5	60.0	1.2
Sinaloa	48	93 525	187 050	125 409	10.9	67.0	1.3
Sonora	7	5 688	11 376	7 267	4.3	63.9	1.3
Tabasco	65	107 133	214 266	179 613	11.5	83.8	1.7
Tamaulipas	44	66 239	132 478	21 184	2.0	16.0	0.3
Tlaxcala	12	57 762	115 524	35 227	12.2	30.5	0.6
Veracruz	50	90 783	181 566	69 848	5.8	38.5	0.8



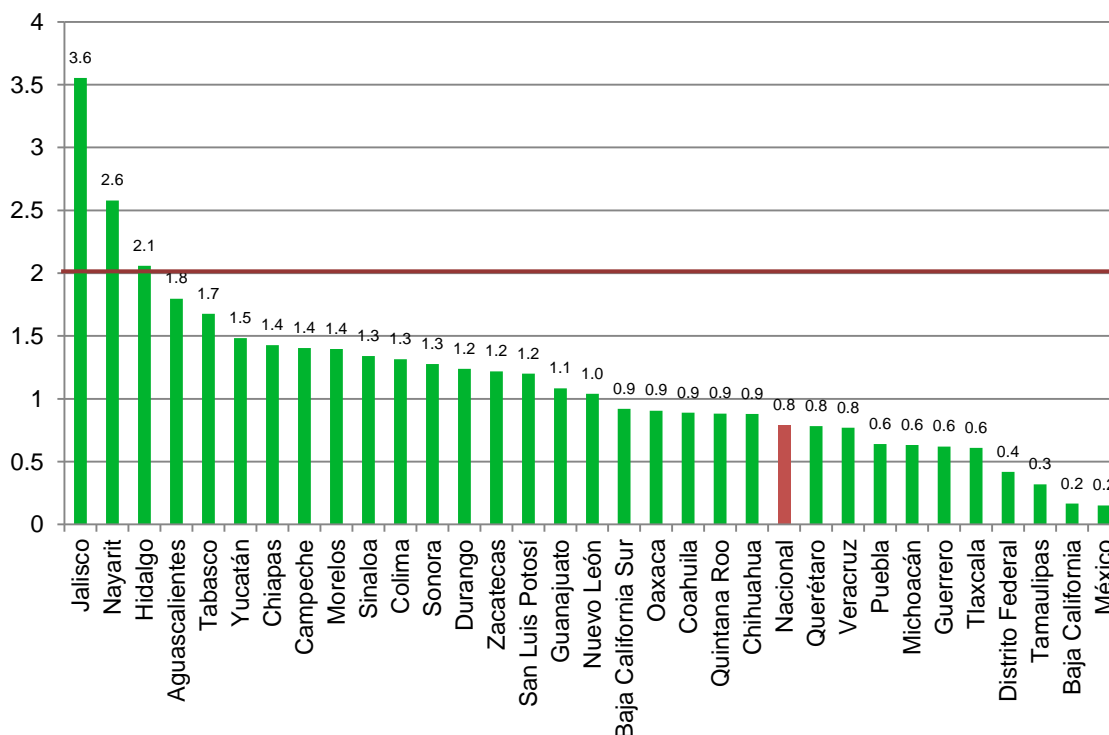
Entidad federativa	UMM	Población	Número de consultas requeridas (=Pob*2)	Número de consultas realizadas (primera vez y subsecuentes CAUSES)	Productividad por día	Capacidad Actual como porcentaje del requerido	Número de consultas por habitante en un año
Yucatán	21	41 795	83 590	62 012	12.3	74.2	1.5
Zacatecas	60	133 082	266 164	162 278	11.3	61.0	1.2
Nacional	1 448	3 879 056	7 678 112	3 034 962	8.7	39.5	0.8

Fuente: Elaboración propia con datos del Libro Blanco del Programa Caravanas de la Salud 2012 (DGPLADES, 2012).

### 2.2.2 Número de consultas por persona al año

Para complementar la información desde otro enfoque, se utilizó el indicador de número de consultas por persona por año. Este indicador muestra de manera sencilla las áreas de oportunidad en términos de productividad por persona, ya que tanto a nivel nacional como en la mayor parte de las entidades federativas, el número de consultas por persona en un año es menor que el estándar mínimo. En el nivel nacional, este indicador asciende a 0.8; los estados con las menores cifras son nuevamente el Estado de México (0.2 consultas por persona al año), seguido de Baja California (0.2) y Tamaulipas (0.3). Por otro lado, Jalisco, Nayarit e Hidalgo brindaron 3.6, 2.6 y 2.1 consultas por paciente por año respectivamente, lo cual excedió el mínimo de dos consultas por paciente al año (Figura 2).

**Gráfica 2. Número de consultas por persona en un año realizadas por las UMM de Caravanas, México 2012**



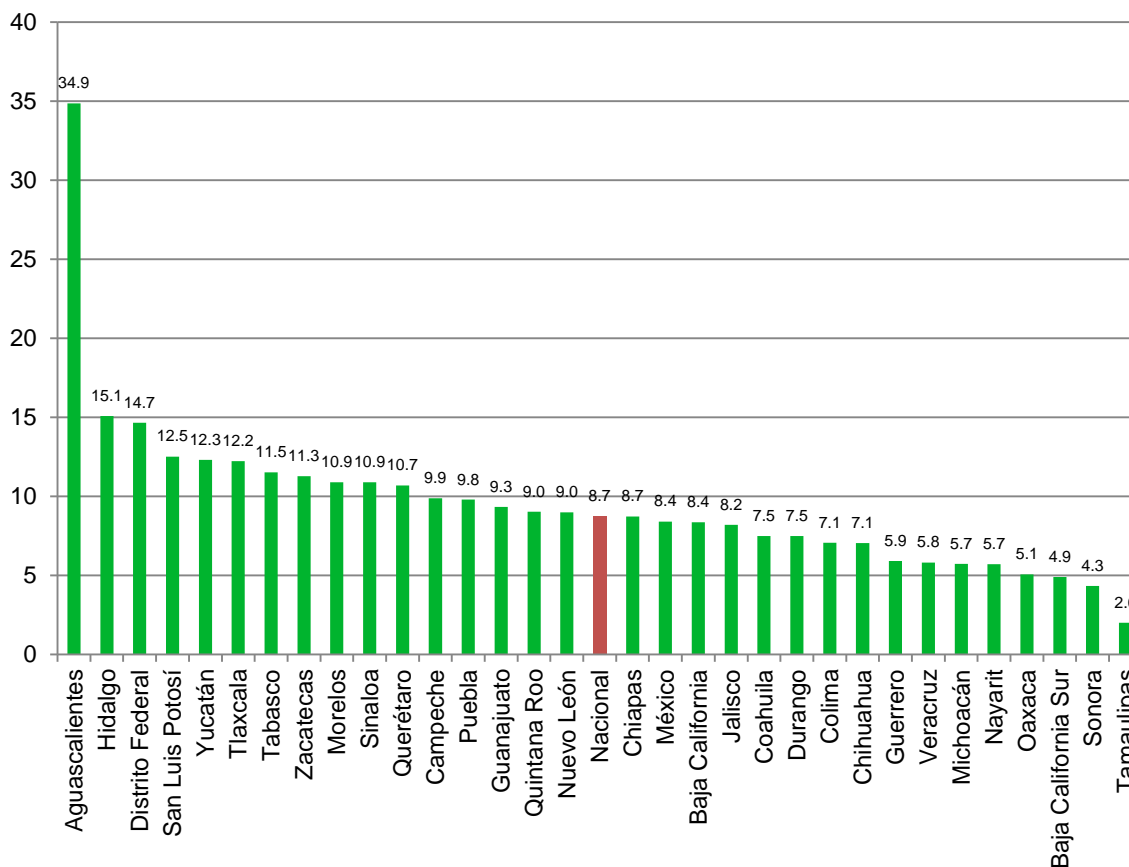
Fuente: Elaboración propia con datos del Libro Blanco del Programa Caravanas de la Salud 2012 (DGPLADES, 2012).

### 2.2.3 Productividad por día

La capacidad del Programa para atender de manera completa a la población depende de los recursos con los que cuenta y de la productividad de dichos recursos. Así, el siguiente indicador da cuenta de la productividad promedio de las unidades médicas, es decir, el promedio del número de consultas otorgadas al día por UMM en 2012.

En el nivel nacional, este promedio es de 8.7 consultas al día por UMM. Aguascalientes en la entidad con la mayor productividad diaria por UMM con 34.9 consultas al día. Le sigue Hidalgo con 15.1 y el Distrito Federal con 14.7 consultas diarias por UMM. Nuevamente Tamaulipas se encuentra entre los estados con el menor indicador, en esta ocasión es el último de la lista con 2 consultas al día por UMM. Posteriormente, y en orden ascendente, Sonora con 4.3 y Baja California Sur, con 4.9 consultas al día por UMM (Ver Figura 3).

**Figura 3. Productividad diaria promedio de las UMM, México 2012**



Fuente: Elaboración propia con datos del Libro Blanco del Programa Caravanas de la Salud 2012 (DGPLADES, 2012).

Cabe mencionar que la productividad también depende de la cantidad y calidad de los recursos humanos en los equipos.

### 2.3 Acceso y utilización de servicios de salud en localidades de alta y muy alta marginación

La carencia existente en acceso a los servicios de salud en algunos sectores de la población se refleja en los indicadores publicados por el CONEVAL con base en la Encuesta de ingresos y gastos de los hogares (ENIGH), en 2012. Según esta fuente, el 2.9 % de la población mexicana sufrió algún dolor, malestar, enfermedad o accidente que le impidió realizar sus actividades cotidianas en los últimos 12 meses y no recibió atención médica. En el 2.9 %

del total de los hogares, sus integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de emergencia. Además, el 30.8 % de la población no había sido pesada o medida por un médico o enfermera en los últimos 12 meses; al 46.9 % de la población de 30 años no se había tomado una muestra de sangre para detectar diabetes en los últimos 12 meses y al 30.7 % de la población de 30 años o más no se le había medido la presión en los últimos 12 meses.

El acceso a los servicios de un programa está relacionado con la cobertura efectiva del mismo. Mientras menos barreras físicas, culturales, económicas y sociales existan para que la población objetivo tenga acceso a los bienes o servicios otorgados por un programa, éste tendrá una mayor población atendida de manera efectiva y por lo tanto mayor cobertura. La utilización de los servicios también da cuenta del grado en el que los beneficiarios son atendidos lo cual se relaciona íntimamente con la cobertura.

Por estas razones, en esta sección se analizan las variables de acceso y utilización de dos poblaciones: la primera son los hogares que residen en las localidades indígenas de alta y muy alta marginación, y la segunda son los hogares que residen en las localidades con dichas características pero que además son atendidas por el Programa Caravanas de la Salud. La información se obtuvo a partir de la de encuestas a hogares en localidades indígenas de alta y muy alta marginación, atendidas o no por el Programa.

Con esta información se considera el enfoque de los individuos en las localidades de estudio que son o pueden ser usuarios de los servicios de salud que brinda Caravanas. Este análisis complementa de manera importante la información sobre la cobertura del programa presentada hasta el momento.

Cabe señalar que la metodología y características del muestreo, levantamiento y análisis de esta información, están contenidas en el Informe del diagnóstico de las condiciones de salud de la población en localidades Indígenas de alta y muy alta marginación.

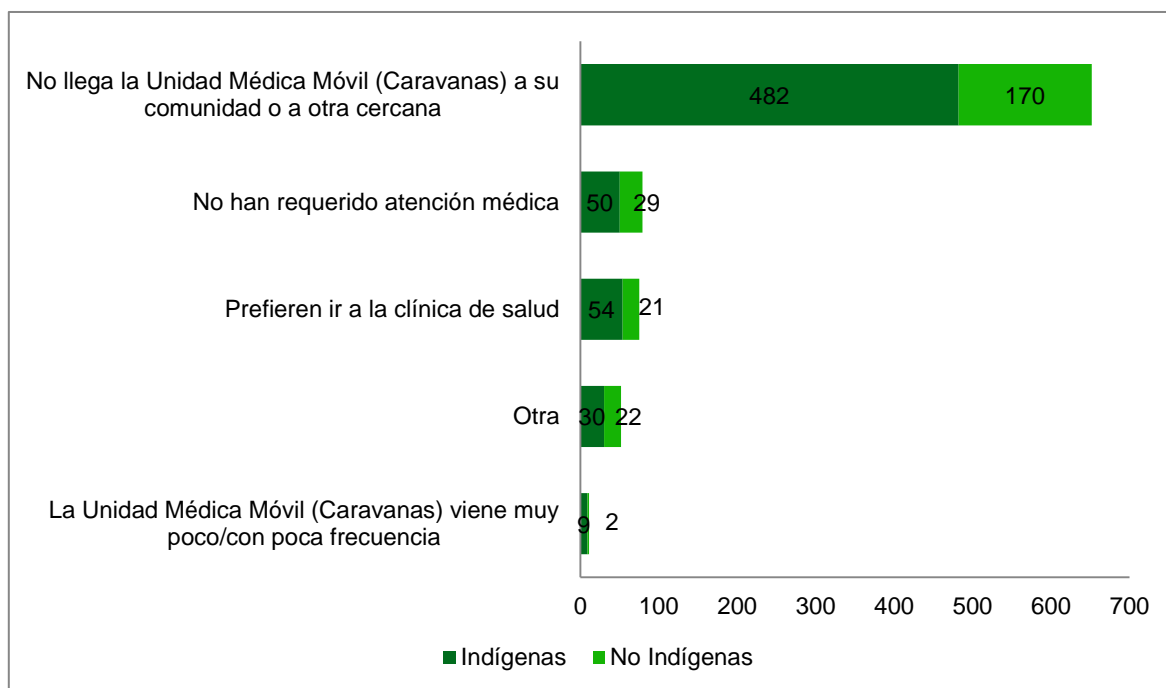
### **2.3.1 Conocimiento, acceso y utilización de los servicios de salud en las localidades indígenas de alta y muy alta marginación atendidas por el Programa Caravanas de la Salud**

En las localidades indígenas de alta y muy alta marginación con presencia del Programa, se encontró que menos de la mitad de la población conoce la existencia del PCS y que los hogares indígenas tienen mayor conocimiento del mismo que los hogares no indígenas.

Asimismo, también se supo que los servicios de atención médica son los más conocidos de todos los servicios que se prestan en las UMM y únicamente el 13 % de las personas que saben de la existencia del Programa, conocen los servicios de telemedicina, atención

dental o realización de análisis médicos. En la gráfica 4 se presentan las principales razones de no utilización de los servicios de las UMM<sup>10</sup>.

**Gráfica 4. Principales motivos de no utilización de los servicios de las UMM de Caravanas, México 2013.**



Fuente: Encuesta en hogares en localidades de alta y muy alta marginación con población indígena 2013.

En términos de utilización, se halló que únicamente el 17 % de la población de las localidades en análisis se ha atendido en una UMM y las personas que no se han atendido en alguna, reportan que la principal razón fue por que las unidades médicas no llegan a su comunidad o a alguna comunidad cercana.

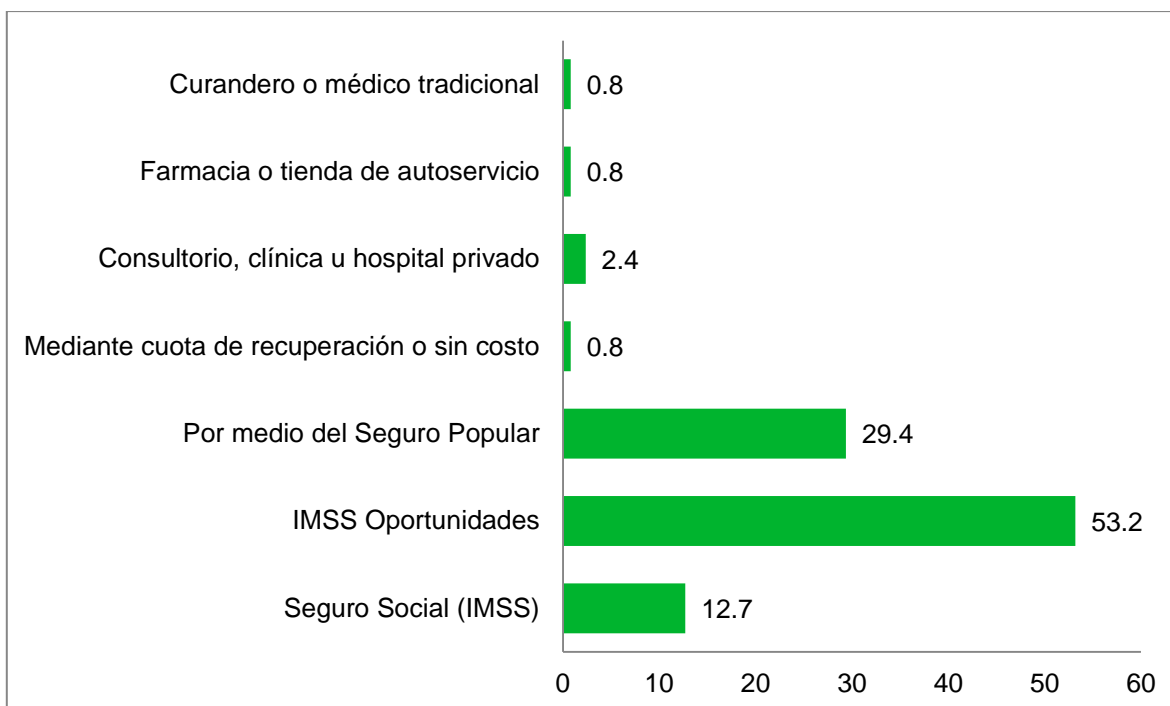
Las personas que se han atendido en alguna UMM del Programa reportan un promedio en el tiempo de traslado de su casa a la UMM de 55 minutos, 46 minutos en promedio para los hogares indígenas y 80 minutos para los hogares no indígenas.

El tiempo de espera para recibir atención es en promedio de 60 minutos, 58 minutos para la población indígena y 67 minutos para la no indígena. Estos valores son superiores a los estándares nacionales.

<sup>10</sup> De este análisis se excluyeron algunas razones por ser poco representativas.

De las personas encuestadas en las localidades atendidas por Caravanas, 73 % reportaron asistir a otras instituciones además de las UMM de Caravanas para recibir atención médica. El mayor porcentaje de personas reportó al IMSS Oportunidades como su proveedor de servicios, le sigue el Seguro Popular y después el IMSS (Gráfica 5).

**Gráfica 5. Utilización de servicios de otras instituciones además de los servicios de las UMM de Caravanas por la población en localidades indígenas de alta y muy alta marginación, en alguna ruta del Programa, México 2013**



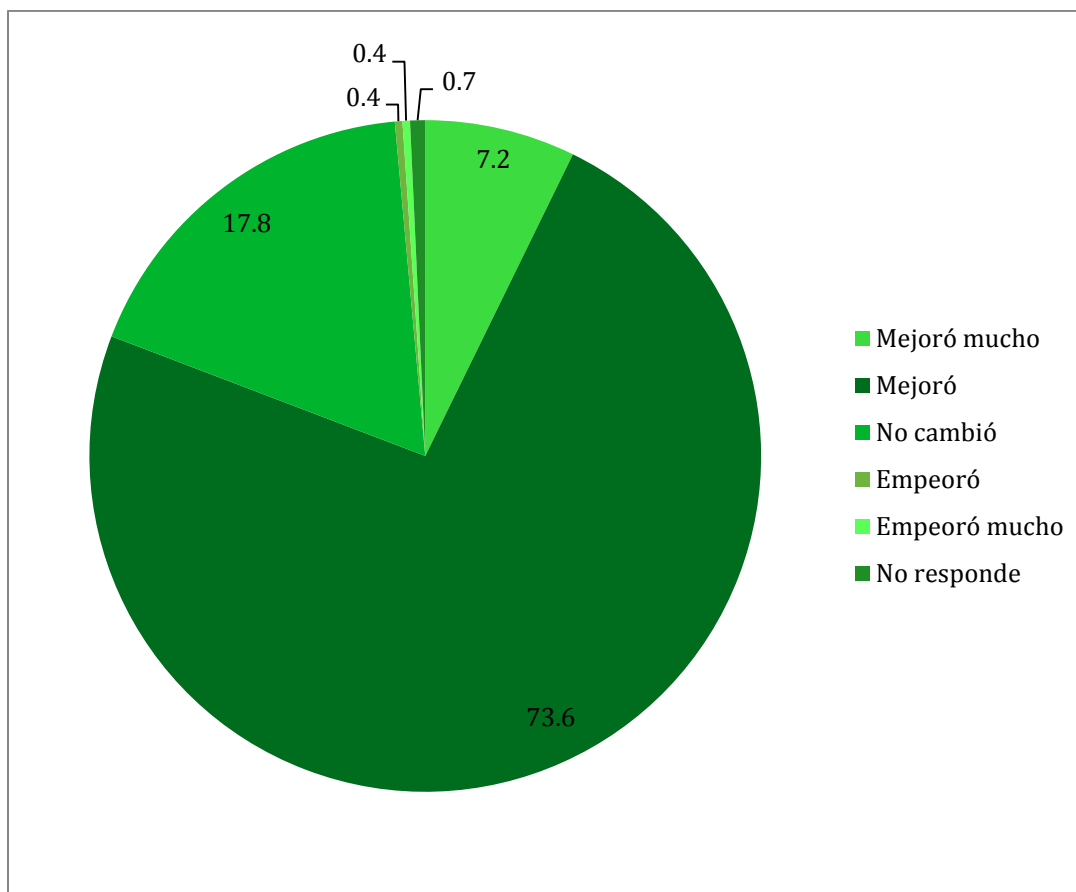
Fuente: Encuesta en hogares en localidades de alta y muy alta marginación con población indígena 2013.

Con respecto al costo de la atención recibida, al 12.3 % de las personas que buscaron atención en el último mes, les cobraron por la atención recibida y al 82.7 %, no. Además, del total de personas a las que se les recetó algún medicamento (82.1 % de los que recibieron atención) el 16.4 % tuvo que pagar por dicho medicamento.

Con respecto al acceso y utilización de servicios de salud especializados, se halló que el 7.5 % de las personas que recibieron atención en el último mes fueron referidos a otra unidad de salud. Del total de referidos, al 84.2 % les fue expendido algún documento para su ingreso al lugar de referencia y el 67 %, acudió a dicho lugar a recibir la atención médica correspondiente.

El 73.6 % de las personas que recibieron atención reportaron mejoría en su estado de salud y 17.8 % reportó que no sintieron cambio en el mismo (Gráfica 6).

**Gráfica 6. Porcentaje de personas que recibieron atención según su percepción de mejoría en su estado de salud después de la última consulta, México 2013**



Fuente: Encuesta en hogares en localidades de alta y muy alta marginación con población indígena 2013.

El 91.5 % de las personas reporta nunca haber perdido o dejado de asistir a una cita con el médico y de aquellas que no asistieron a alguna cita, el 1.1 % dejó de asistir porque la UMM estaba muy lejos; 4.3 % reportó no haber asistido porque no pudo pagar o porque es muy caro el transporte; asimismo, el 1.1 % reportó no haberlo hecho porque tarda demasiado tiempo en ir a la unidad en la que lo atienden.

El 98.9 % de las personas que buscaron atención durante el último año reportó que nunca les fue negada la atención y 1.1 % reportó que sí; el motivo principal reportado de la negación fue que no alcanzó ficha para la cita.

Con respecto a la atención y control de diabetes, el 85.2 % de las personas diagnosticadas con diabetes reportó que ha estado en tratamiento desde su diagnóstico; de este porcentaje, el 34 % se atiende en IMSS Oportunidades, 25.6 % lo hace por medio del Seguro Popular, 25.6 en el IMSS, 4.1 % en algún consultorio, clínica u hospital privado y 0.8 % en alguna unidad médica móvil de Caravanas.

En cuanto al tratamiento y control de la hipertensión arterial –del total de las personas que fueron diagnosticadas (134)– 75.8 % están en tratamiento; 39 % de éstas reciben su tratamiento en una clínica o centro de salud de IMSS Oportunidades; 23.1 % lo hace a través del Seguro Popular, 19.4 % en el IMSS, 4.5% en un consultorio, clínica u hospital privado, 2.2 % en una unidad médica móvil de Caravanas, 2.2 % en el ISSSTE y 0.7 % en una farmacia o tienda de autoservicio.

### **2.3.2 Accesibilidad y utilización de servicios a partir de la información recabada en las encuestas de salida del servicio de las UMM**

Como se menciona en el primer capítulo de este informe, se aplicó una encuesta a los usuarios de los servicios de Caravanas, al salir de la consulta. Esta encuesta fue aplicada a 308 usuarios. La información derivada de esta fuente, aunque no es representativa de los usuarios de los servicios, sí da cuenta de algunas opiniones sobre la accesibilidad y utilización de los servicios por parte de los usuarios entrevistados.

El 98.4 % de los entrevistados vive dentro de la comunidad visitada por Caravanas y 85.7 % considera que la UMM está cerca de su casa. Un 87.3 % tardó menos de 30 minutos en llegar a la UMM a recibir atención, mientras que el 54% llegó en menos de 15 minutos. Con esta información es posible suponer que para la mayoría de los usuarios de Caravanas, los servicios de las UMM son accesibles.

Se encontró que a 25 % de los usuarios entrevistados (16 de personas), se les negó la atención –a la mayoría por no alcanzar turno o ficha–, aunque algunos argumentan que no se les dio razón o les dijeron que no estaban graves.

## **2.4 Conclusiones**

Los indicadores de cobertura utilizados por el programa consideran a la población atendida igual a la población objetivo ya que se consideran atendidas a todas las personas que habita en la localidad de alguna ruta de Caravanas. Sin embargo, esta medición es incorrecta y es conveniente para el Programa corregirla de modo que sea posible



dimensionar de mejor manera el avance que tiene el Programa en la atención de su población objetivo. En este sentido, se recomienda lo siguiente.

La cobertura efectiva o capacidad con la que actualmente cuenta el Programa para brindar una atención completa a su población objetivo aún es deficiente, ya que actualmente otorga el 39.5 % del total de consultas que debería dar. Esta situación puede deberse a la falta de UMM en algunas entidades federativas, sin embargo, también existen grandes áreas de oportunidad en la productividad de las UMM.

El conocimiento de la presencia del Programa en las localidades indígenas de alta y muy alta marginación en alguna ruta aún es limitado, en tanto que menos de la mitad de la población sabe de su existencia. Además, sólo el 17 de la población en estas localidades se ha atendido en alguna UMM del PCS. La principal razón reportada por los que no se atendieron en dichas unidades fue el desconocimiento de que la UMM asiste a la localidad. Este desconocimiento es una importante barrera al acceso de los servicios del Programa.

El PCS, hasta 2012, tenía presencia en el 14.3 % de las localidades indígenas de alta y muy alta marginación; ésta varía entre las entidades federativas, al ser Durango la entidad con la mayor presencia y Nuevo León la entidad con la menor de ellas.

Con respecto a la utilización de servicios, el 0.8 % de la población que está en tratamiento para la diabetes y el 2.2 % de las personas en tratamiento y control de hipertensión arterial se atienden en una UMM de Caravanas. Sin embargo, el principal prestador de servicios a la población en localidades indígenas de alta y muy alta marginación, atendidas o no por Caravanas, es el Programa IMSS Oportunidades.

Los resultados de las encuestas de salida a los usuarios de los servicios de Caravanas sugieren que dichos usuarios perciben que las UMM están cerca de su vivienda y que es fácil llegar a recibir los servicios de la misma.

## **Recomendaciones**

- I. Modificar el método para cuantificar la población atendida, y poner mucha atención en el número de personas que pueden acceder físicamente y en condiciones normales a los servicios de las UMM, además de considerar la cantidad de población en las localidades y la capacidad de las UMM de brindar consultas de forma regular y adecuada. Esto permitirá tener una medición real de la cobertura y cuantificar los recursos necesarios para el logro de los objetivos.

- II. Incrementar el número de UMM en operación con base en la productividad de consultas por médico por año en cada entidad federativa, y considerando como mínimo dos consultas por integrante de la población objetivo al año.
- III. Revisar el diseño y aplicación del modelo de atención del Programa en los extremos: en rutas con localidades de mucha población y en aquellas que buscan atender población con muchas localidades pequeñas y dispersas.
- IV. Diseñar e implementar un proyecto de difusión del Programa y sus acciones e implementarlo con adecuaciones a los contextos estatales, regionales y locales. Se sugiere incluir medios auditivos como el perifoneo, reforzar la promoción social y considerar las características culturales de la población
- V. Definir la población objetivo de manera más clara y exacta y actualizar la cifra cada año.
- VI. Sistematizar el registro de las personas atendidas a partir de los expedientes médicos, para así contar con un registro exacto de la población atendida en cada año.
- VII. Reforzar la capacidad instalada en las entidades que tengan alta eficiencia, es decir una alta productividad por UMM.
- VIII. Establecer mecanismos de asignación de recursos que incentiven la productividad de las UMM.
- IX. Se recomienda reforzar la estrategia de difusión del Programa en el nivel local.

## Referencias bibliográficas

Comisión económica para América Latina y el Caribe, 2002. Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas, División de Población de la CEPAL, Naciones Unidas. Santiago de Chile, 2002.

-----2008. Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? Informe del Seminario-Taller. Santiago de Chile, 2008.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2013. Evaluación Específica del Desempeño del Programa Caravanas de la Salud 2012-2013, CONEVAL, México, 2013.

----- 2010. Evaluación Específica del Desempeño del Programa Caravanas de la Salud 2009-2010, CONEVAL, México, 2010.

----- 2011. Evaluación Específica del Desempeño del Programa Caravanas de la Salud 2010-2011, CONEVAL, México 2011.

Diario Oficial de la Federación, 2011. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Desarrollo Humano Oportunidades para el ejercicio fiscal 2012, DOF, 30 de septiembre de 2011.

Diario Oficial de la Federación, 2011. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Caravanas de la Salud para el ejercicio fiscal 2012, DOF, 27 de diciembre de 2011.

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), 2012. Libro Blanco del Programa Caravanas de la Salud 2006-2012. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2012.

Hall G, Patrinos H, 2005. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Banco Mundial, Washington. 2005.

Rodríguez Herrera, Adolfo, 2006. Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central. Serie financiamiento del desarrollo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 2006.

### 3 Evaluación Operativa de la Calidad en la Atención en Salud

La evaluación de la calidad de la atención en el Programa de Caravanas tiene como objetivo conocer cómo operan los servicios de salud del pcs en el ámbito de la calidad percibida y calidad técnica, desde la óptica del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) y los parámetros del Modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC) para encontrar fortalezas del programa y áreas de oportunidad que sirvan para lograr sus objetivos y metas de manera eficaz y eficiente.

Las metodologías usadas para este reporte fueron la revisión documental basada con los parámetros de SICALIDAD para la calidad percibida y los del MECIC para la calidad técnica, lo que permitió hacer la evaluación en tres momentos:

- Entrevistas estructuradas a usuarios de los servicios de las caravanas
- Revisión de historias clínicas de acorde al MECIC
- Levantamiento en campo mediante una encuesta

Con base en lo anterior, el equipo evaluador comparó los indicadores de SICALIDAD y del MECIC con lo obtenido e hizo análisis de hallazgos importantes sobre la calidad técnica percibida, lo que dio como resultado una serie de conclusiones objetivas que al final se presentan como un listado de recomendaciones generales.

#### 3.1 Antecedentes

La calidad es parte de la humanidad, aunque no se le conocía como hoy, ni tampoco era evaluada con los métodos y herramientas disponibles en la actualidad. Hay que decir que la calidad era parte de los acuerdos establecidos en los intercambios comerciales (el “crédito a la palabra”). Si bien se estableció en la época del trabajo artesanal donde se pretendía ofrecer a los compradores siempre la mejor calidad en la mercancía, no fue sino a partir del siglo XVIII cuando ésta tomó el matiz formal con el que la conocemos hoy día, particularmente con el auge en los negocios y en los bienes que se producían a gran escala, en la época de la Revolución industrial.

El interés por el establecimiento de estándares para la calidad se gestó en el mundo industrial al ser un tema eminentemente industrial y asociado a la competencia de bienes de consumo, pero no fue hasta la mitad del siglo pasado cuando surge la competencia entre las empresas de servicios, que se inicia la cultura de calidad a favor del cliente.

#### 3.2 La calidad en los servicios de salud

“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los

recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite". OMS

Los esfuerzos para evaluar la calidad datan desde antes de Cristo en China e India donde se establecieron estándares que determinaban quién podía practicar la medicina. Así como en Europa donde a partir de 1140 en Italia, se comenzaron a hacer esfuerzos para licenciar a los médicos.<sup>3</sup>

Pero no es hasta el inicio del impulso de la teoría de la calidad en los servicios de salud que en Estados Unidos y algunos países de Europa, que se formaliza el estudio de la calidad en salud y se reconoce al Dr. Avedis Donabedian como el pionero que realmente se ocupó de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en la unión americana.

El movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de salud se inicia cuando el Colegio estadounidense de cirujanos, en 1917, reunió el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y eliminaran los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrada por la Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones de Prestación de Salud.

Sin embargo, el interés por la gestión de la calidad, inicia con Taylor con lo que se denominó "dirección científica taylorista", sistema que promulgaba la realización de tareas específicas, al observar los procedimientos de los trabajadores y medir la salida del producto.

En los ochentas, las fallas en los procesos de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales de la industria, así como el aumento de los costos, llevó a los profesionales de la salud en los países desarrollados a empezar a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares.

Las organizaciones de salud en los EUA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de mejoramiento continuo de la calidad (PMC) y de la Administración total de la calidad (TQM, por sus siglas en inglés), en Reino Unido, el Servicio nacional de salud adoptó una política formal de calidad en 1991 y reconoció al Proceso de mejoramiento continuo como la manera más rentable de ponerla en práctica.

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a las necesidades del paciente más allá de lo que espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. La calidad implica constancia de propósito, conciencia y educación de las necesidades del paciente, incluyendo la

oportunidad y el costo del servicio. Según menciona Ruelas, la calidad es todavía el problema número uno cuando se trata de la prestación de servicios de la atención médica.

La satisfacción, según Thomas y Cols, tiene relación entre las expectativas de los pacientes y la satisfacción de dichas expectativas; por lo que Hall y Dornan mencionan la relación de las variables tales como la calidad afectiva del proveedor de salud, la cantidad de información que utiliza el proveedor, su habilidad técnica en los servicios de salud, el tiempo de espera y las variables de tipo sociodemográficos como edad y sexo.

Hay que rescatar que la evaluación de la calidad de la atención médica presenta retos significativos, tales como establecer condiciones que permitan evaluar la calidad sin sujeciones subjetivas y el definir los puntos y sujetos a evaluar.

### **3.3 México y la calidad en los servicios de salud**

En la última década del siglo xx se suscitó un crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención médica en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que en el mundo contemporáneo la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y para algunas personas, por fortuna, también de responsabilidad social e integridad moral.

A lo largo de la historia en México, se han realizado esfuerzos por crear sistemas de salud claros en calidad, y que confieran al usuario la seguridad propia de la atención; para 1956, en el hospital La Raza, comenzó de manera no oficial la revisión de expedientes clínicos con la finalidad de construcción de un sistema de calidad interhospitalario. No fue propiamente el enfoque actual de calidad; únicamente se verificaba que la institución cumpliera con la normatividad establecida para sus procesos, pero es hasta 1957 cuando de manera formal se crea la Comisión de supervisión médica del IMSS y posteriormente, en 1959, se integra la Auditoría médica en el IMSS, lo que establece las bases de evaluación de calidad a través de la revisión del expediente clínico.

En 1972, la Auditoría médica evolucionó a Evaluación médica y formalizó las Instrucciones para la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico. En atención a lo anterior es para 1973, cuando el IMSS cimienta los lineamientos para la integración del expediente clínico con el cuál se definieron con precisión sus reglas de operación y elaboración.

Es en 1984 cuando se inicia formalmente la investigación sobre calidad en el Centro de investigaciones en salud pública. Para 1985, se crearon los Círculos de calidad, en el Instituto Nacional de Perinatología, diseñados originalmente como elementos de control de calidad y eficacia en la industria y adaptados a la atención médica. Se consideraba que la calidad se podría resumir en el hecho de que ésta es responsabilidad primordial de

aquellos que directamente producen el bien o el servicio, y son ellos quienes mejor conocen el proceso, por tanto, también pueden controlarlo, corregirlo o mejorarlo al aplicar siete etapas de la implantación del programa de garantía de calidad:

- Elaboración del documento propositivo y protocolo de trabajo.
- Negociación.
- Diseño de una guía para la elaboración de un manual de garantía de calidad.
- Selección de un punto de inicio. Punto control.
- Elaboración del manual de garantía de calidad por servicio.
- Operación de los círculos de calidad.
- Evaluación del programa.

Lo anterior tiene la finalidad de crear estrategias que representen una guía de recomendaciones para los prestadores de los servicios de salud y estandarización de los procesos en calidad.

En julio de 1987, la Subdirección general médica del IMSS editó el documento *Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS*, e incluyó un instructivo operativo y una cédula de registro. Dicho documento representaría una aportación directa de los trabajos de evaluación del sector salud, quienes dictaminarían, posteriormente, las bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud.

Un evento que impulsó más el desarrollo de la investigación y de la educación superior en esta materia fue la creación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en 1987. Los estudios sobre calidad de la atención que ya se desarrollaban mantienen continuidad y, además, se incorporan nuevos proyectos. Hoy en día, es una de las instituciones con mayor número de investigaciones y publicaciones en calidad de la atención a la salud.

En lo que respecta al sector privado, destaca en 1992 la creación de la Sociedad mexicana de calidad de atención a la salud, la cual convocó en ese mismo año en la ciudad de México, en coordinación con la International Society for Quality in Health Care, al Congreso mundial de calidad en servicios de salud realizado por primera vez en un país de América Latina.

El Programa de apoyo a los servicios de salud para la población abierta (PASSPA) fue puesto en marcha por la Secretaría de Salud, en 1994, con el objetivo de ampliar la cobertura de los servicios y mejorar la calidad de su prestación, a fin de garantizar a largo plazo un giro sustancial en los riesgos de enfermar y morir en las poblaciones más vulnerables. Éste contaba con dos componentes:

- Desarrollo de los servicios de salud

- Desarrollo institucional

Hacia 1995 se crean las primeras empresas privadas especializadas en la consultoría sobre el tema. La primera de ellas enfocada en la evaluación y los procesos de mejora continua de la calidad técnica; la segunda, especializada en la evaluación de la satisfacción de usuarios y prestadores de los servicios de salud.

Sin duda alguna, una de las iniciativas más importantes de la Secretaría de Salud en esta materia fue la creación, en 1996, de la Comisión nacional de arbitraje médico y el desarrollo de sus homólogas en varios estados de la república.

El Programa integral de calidad, elaborado por el IMSS en 1997, tuvo como objetivo general consolidar las acciones que impulsen de manera unificada la cultura de calidad de los servicios que satisfacen las necesidades de los derechohabientes, al estimular y reconocer a sus trabajadores como los actores principales en su proceso.

En la Secretaría de Salud se inició, en 1997, el Programa de mejoría continua de la calidad de la atención médica. Desde entonces, y hasta finales del 2000, fue implantado en 28 estados de la república. Este programa, coordinado por la Dirección de calidad de la Dirección general de regulación de servicios de salud, incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primero y segundo nivel en la historia de esta institución, así como la capacitación de cientos de directivos y personal de dichas unidades.

La Secretaría de Salud impulsó también la certificación de los hospitales “Amigos de la madre y el niño” y la certificación de jurisdicciones sanitarias. A través del Consejo de salubridad general se inició en 1999 el Programa de certificación de hospitales cuyos resultados cuantitativos a finales del año 2000 rebasaron las expectativas fijadas, no así en lo cualitativo del proceso, pues se identificaron importantes problemas que pusieron en riesgo su credibilidad.

En 1997, la Organización Panamericana de la Salud subraya la necesidad de contar con políticas estratégicas y regionales para garantizar la calidad en los servicios de salud así como de la seguridad del paciente, como una cualidad esencial para conseguir los objetivos nacionales en salud, así como la sustentabilidad de estos.

En la 59 sesión del comité regional de la Organización Mundial de la Salud y la 27 conferencia sanitaria panamericana se recalcan puntos estratégicos de acción para poder garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención, además, centra su atención sobre ejes tales como:



- Que la garantía de calidad y la seguridad del paciente no pueden estar a cargo de un sólo departamento, sino que es necesaria la participación de todo el personal médico y paramédico en el sistema de salud.
- Se recalcó la importancia de reglamentación y certificación de los productos médicos y proveedores de los servicios de salud.
- Se señaló que las medidas para garantizar la calidad debían de abarcar los sistemas de salud en su totalidad, incluidos no sólo los establecimientos que se dedicaban a la atención curativa, prevención de enfermedades, promoción de la salud, rehabilitación, entre otros.
- Se señaló que, como resultado de los adelantos en la tecnología de la información, los pacientes estaban mucho mejor informados sobre sus problemas de salud y sus derechos, y estaban cada vez menos dispuestos a aceptar como norma una comunicación deficiente entre proveedor y paciente.
- Se recalcó que, aunque la atención médica fuese buena desde el punto de vista técnico, no podía considerarse como atención de buena calidad si el paciente no estaba satisfecho con el tratamiento que había recibido.
- El personal médico debía tratar a los pacientes con respeto y considerarlos como sus iguales y al respetar diferencias culturales y entre los sexos, idea que debería inculcarse en los proveedores de atención sanitaria durante su capacitación.
- Aunque se reconoció la utilidad de normas internacionales se recalcó que los sistemas de garantía de la calidad deben adaptarse a las necesidades y circunstancias de cada país y de cada entorno de atención de salud.
- La Conferencia aprobó una resolución mediante la cual se apoya la creación de un observatorio regional y la elaboración de una estrategia regional para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Para 2007 y 2012 se considera dentro de la política de salud la necesidad de brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente. Es por esto que en el 2007 se crea el Programa sectorial de salud 2007-2012 (PROSESA), dictado sobre los ejes de acción del gobierno encabezado por el ex presidente de México el Lic. Felipe Calderón Hinojosa, los cuales estaban encaminados en metas tales que permitieran la igualdad de oportunidades, al integrar necesidades como:

- Mejorar las condiciones de salud de la población.
- Brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

- Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.
- Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano del país.

El PROSESA 2007 estaba dirigido a corregir las principales causas de deficiencia de salud al ser conscientes del bajo desempeño de calidad en muchos de los establecimientos de salud y de que la calidad es un compromiso permanente para la mejora continua en la atención de los problemas en salud de los ciudadanos. Plantea que para prestar servicios de salud con calidad y seguridad es necesario situar la calidad en la agenda permanente del Sistema nacional de salud, y como instrumento operativo, se establece el Sistema de calidad en salud (SICALIDAD), encargado de evaluar la calidad de los servicios de este tipo con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en gestión de los servicios de salud.

El programa de acción específico del Sistema integral de calidad en salud diagnostica las carencias e insuficiencias en relación a la calidad de servicios en salud, y formula propuestas y acciones tanto para mantener los avances logrados, como para favorecer un programa de mejora continua que sitúe la calidad en la agenda permanente en las organizaciones de salud.

Existen motivos suficientes que a lo largo de la historia justifican la creación del Sistema integral de calidad en salud, entre ellas se incluyen la insatisfacción de los ciudadanos con la calidad con la que perciben los servicios de salud, la alta variabilidad médica y falta de estandarización de los cuidados médicos, así como la deficiente presencia de la calidad en los programas académicos de los profesionales de la salud.

En la etapa de planeación para la elaboración del Programa sectorial de salud 2007-2012, se convocó al Foro ciudadano de calidad en salud 2007, para escuchar la voz de la ciudadanía, de los profesionales y organizaciones de la sociedad civil en relación con los contenidos de una propuesta integral de calidad. En materia de seguridad del paciente se propuso:

- Alinear intervenciones, programas de las subsecretarías, y con ello el ejercicio programático con el presupuestario.
- Desarrollar la organización, capacitación, investigación, profesionalización y educación continua del personal de salud.
- Desarrollar una cultura de seguridad en el personal de salud y los usuarios.
- Impulsar el modelo de seguridad del paciente basado en experiencias exitosas.

- Integrar al sector privado en las políticas en salud.
- Evaluar y analizar mediante los sistemas de información los costos de salud y de la no calidad.
- Incluir instituciones educativas en los Comités de calidad.
- Desarrollar un sistema integral de calidad para avanzar hacia el análisis y uso de información.

Finalmente, se podría decir que aunque la mejora en la percepción de los servicios públicos de salud es aceptable en términos generales, aún es necesario fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud. Es recomendable incorporar estrategias organizativas para brindar atención con mayor oportunidad; asimismo, se requiere consolidar los programas de educación continua del personal de salud en atención primaria. Una estrategia particularmente importante es el fortalecimiento de los indicadores de calidad técnica e interpersonal con el fin de mantener una evaluación permanente y detectar áreas de mejora para su corrección oportuna.

### **3.4 Objetivo general de la Evaluación operativa de la calidad de la atención en salud**

Evaluar, desde una perspectiva multifocal la calidad de la atención médica, desde un punto de vista técnico, así como la satisfacción del paciente.

#### **3.4.1 Objetivos específicos de la Evaluación operativa de la calidad de la atención en salud**

Evaluación de la calidad percibida por el usuario de la atención a la salud considerando:

- Satisfacción por la oportunidad de la atención
- Satisfacción por la información proporcionada por el personal de salud
- Satisfacción por el surtimiento de medicamentos
- Satisfacción por el trato recibido por el personal de salud

Evaluación de la calidad técnica de la atención a pacientes en las unidades del Programa Caravanas de la Salud tomando en cuenta:

- La calidad de la integración, conformación y resguardo del expediente clínico con respecto a la normatividad nacional
- La calidad técnica de la atención a pacientes con padecimientos crónicos degenerativos, menores de 5 años y pacientes en gestación, conforme a la normatividad actual y guías de práctica clínica.

### **3.5 Metodología de la Evaluación operativa de la calidad de la atención en salud**

#### **3.5.1 Instrumentos para la Evaluación**

##### **Evaluación de la calidad percibida**

Para la evaluación de la calidad percibida se usaron 2 instrumentos en diferentes momentos.

##### *Fase 1*

Se realizó una entrevista estructurada (Anexo I) a usuarios del servicio de Caravanas al momento de salir del servicio, la cual tiene un módulo de Calidad en la atención con 12 preguntas 11 cerradas y una abierta de los cuales se levantaron 63 en tres estados (Gráfica 1).

##### *Fase 2*

Se realizó la aplicación de un instrumento en campo en comunidades identificadas como indígenas con una proporción mayor o igual al 40 % de indígenas de su población total; resultado del muestreo se visitaron 54 localidades y se aplicaron 4 606 entrevistas en las localidades seleccionadas (para mayor detalle del levantamiento revisar el apartado de esta evaluación titulado *Diagnóstico de salud de la población indígena de alta y muy alta marginación*). Cabe aclarar que el instrumento utilizado para este levantamiento tiene algunas preguntas que tocan el tema de calidad de la atención percibida en diferentes momentos del mismo, de las cuales mostraremos su resultado según lo amerite el informe del componente.

##### **Evaluación de la calidad técnica**

Para la calidad técnica y conscientes de que el adecuado cumplimiento en la elaboración del expediente clínico es un espejo fiel de la calidad de las propias organizaciones de salud, se decide la evaluación del proceso diagnóstico terapéutico, haciendo énfasis en la elaboración del expediente clínico. Para dicho fin se realiza la Cédula de evaluación para la calidad técnica de los expedientes, basados en la legalidad regulada por la norma oficial mexicana para el expediente clínico vigente, donde se establece que se podrá evaluar la calidad del expediente clínico, a través de organismos colegiados internos o externos, y utilizando como base para nuestro instrumento de evaluación, el Modelo del expediente clínico Integrado y de calidad, del mismo modo que lo sugiere la norma.

En nuestra Cédula de evaluación para la calidad técnica de los expedientes (Anexo II) se utiliza como base el modelo de evaluación para el proyecto de Expediente clínico integrado y de calidad. Este Modelo precedió para su elaboración la revisión de los

documentos de evaluación de calidad en los expedientes clínicos aplicados en diferentes instituciones y establecimientos médicos, así como el marco normativo actual al hacer énfasis en las Normas oficiales mexicanas y que toma en consideración de manera especial la última revisión del Manual de procesos para la certificación de hospitales del consejo de salubridad general.

La Cédula de evaluación para la calidad técnica de los expedientes es un instrumento que ayuda a identificar áreas de oportunidad y puntos críticos que afectan la calidad en los procesos diagnósticos terapéuticos.

La cédula de evaluación se compone por 12 elementos:

- **El dominio A** conformado en la Guía de observación, en el apartado *Calidad técnica, para custodia y archivo del expediente clínico* compuesto por variables que determinan de manera clara las condiciones de almacenamiento del expediente clínico, cuya importancia se expresa en las Normas oficiales mexicanas.
- **El dominio B** de la integración del expediente clínico; las variables de este apartado evalúan los puntos críticos que con frecuencia afectan al expediente clínico. Se calificaron haciendo una revisión general del expediente en su totalidad; de los expedientes familiares, se eligió al expediente individual y se registró la ponderación según el resultado correspondiente.
- **El dominio C** de la historia clínica que verifica la existencia y registro de variables integradas en este apartado, originarias de la norma oficial mexicana para la elaboración de la historia clínica.
- **El dominio D** de las notas de evolución en general y **dominio E**, de las notas de referencia. En este apartado se evalúan los elementos que deberán integrar las diferentes notas médicas, haciendo relevancia a lo marcado en la normatividad oficial
- **El dominio F** de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, donde se evalúan los rubros mínimos necesarios que deberán contar los reportes de los estudios auxiliares, haciendo relevancia a los que respectan con la seguridad del paciente.
- **El dominio G** del análisis clínico, donde se evalúa, bajo conocimientos médicos y basados en los elementos de la normatividad actual, la congruencia para la elaboración de un diagnóstico, la inclusión de un tratamiento y el asentamiento de un pronóstico.
- **El dominio H** de la consulta de las guías de práctica clínico como herramienta en el proceso diagnóstico terapéutico.

- El dominio I, J, K para la atención a pacientes crónicos, pacientes embarazadas y menores de 5 años, se evaluaron variables retomadas de la normatividad oficial actual, todas ellas de carácter preventivo, los cuales delimitan de manera clara los elementos de alarma en la atención a estas patologías en específico.

### 3.5.2 Metodología de la aplicación de instrumentos

#### Fase 1

La entrevista estructurada para verificación del componente de calidad percibida del usuario se aplicó de manera directa a los usuarios del Programa Caravanas tras la atención de ellos por el personal de salud, aplicada por los investigadores en campo, para posteriormente capturar de dichas entrevistas, interpretación y análisis de los resultados.

#### Fase 2

Para ver los detalles del instrumento y cómo se aplicó es recomendable consultar el documento de *Diagnóstico de salud de comunidades indígenas de alta y muy alta marginación*.

#### Calidad técnica

Para la evaluación de los expedientes clínicos se hizo una captura digital, codificación y almacenamiento de los expedientes clínicos, después de lo cual se aplicó la cédula de evaluación, analizando cada variable de sus componentes, haciendo una ponderación para dar la calificación por apartado, dando el valor de 1 por cada elemento obtenido, 0 por elemento no obtenido, y en caso de que no aplicaba se descartó.

Se aplicó la cédula a todos los expedientes obtenidos y capturados en la base de expedientes recuperados, los cuales fueron seleccionados siguiendo con estos criterios.

- 10 expedientes de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II por cada localidad visitada.
- 10 expedientes de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica por cada localidad visitada.
- 10 expedientes de pacientes en control de embarazo por cada localidad visitada
- 10 expedientes de pacientes menores de 5 años por cada localidad visitada
- 10 expedientes de pacientes con padecimientos varios por cada localidad visitada
- Elegidos al azar tras solicitarlos al personal responsable

En las unidades que no se contaba con la cantidad suficiente de expedientes, se tomaron la totalidad de éstos, formulando una muestra significativa de expedientes que podría no

ser representativa estadísticamente, por las condiciones propias de elección de población blanco del sistema Caravanas, pero que sí muestran de manera fiel una tendencia en el proceso de realización del expediente clínico.

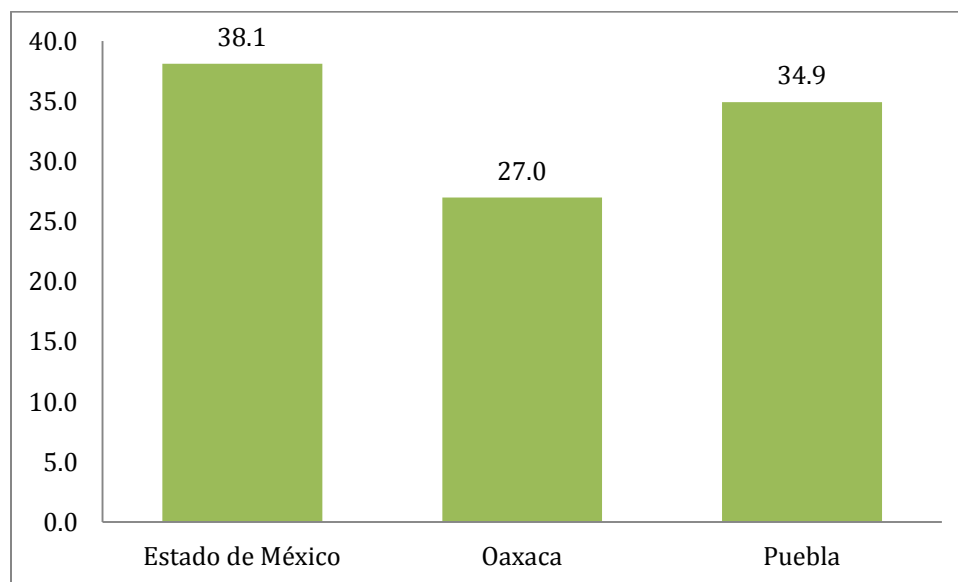
Tras la evaluación y captura de cada cédula en hojas de cálculo con ayuda del programa Microsoft Excel, se obtiene una base de datos digital, que sirvió para realizar posteriormente un estudio estadístico multivariado con ayuda de valores porcentuales por la ponderación obtenida en cada variable y presentación de la información para la realización de su análisis.

### 3.6 Resultados de la Evaluación operativa en la calidad de la atención en salud

#### 3.6.1 Resultados obtenidos de la Evaluación de la calidad percibida a través de la entrevista estructurada (Fase 1)

Se aplicaron entrevistas estructuradas a un total de 63 personas en comunidades con alto o muy alto grado de marginación, catalogada como población indígena según los criterios de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, en Oaxaca, Puebla y el Estado de México (Gráfica 1).

**Gráfica 1. Porcentaje de instrumentos aplicados por estado**



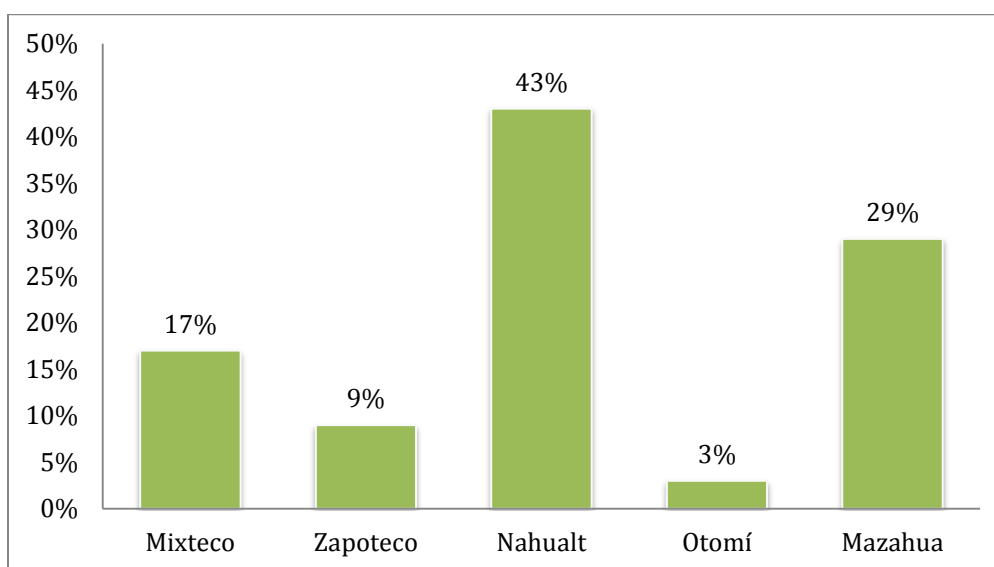
Fuente: Entrevista estructurada aplicada a los usuarios del servicio de Caravanas, México 2013

Oaxaca y Puebla fueron seleccionadas por la cantidad de localidades rurales marginadas y sin acceso a los servicios de salud con las que cuenta, además del alto índice de población indígena. En lo que respecta al Estado de México es una entidad donde las Caravanas de la

salud tienen una presencia importante con cifras altas de beneficiarios y cuentan con un contexto indígena muy diferente a los otros estados estudiados. Cabe mencionar que en la comunidad de Loma Zacatón en el Estado de Oaxaca, el personal médico labora 20 días y descansa 10, así que coincidió la fecha de descanso, con la fecha de aplicación del instrumento, por lo que no se pudo aplicar el instrumento en esta comunidad.

De éstas, 38.1 % se obtuvieron en el Estado de México, en Oaxaca 27.0 % y en Puebla 34.9 % (Gráfica 1). Mientras que los pacientes que hablaban una lengua indígena se ilustran en la Gráfica 2 con sus respectivos porcentajes de lengua hablada.

**Gráfica 2. Porcentaje de lenguas indígenas habladas por el total de encuestados**

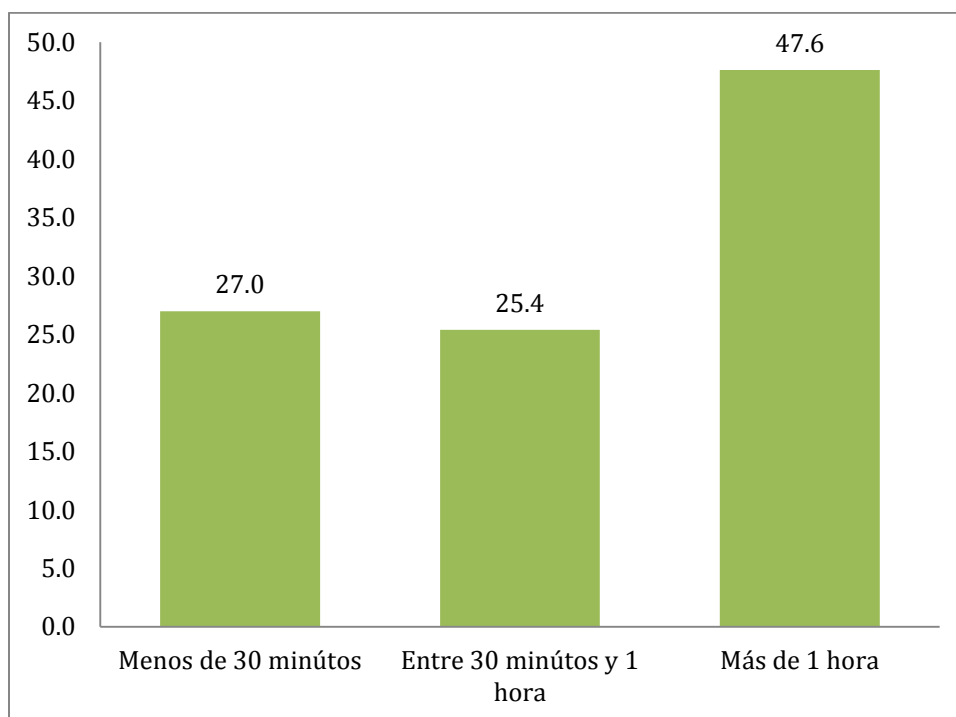


Fuente: Entrevista estructurada aplicada a los usuarios del servicio de Caravanas, México 2013

Para el indicador de calidad de atención, al aplicar la pregunta inicial, ¿Cuánto tiempo esperó desde que solicitó que le atendieran hasta que pasó a consulta?; diecisiete personas, que corresponde a 27 %, respondieron que menos de 30 minutos, dieciséis personas, el 25.4 %, respondieron que de 30 minutos a una hora, y el índice más alto, 47.6%, fue de 30 personas que respondieron que más de 1 hora (Gráfica 3).



**Gráfica 3. Tiempo de espera desde que se solicita la atención y ésta es otorgada**

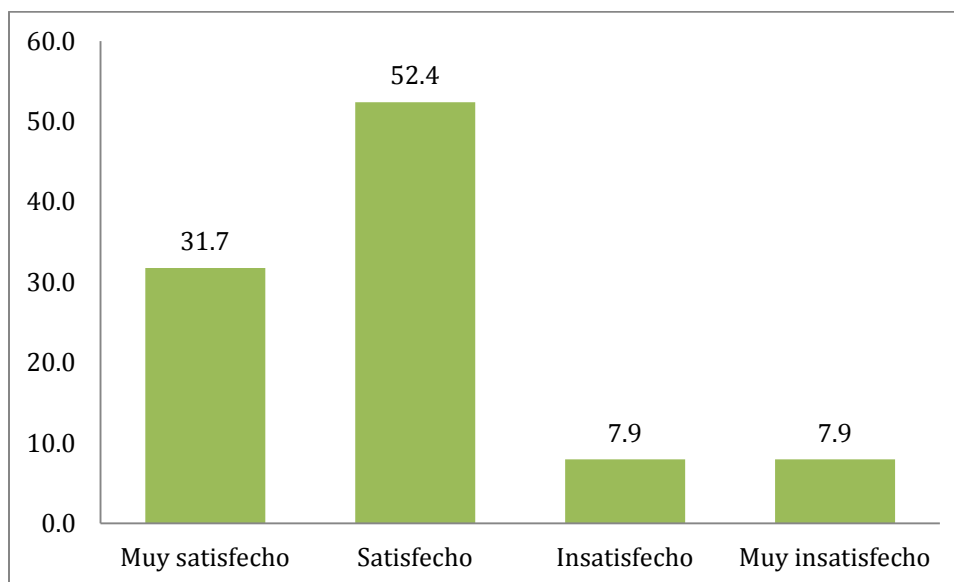


Fuente: Entrevista estructurada aplicada a los usuarios del servicio de Caravanas, México 2013

De forma general, el sector salud tiene un promedio de 20 minutos de espera, mientras que en los tiempos de Caravanas en algunas zonas indígenas este promedio se eleva como se puede apreciar en la Gráfica 3, donde resalta el 47.6 % de los pacientes esperan más de 1 hora.

Para saber la apreciación de la gente en relación a los tiempos antes descritos, se preguntó sobre si están satisfechos con el tiempo de espera, de lo cual se obtuvo la siguiente información que se presenta en la gráfica 4.

**Gráfica 4. Satisfacción con el tiempo de espera**



Fuente: Entrevista estructurada aplicada a los usuarios del servicio de Caravanas, México 2013.

Sobre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario se encontró que en un estudio realizado en Guadalajara en el área de medicina familiar del IMSS, resultó que el tiempo promedio de espera va de 18 minutos a 74 minutos; cuando se les preguntó a los pacientes por la satisfacción que tenían por el tiempo de espera, el grupo que esperó 18 minutos, fue el que mostró mayor grado de satisfacción, 68%, mientras que el grupo que esperó 74 minutos, sólo 32 % mencionó sentirse satisfecho (Colunga *et al.* 2007).

En el caso de un estudio realizado con 1692 pacientes que acuden a la Unidad de medicina familiar del IMSS de varios estados, se evaluaron distintas áreas. Los resultados fueron reveladores sobre la atención que se recibe en el IMSS, encontrándose que entre más tiempo de espera existía, mayor grado de insatisfacción había del usuario (Hernández, 2002).

Cabe mencionar que en ambos estudios la mayoría de las encuestas se realizaron a mujeres: 67 % en el caso de Guadalajara y 67.8 % en el estudio realizado en el IMSS; ambos casos con escolaridad mayor a secundaria y en su gran mayoría casadas.

En un estudio realizado en el estado de Hidalgo, de 1999 a 2000, con un total de 9 936 pacientes, realizado en 15 hospitales, mostró un índice de satisfacción de 71.37 %, y un 28.63 % de pacientes insatisfechos, de los cuales el 49.2% fue por los largos tiempos de espera, 16 % de los pacientes mencionó que regresaría porque no tenía más opciones de atención y 2 % mencionó que no regresaría (Ortiz *et al.* 2003).

Los retos organizacionales aumentan conforme la población está más informada acerca de sus derechos, como lo podemos ver en los siguientes datos obtenidos del mismo estudio, donde se muestra el caso de los derechohabientes del ISSSTE, los pacientes tienen un tiempo de espera superior a 2 horas, por lo cual un 74.48 % consideró que hubo mala calidad de atención (Ortiz *et al.* 2003). Lo anterior resalta que este grupo tiene escolaridad de bachillerato o superior y en promedio perciben tres salarios mínimos; caso totalmente opuesto al grupo del Programa Caravanas.

En el mismo estudio al desglosar el tiempo de espera, 72.93 % refiere haber esperado más de 60 minutos; de este grupo 67.33 % esperó más de 2 horas. Los pacientes mencionaron que el tiempo de espera es excesivo y 70.17 % considera mala calidad de la atención debido al tiempo de espera (Ortiz *et al.* 2003).

En estos estudios nos podemos percatar de una tendencia marcada en el índice de satisfacción, el cual aumenta cuando menos es el tiempo de espera, lo que contrasta en el caso del estudio de Caravanas, ya que de las 63 personas encuestadas, 47.6 % refiere esperar más de una hora, y de estos, 52.4 % mencionó sentirse satisfecho. Este resultado se puede explicar ya que a diferencia de los estudios antes citados, la población es de baja escolaridad, poco acceso a la información, tiene diferentes conceptos de tiempo y espacio y no tiene opciones para asistir a atender su salud, lo que nos lleva a deducir que como dice Donabedian: “de cultura a cultura cambian las normas de adecuación, el uso de recursos, las preferencias de la gente, sus creencias y consecuentemente deben de cambiar los criterios para evaluar la calidad de la atención”. De modo que concluimos que:

- Se deberían de adecuar los criterios para valorar la calidad de la atención percibida de acorde a la cultura y preceptos de los grupos indígenas.
- Se recomienda dar información a los usuarios acerca de sus derechos en su lengua.
- Por otro lado, debemos reconocer que dada la dinámica logística de la caravana, los tiempos de espera se alargan, por lo que se puede usar este tiempo de espera, para hacer sociodramas que muestren comportamientos saludables para algún o algunas enfermedades, lo que haría más amable la estancia de la gente que espera.

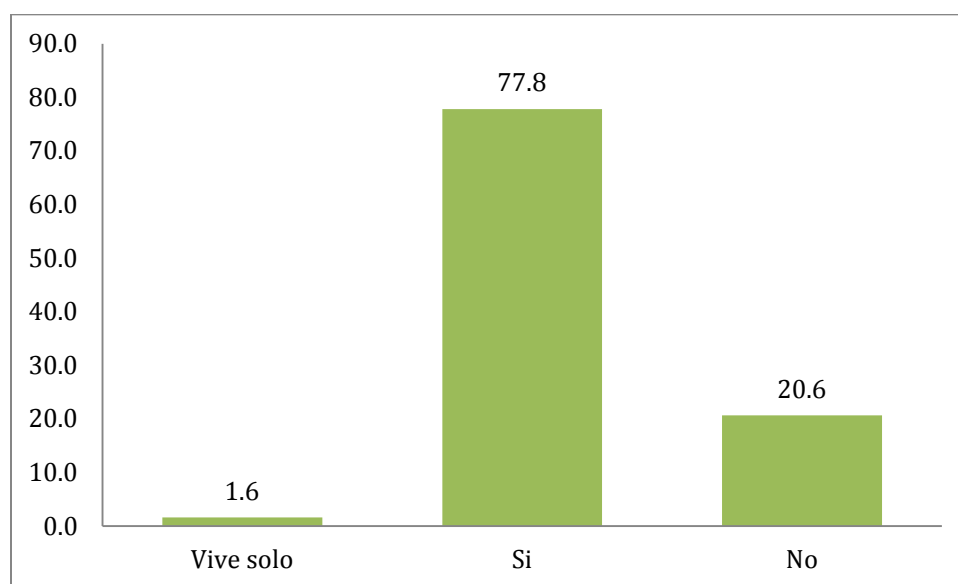
Siguiendo con el instrumento de la Fase 1 y tomando en cuenta que el contexto donde se aplicó fue en zonas indígenas de alta y muy alta marginación, debemos tomar en cuenta que para éstos grupos etarios, el proceso de sanación de la enfermedad no es individual, por lo que a continuación presentamos en la Gráfica 5 los resultados en relación al acompañamiento a consulta.

Sobre el tema de acompañamiento de algún familiar podemos citar en primer término el contexto general que nos da Donabedian (1982), el cual señala que “la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de calidad de atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y

expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última” (citado por Jiménez, 2004).

En contraparte la oms, dentro del Marco para el desempeño de los sistemas de salud, dice que es fundamental responder a las expectativas no médicas de la población. En ese orden de ideas, los grupos indígenas de nuestro país conciben la salud-enfermedad no como un proceso aislado sino como algo que afecta a la familia y, por ende, se debe de apoyar al individuo, de ahí la importancia de asistir acompañado a la consulta como lo muestran los resultados (Gráfica 5), por lo que se sugiere que dentro de la capacitación sobre interculturalidad que se le da al personal de salud se refuerce la idea de ver el proceso de salud-enfermedad de manera integral.

**Gráfica 5. Porcentaje de pacientes a los que se permite ser acompañados por un familiar**



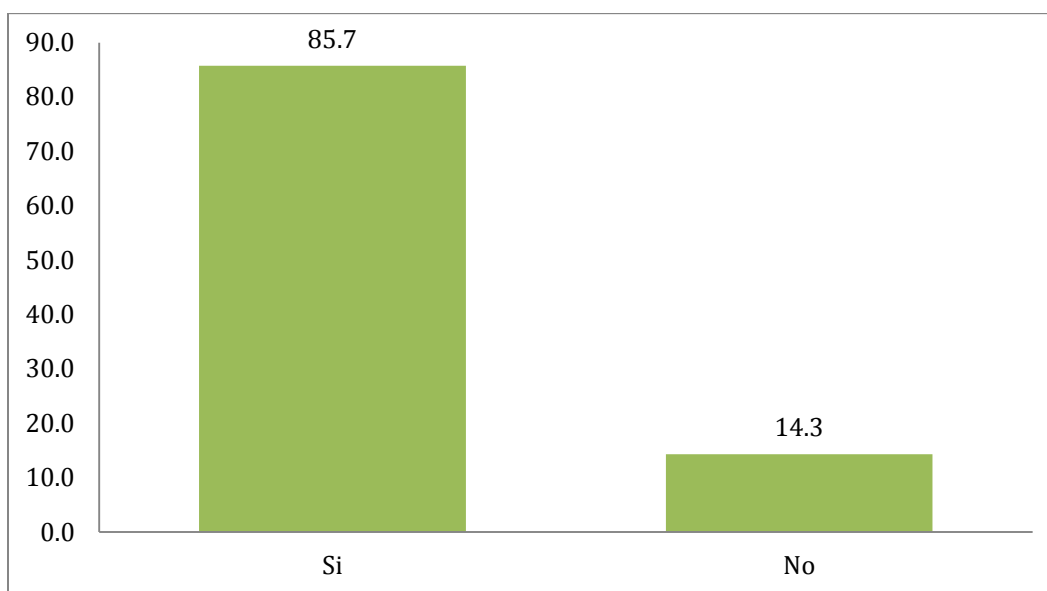
Fuente: Entrevista estructurada aplicada a los usuarios del servicio de Caravanas. México 2013

En lo referente a la percepción de los espacios donde se les da consulta se encontró lo siguiente (Grafica 6).

En zonas indígenas los espacios donde se interactúan generalmente se adecuan a las características de los ecosistemas donde ellos encuentran un balance, por ejemplo en la zona mayo-yoreme, el punto sagrado de encuentro es una enramada de un árbol de la zona que tiene como característica ser muy fresco, o en el caso de los mayas ellos usan para dormir y otras actividades como el uso de la hamaca, así como el caso de la zona mazahua donde generalmente se usan casas de adobe ya que hace mucho frio; estos sencillos ejemplos nos muestran que los espacios donde se desenvuelven tienen matices

característicos según la cosmovisión. En las entrevistas estructuradas a pesar de que la mayoría de la población dijo sentirse cómoda con el espacio de consulta, la evidencia de los investigadores de campo a través de las guías de observación nos muestra poca evidencia de adecuaciones culturales del espacio de terapia, por lo que se recomienda que las casas de la salud (que muchas UMM utilizan), se adecuen a la cultura para así crear un sentimiento de pertenencia.

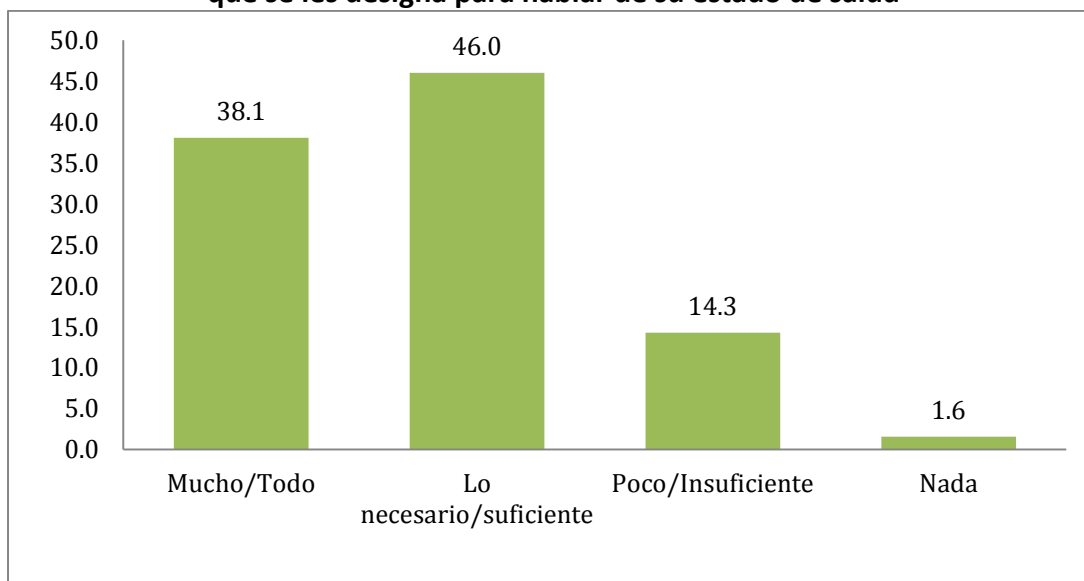
**Gráfica 6. ¿Se sintió cómodo en el espacio donde lo atendieron?**



Fuente: Entrevista estructurada aplicada a los usuarios del servicio de Caravanas, México 2013

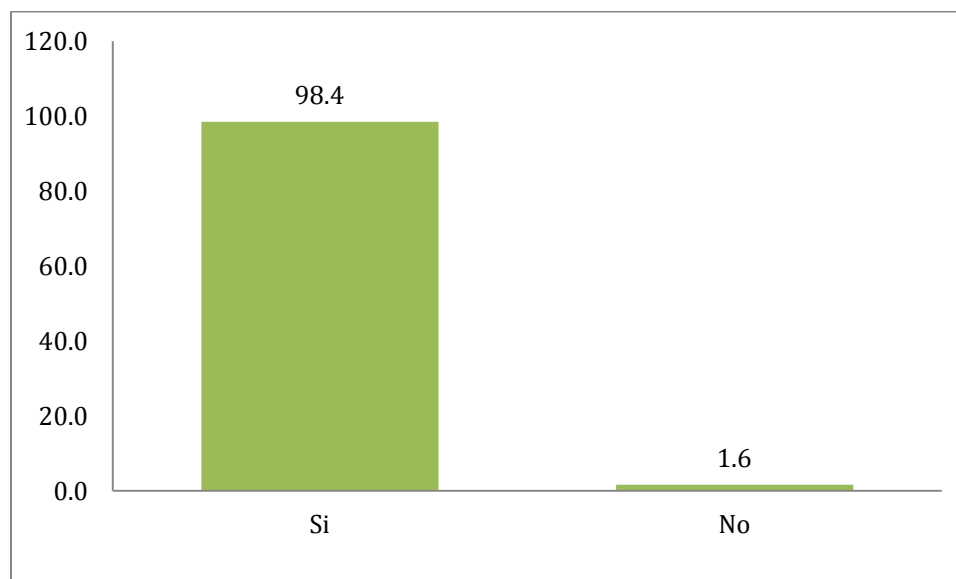
En cuanto a la percepción del tiempo que se le da al paciente para hablar sobre su proceso salud-enfermedad y si el médico le explicó sobre su tratamiento y cuidados, se encontró la siguiente información (Gráfica 7 y 8).

**Gráfica 7. Percepción de los pacientes del tiempo que se les designa para hablar de su estado de salud**



Fuente: Entrevista estructurada aplicada a los usuarios del servicio de Caravanas, México 2013.

**Gráfica 8. Explicación del médico sobre los cuidados y tratamiento a seguir**



Fuente: Entrevista estructurada aplicada a los usuarios del servicio de Caravanas, México 2013.

La calidad de la atención percibida pasa por una gran criba que es la relación médico paciente la cual es fundamental para crear un clima de confianza con ambos actores, lo que repercute directamente en el apego al tratamiento y a la calidad de la información que éste proporciona y por consiguiente a la mejoría de su salud (Rodríguez, 2006), la relación médico paciente la podemos definir como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional. Difícilmente esta relación humanitaria puede estar presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional.

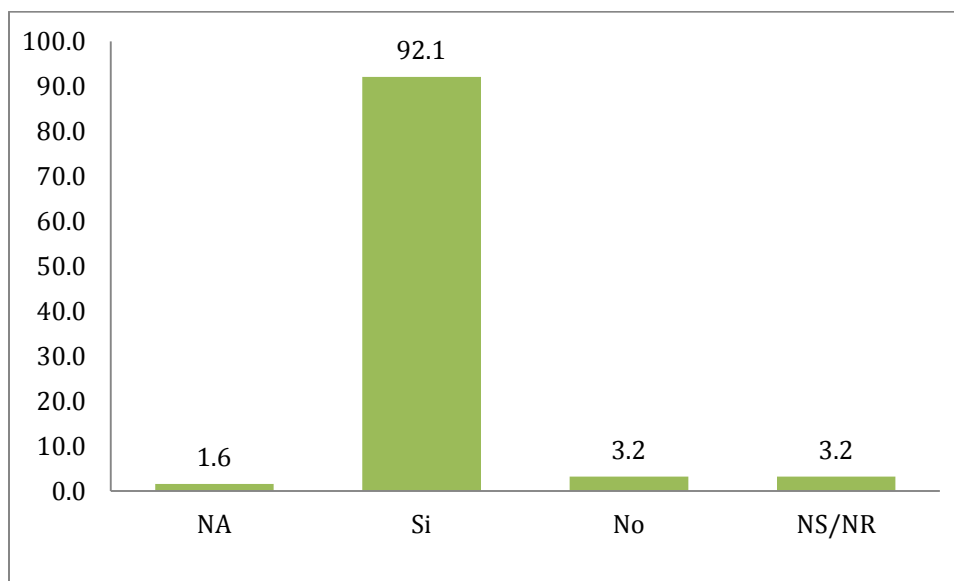
Sin duda, tenemos que resaltar el tiempo de consulta. Si bien es cierto que este tiempo se estima de acuerdo a la demanda de la población, los recursos financieros, de personal e infraestructura, sería contradictorio querer brindar un servicio de calidad viendo al paciente como una lista de síntomas, aislándolo de su entorno emocional y social. Como menciona Bascuñan (2005), la relación médico paciente es dinámica y los roles que se asumen varían con el tiempo, sin embargo, cualquiera que sea el modelo que se adopte, el énfasis actual es puesto en el respeto. Esto se asocia a una nueva visión del paciente, ahora es capaz y autónomo, pese a estar enfermo, tiene un rol protagónico (Simón 2001, citado por Bascuñan).

Un estudio realizado en Chile a 44 médicos de distintos sectores y especialidades, se enfocó en la relación médico paciente y la satisfacción de los médicos. Aquí se menciona que los cambios en medicina en los últimos años han sido más negativos que positivos, y mencionan “No hay tiempo para crear un lazo afectivo con el paciente, todo está programado, el número de pacientes, el tiempo para cada uno, lo que debe de hacerse en cada caso. El médico se ha convertido en un funcionario que debe aplicar éstos estándares y satisfacer las demandas de un cliente” (Bascuñan, 2005).

Como podemos ver es importante la relación médico-paciente, el tiempo promedio que se dedica a consulta a nivel internacional y en México, es de 15 a 20 minutos en promedio, aclarando que este dato no se extrae de zonas indígenas, en el caso del Programa Caravanas se indagó sobre la percepción del tiempo usado en la consulta de forma indirecta y en general la población que salía de consulta sintió que pudo hablar sobre su estado de salud y que el médico le explicó lo suficiente sobre su tratamiento por lo que se percibe que hay una buena relación médico-paciente y que en general los tiempos de consulta son los adecuados. Esta aseveración habría que tomarla con reserva dado las condiciones antes mencionadas de la población indígena en zonas de alta y muy alta marginación.

En cuanto a saber si le surtieron las medicinas que le recetaron se presentan los siguientes resultados (Gráfica 9).

#### **Gráfica 9. Surtimiento de medicamentos recetados**



Fuente: Entrevista estructurada aplicada a los usuarios del servicio de Caravanas, México 2013.

En un concepto holístico, una buena atención médica con calidad no se limita solamente a la práctica racional de la medicina reflejada en un buen desempeño, sino también al respaldo de una correcta prestación y coordinación con los servicios complementarios (Hernández, 2002).

Para garantizar una buena atención médica es necesario contar oportunamente con una cantidad y una variedad adecuada de medicamentos, que además deben prescribirse sobre la base de evidencias científicas. La carencia de medicamentos en las unidades públicas de atención a la salud limita las opciones terapéuticas de los médicos, pone en riesgo la salud de los pacientes e impone a los usuarios cargas financieras que pueden llegar a convertirse en gastos catastróficos y empobrecedores (Garrido, 2008).

Se realizó un estudio en ocho estados del país, por unidades de medicina familiar, IMSS, donde se evaluaron diferentes aspectos de satisfacción; dicho estudio arrojó que de todas las áreas la que mostró mayor grado de insatisfacción (50.3 %) fue el área de farmacia, incluso superado el tiempo de espera y la asistencia médica.

En los resultados, el sistema muestra que en el 2003 los porcentajes de surtimiento completo de recetas en las unidades de SESA eran de 60 %, y para 2004 se incrementó para llegar al 80 %, donde se mantuvo estable hasta el tercer trimestre de 2006, con variaciones entre 80 y 83 %.

En el caso de la Medición externa del abasto de medicamentos (MEAM) muestra un incremento de 6% del surtimiento completo de recetas para los usuarios de los SESA



afiliados al SPS entre 2005 y 2006, que pasa de 83.3 % a 89.05 %. En el caso de la población no afiliada al SPS, se observó un incremento todavía mayor en ese periodo (2005-2006) de 7.5 %

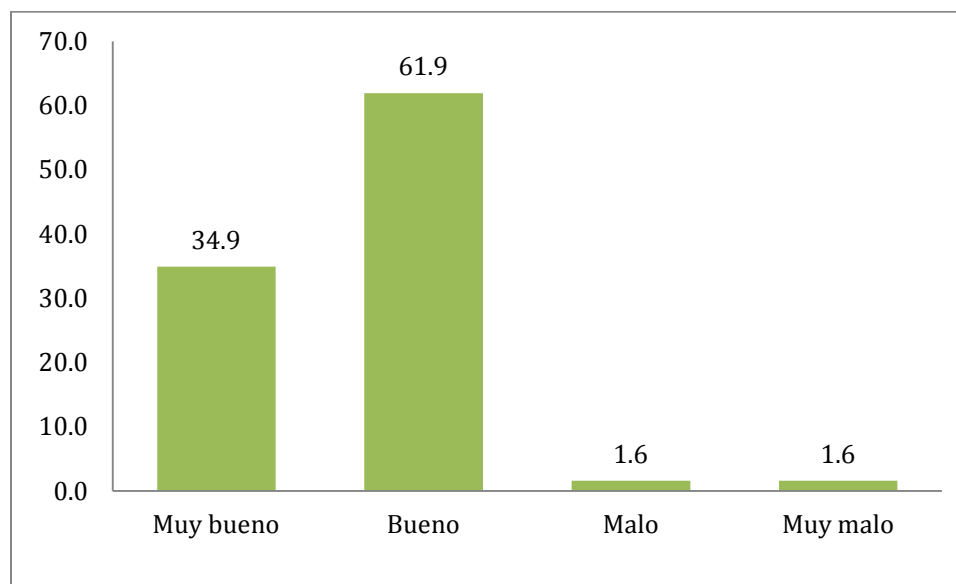
La información de la ENSATA 2005, que se levantó unos meses antes de la primera MEAM, indica que 80.6 % de los usuarios de los servicios ambulatorios de los SESA afiliados al SPS surtían sus recetas completamente en las unidades de atención. En contraste, en la población no afiliada a este seguro el porcentaje ascendía a 61.2 %.

Para el 2006, casi se duplicó el número de entidades federativas que alcanzaron surtimientos completos de recetas por arriba de 90 % respecto de 2005. De igual forma, mejoró el número de estados con surtimiento intermedio (80-89 %) y disminuyó la cifra de entidades con surtimientos muy bajos ( $\leq 69$  %).

Los datos anteriores sobre el surtimiento de medicamento empatan con lo que arrojó la evidencia en ese sentido para el Programa de Caravanas.

Finalmente sobre el trato que recibió en general por el personal de salud, los resultados se presentan a continuación (Gráfica 10).

**Gráfica 10. Trato recibido en la unidad médica móvil**



Fuente: Entrevista estructurada aplicada a los usuarios del servicio de Caravanas, México 2013.

Podemos apreciar que según la evidencia muestra que si sumamos los usuarios que contestaron haber recibido un trato muy bueno y bueno, podríamos decir que casi todos caen en ese rubro. Este dato es alentador pero habrá que tomarlo con mesura ya que

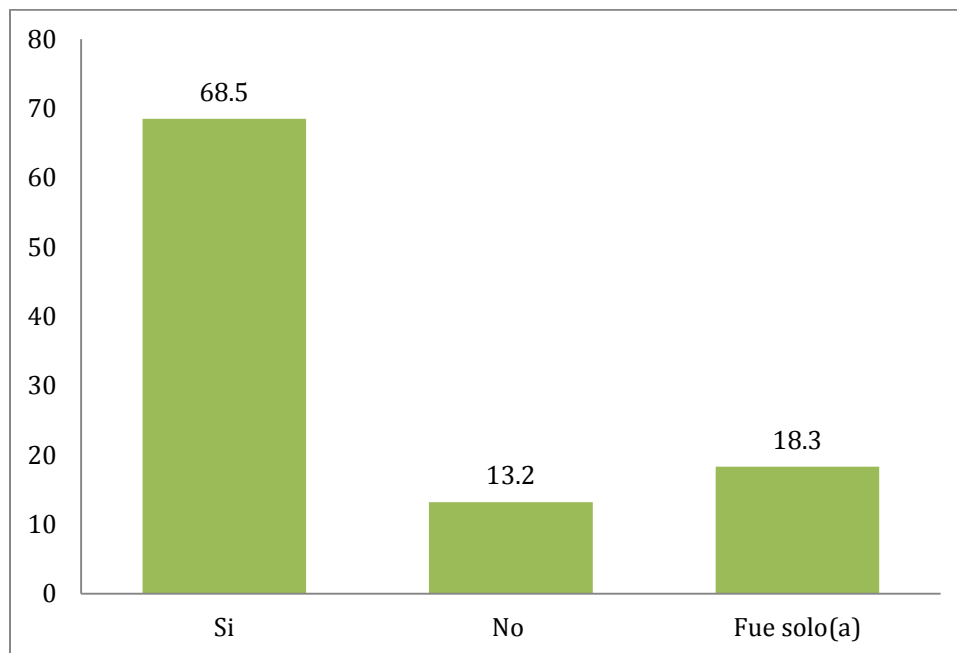
como se mencionó en líneas anteriores y en otros apartados de esta evaluación, los usuarios de esta zona tienen poca información de sus derechos y poca cultura de la demanda de ellos, además de que no tienen muchos puntos de referencia para comparar los servicios y al ser de zonas de alta y muy alta marginación en su mayoría no tiene otra opción de servicio.

### **3.6.2 Resultados obtenidos de la Evaluación de la calidad percibida a través del levantamiento en campo (Fase 2)**

Para la presentación de los resultados de esta fase es importante aclarar que estos datos fueron levantados en los hogares, y por tanto, la población que contestó pudo o no ir al servicio de Caravanas, (a diferencia de los resultados mostrados para la Fase 1) por lo que los resultados presentados a continuación únicamente nos muestran en forma general la percepción de la población indígena en zonas de alta y muy alta marginación acerca de la calidad de los servicios de salud a los que ha ido de la región. Esta aclaración es importante hacerla para que se tomen los resultados con la justa dimensión.

Para la primera pregunta que se hizo a los hogares visitados acerca del acompañamiento de algún familiar (Gráfica 11) el 68.5 % de la población contestó que se les permitió tener el servicio de salud acompañado de algún familiar, este resultado lo podemos contrastar con el del servicio de Caravanas que fue de 77 % de los usuarios que contestaron que sí se les permitió entrar con un familiar, lo que nos da muestra que según la evidencia el servicio de Caravanas tiene un mejor servicio en ese indicador comparándolo con la generalidad de la zona indígena con un contexto de alta y muy alta marginación.

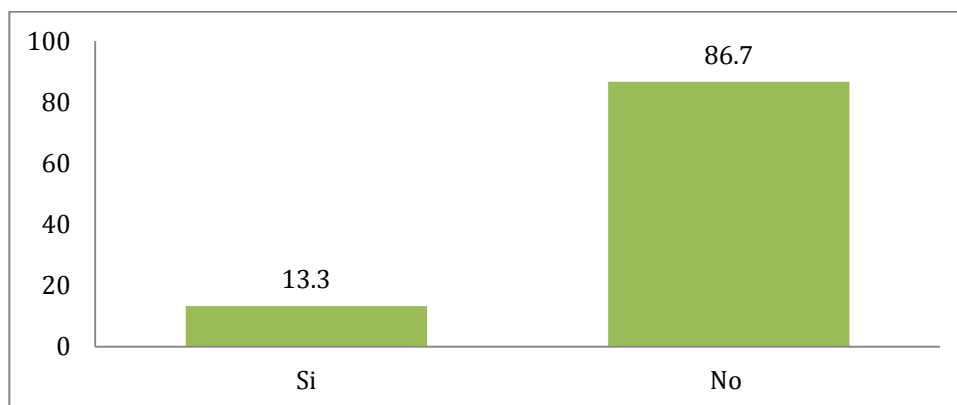
**Gráfica 11. Cuando entró a recibir atención o consulta, ¿le permitieron que lo acompañara algún familiar?**



Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013.

Para la siguiente pregunta se muestran los resultados en la Gráfica 12, los cuales nos dejan ver que evidentemente no se le da la opción a la población para elegir libremente quién le puede atender, este dato muestra que aunque es deseable que la población pueda tener esta elección, en la realidad no se opera, lo que resulta hasta cierto punto explicable dada la dinámica de los servicios de salud en México, donde tenemos contratados en forma indistinta a hombres y mujeres médicos en los centros de atención de la salud. Para el caso de la presente evaluación consideramos que no es relevante este resultado para los efectos del programa, excepto en el caso de las mujeres embarazadas o la atención ginecológica ya que en ambos casos es de suma importancia que una mujer pueda hacer la valoración, ya que muchas veces los hombres no dejan que su esposa sea vista por otro hombre.

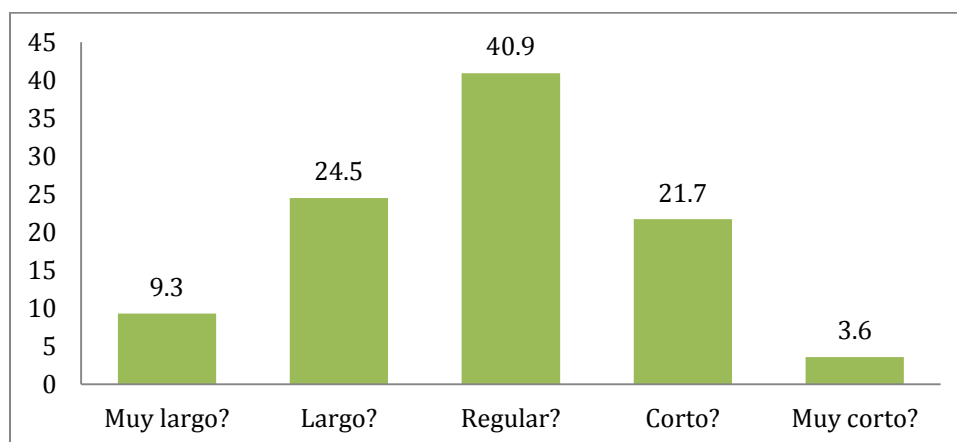
**Gráfica 12. ¿Pudo elegir libremente si deseaba que le atendiera un hombre o una mujer?**



Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013.

El siguiente dato rescatado del levantamiento en campo se muestra en la Gráfica 13; este resultado nos muestra cómo la población pondera el tiempo de espera, donde 40.8 % lo cataloga de regular, 33.8 % de largo y muy largo, mientras el resto lo siente corto o muy corto, este dato es congruente con lo encontrado en la fase 1 donde 47.6 % de la gente entrevistada (Gráfica 3) esperó más de 1 hora para que se le atendiera, lo que nos confirma los largos tiempo de espera que en general hay en el sector salud, como ya se mencionó y analizó en la explicación de la Gráfica 3.

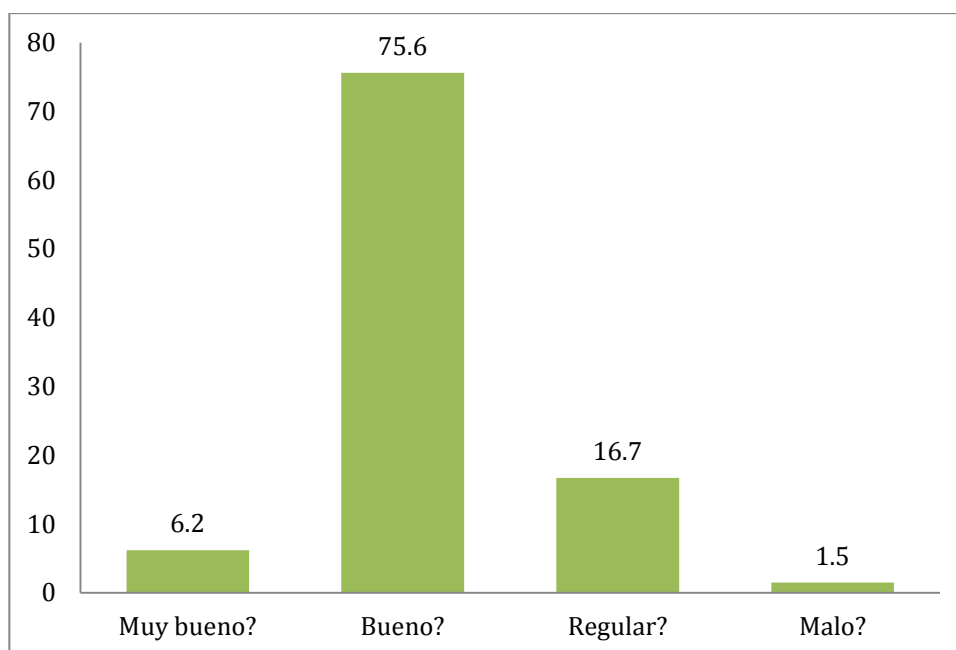
**Gráfica 13. El tiempo que esperó (USTED/NOMBRE) para que lo atendieran ¿le pareció...?**



Fuente: Levantamiento en campo para el Diagnóstico de salud para los pueblos indígenas de alta y muy alta marginación, México 2013.

En las preguntas siguientes del instrumento de la Fase 2 nos lleva a la pregunta: El servicio que le dio la persona que lo atendió ¿le pareció...? La respuesta igual nos muestra que a pesar de que fue largo el tiempo de espera a la gente le pareció bueno el servicio en un porcentaje de 75.6 %, lo cual es congruente con lo encontrado en la Fase 1 donde los usuarios también se sintieron satisfechos y muy satisfechos con el servicio, a pesar de los largos tiempos de espera a los que están sometidos, lo cual nos confirma lo comentado anteriormente (en este mismo componente) del tema.

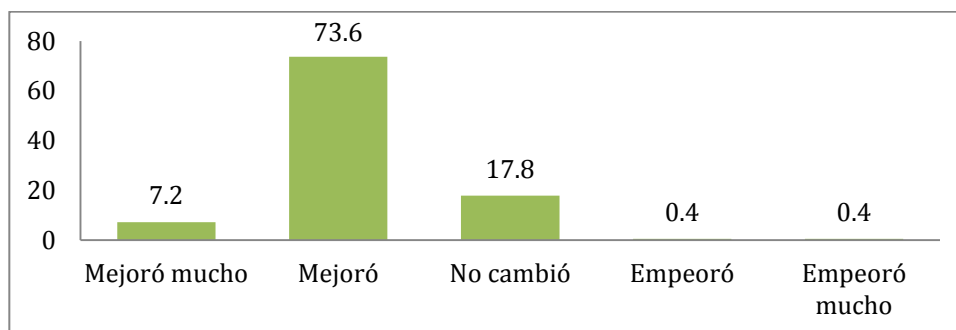
**Gráfica 14. El servicio que le dio la persona que lo atendió ¿le pareció...?**



Fuente: Levantamiento en campo para el Diagnóstico de salud para los pueblos indígenas de alta y muy alta marginación, México 2013.

En lógica del instrumento de la Fase 2 encontramos la siguiente pregunta: Después de la última atención que recibió ¿considera usted que su estado de salud...? El resultado de dicho cuestionamiento nos muestra que siete de cada diez usuarios de poblaciones indígenas de alta y muy alta marginación mejoran con los servicios de salud a los cuales atienden, dentro de los cuales se encuentra el servicio de Caravanas.

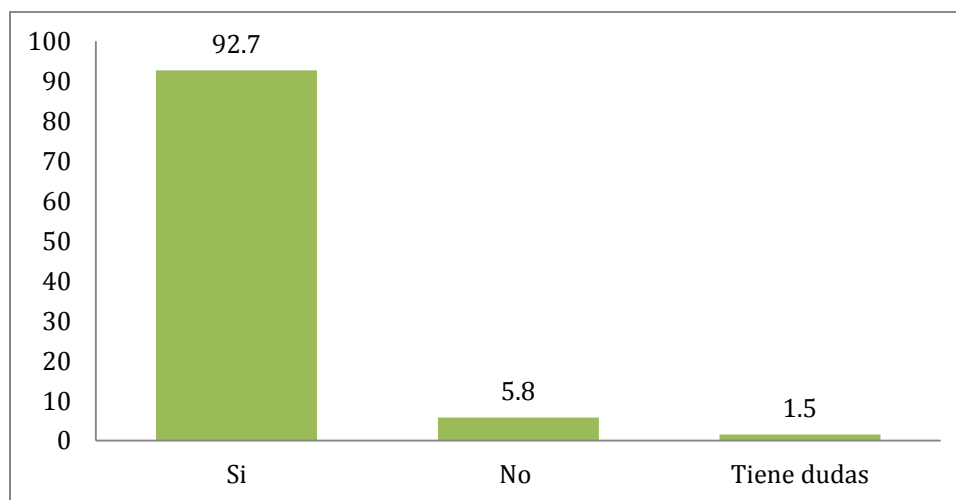
**Gráfica 15. Después de la última atención que recibió, ¿considera (USTED/NOMBRE) que su estado de salud...**



Fuente: Levantamiento en campo para el Diagn6stico de salud para los pueblos indígenas de alta y muy alta marginaci6n, México 2013.

El siguiente dato mostrado en la Gráfica 16 es congruente con los resultados mostrados en la gráfica 15, ya que 92.7 % de las personas contestan positivamente a la pregunta ¿Regresarían al mismo lugar para atenderse? Lo que confirma que la mejor referencia para regresar a un lugar es el resultado que se logre, aunque habrá que matizarlo con el referente de que en la mayoría de las zonas de alta y muy alta marginaci6n existen pocos servicios de salud, en algunos casos sólo existe uno y en otros tantos no existe el servicio.

**Gráfica 16. Si (USTED/NOMBRE) tuviera oportunidad de escoger ¿regresaría al mismo lugar para atenderse?**

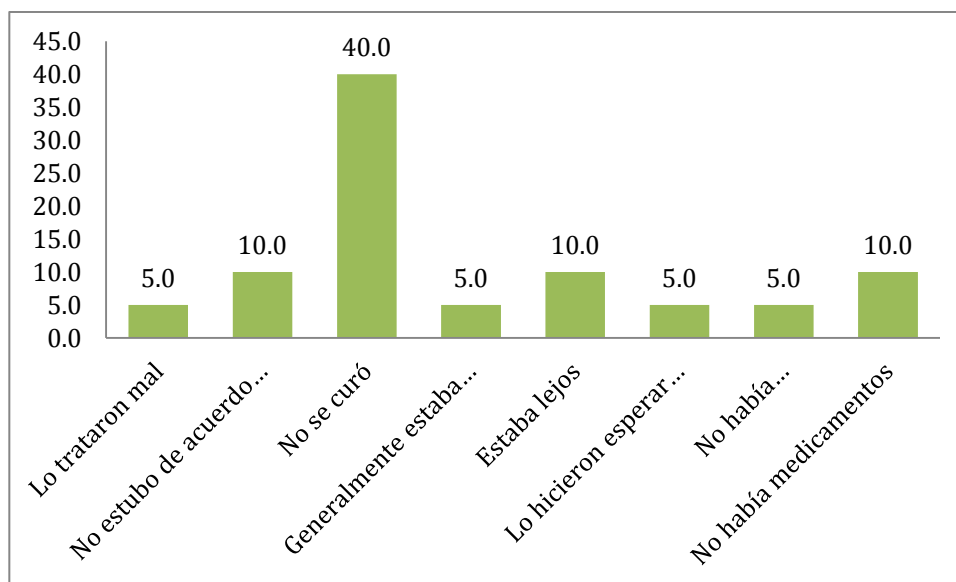


Fuente: Evaluaci6n del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginaci6n con Poblaci6n Indígena: Medici6n Inicial, México 2013.

Al preguntarle a la gente que contest6 a la pregunta anterior con una negativa, los motivos por los cuales no regresaría al servicio, encontramos que la causa número uno para no regresar es que no se cur6 (Gráfica 17) lo cual nos confirma la aseveraci6n

anterior de que la mejor referencia para un servicio son sus resultados. Estos tres últimos resultados (Gráfica 15, 16 y 17) nos muestran la percepción de la gente que atiende el Programa de Caravanas, y nos sitúa que la calidad de la atención es importante (percibida y técnica) pero es igualmente trascendente el resultado (curación) del servicio.

**Gráfica 17. ¿Por qué no regresaría?**



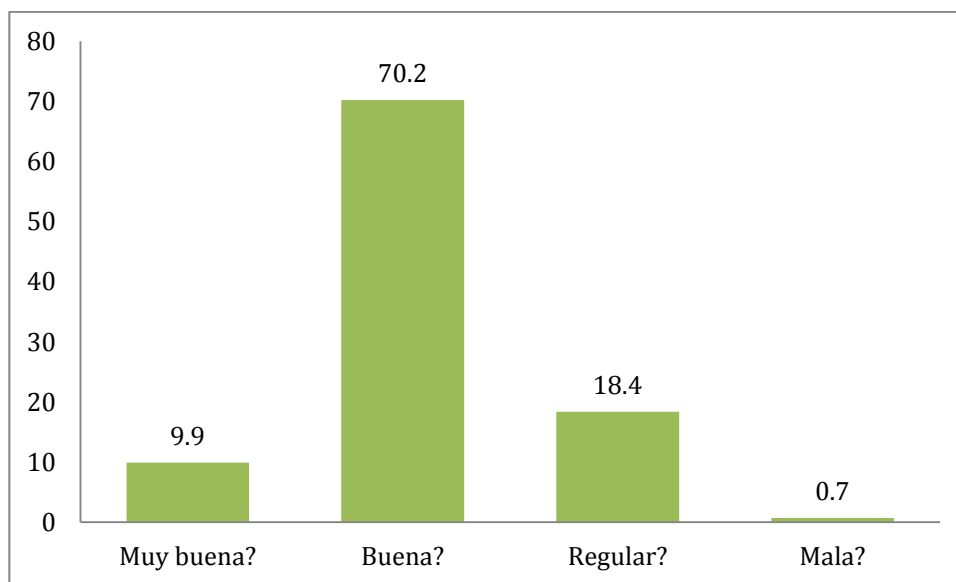
Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013.

Finalmente, analizaremos los resultados del levantamiento en relación al cuestionamiento acerca de cómo se ponderó la calidad de la atención recibida en forma general (Gráfica 18). En este caso, la población dijo en un 70 % que el servicio le había parecido bueno; al comparar este dato con lo obtenido en la Fase 1 donde la mayoría lo tildó de muy bueno y bueno (Gráfica 10), podemos constatar que la población indígena a pesar de los largos tiempos de espera y algunos imponderables del servicio como lejanía y otros que se analizan en el componente de acceso de esta evaluación, aprecia como buenos los servicios. Estos datos habrá que matizarlos con algunos comentarios que la gente hizo sobre el servicio (que se pueden revisar en conclusiones de este componente) y con la nula diversidad de servicios con los que cuenta la población que contestó; también es importante aderezar los resultados de la gráfica 18 con los porqués que dio la gente para ponderar al servicio como bueno o malo y regular.

Dentro de los motivos por los cuales la gente dice que el servicio es muy bueno o bueno, se encuentran el que le surtieron sus medicamentos y porque la gente que los trató es

amable, mientras el motivo principal para catalogar el servicio de malo es el largo tiempo de espera. Estos últimos datos son congruentes con lo encontrado en la Fase 1.

**Gráfica 18. En general, ¿la calidad de la atención que recibió fue...**



Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013

### **3.6.3 Resultados obtenidos de la evaluación de la calidad técnica. Evaluación de expedientes**

Tras la captura de un total de 334 expedientes distribuidos acorde al Cuadro 1.1, se aplicó la Cédula de evaluación para la calidad técnica de los expedientes (CECTE) Anexo 2, de manera individual por cada expediente seleccionado, para posterior análisis de los resultados por dominio.



**Cuadro 1. Distribución de expedientes recuperados**

Tipo de expedientes por patología	Cantidad
Diabetes mellitus tipo II	52
Hipertensión arterial sistémica	43
Niños menores de 5 años	82
Embarazo	76
Padecimientos diversos	81
<b>Total</b>	<b>334 expedientes</b>

Fuente: Base de datos

- **DOMINIO A de las condiciones de almacenamiento**

La actual Norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012), establece la conservación del expediente clínico por 5 años después del último acto médico registrado en el mismo, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, de ahí la importancia que da ECIC (Evaluación de los expedientes clínicos de calidad), en la evaluación de la custodia y almacenamiento del expediente, tomando en cuenta áreas específicas de almacenamiento, espacios tributarios de conservación, sistema de almacenaje y registro de entradas y salidas de expedientes, así como la existencia de materiales suficientes para la integración de nuevos expedientes cuando de ese modo se requiera.

La evaluación de las condiciones de almacenamiento del expediente clínico, se tubo acceso a 11, arroja que 97.66 % de las Caravanas de salud tiene un espacio dentro del establecimiento asignado al archivo clínico; 72.72 % de esos espacios tiene áreas tributarias para la conservación, guarda y manejo de los expedientes. En 58.33 % de los establecimientos se tiene condiciones adecuadas dentro del archivo clínico para la guarda

de expedientes clínicos; 100% de los espacios en evaluación cuentan con expedientes debidamente identificados dentro del archivo, aunque sólo en 88.33 % de ellos se tiene un sistema de almacenaje que permita mantener los expedientes clínicos en orden y de fácil localización, en 8.33 % de los establecimientos se tiene un registro de entradas de expedientes y salidas de estos. En el 100 % de las unidades evaluadas se encuentran los expedientes en buen estado de conservación, en 66.66 % de las unidades se tiene un registro consecutivo del número de expedientes expedidos con la finalidad de asegurar la no duplicidad; en el 80 % de los establecimientos se cuentan con formatos suficientes para integrar un expediente clínico cada vez que se solicita.

Finalmente, en 83.33 % de unidades de Caravanas existe personal encargado de la custodia de los expedientes clínicos y sólo en un 75 % de las Caravanas evaluadas se tiene un control para determinar la vigencia del archivo de los expedientes por 5 años.

## Cuadro 2. DOMINIO A de las condiciones de almacenamiento

Aspecto evaluado	% de cumplimiento
Se tiene un área específica dentro del establecimiento médico asignada para el archivo clínico	91.66 %
El archivo clínico tiene espacios tributarios para la conservación, guarda y manejo de los expedientes clínicos	72.72 %
Existen condiciones adecuadas dentro del archivo clínico para la guarda de expedientes clínicos (pisos, techos, mobiliario, protección contra incendios)	58.33 %
Los expedientes clínicos se encuentran debidamente identificados dentro del archivo	100 %
Se tiene un sistema de almacenaje que permita mantener los expedientes clínicos en orden y de fácil localización	88.33 %
Existe un registro de entradas y salidas de expedientes clínicos	8.33 %
Los expedientes clínicos se encuentran en buen estado	100 %
Existe un registro consecutivo del número de expedientes expedidos, que asegure la no duplicidad	66.66 %
Se tienen formatos suficientes para integrar un expediente clínico nuevo cada vez que se	80 %

solicita	
Existe personal encargado de la custodia de los expedientes clínicos	88.33%
Existe control para determinar la vigencia en el archivo (5 años) de los expedientes clínicos	75%

Fuente: Base de datos.

La conservación de los expedientes clínicos resulta un tema de gran relevancia para la práctica médica, por las implicaciones legales que conlleva su propiedad. Dentro de la evaluación se observan puntos importantes a analizar, tales como;

- El control para determinar la vigencia en el archivo de los expedientes
- La existencia de espacios tributarios para la conservación guarda y manejo
- La existencia de condiciones adecuadas dentro del archivo clínico para la guarda de expedientes clínicos (pisos, techos, mobiliario, protección contra incendios)
- El registro de entradas y salidas de expedientes clínicos

Elementos que podrían no aplicarse en 100 % de los casos por las condiciones mobiliarias propias de las Unidades de Caravanas, que dificultan la existencia de áreas y personal exclusivo para el manejo del archivo clínico; pero que a pesar de las condiciones establecidas se tiene un importante cuidado de los mismos.

### Recomendación

Se recomienda la gestión de áreas dentro de la comunidad que cumplan con condiciones mínimas necesarias para la seguridad, almacenamiento y conservación óptima del expediente clínico.

#### • DOMINIO B de la integración del expediente clínico

La norma oficial mexicana del expediente clínico, establece que el personal de salud estará obligado a integrar y conservar el expediente clínico, los establecimientos serán solidariamente responsables respecto del cumplimiento de esta obligación. De igual

manera se establece la identificación del expediente clínico con un número único que facilite evitar que se duplique, así como datos de identificación, tales como datos que faciliten su identificación, nombre del paciente, nombre del servicio, y datos generales del establecimiento. De manera optativa, la norma sugiere el uso de carpetas contenedoras como integradoras del expediente clínico, como medios de conservación, del mismo modo

que se sugiere una guía-índice, de los elementos formes de éste, facilitando la secuencia lógica con que deben ser ordenados.

De manera explícita en la NOM-004-SSA3-2012, se establece el uso de letra legible así como manejo de lenguaje técnico médico sin abreviaturas tachaduras y enmendaduras, procurando marcos legales legítimos, lo que facilita su lectura e interpretación cuando así lo deseé cualquier actor permitido en la legalidad.

La evidencia arrojada a lo largo de la aplicación de ECIC muestra que en cuanto a la identificación del expediente con un número único, de los expedientes analizados, sólo el 48.92 % de los expedientes presentan un número único de identificación, el 30.89 % de los expedientes analizados cuentan con datos de identificación de los mismo, tales como unidad de atención, localidad y nombre del usuario. El 2.29 % de los expedientes incorporan una guía índice de los documentos que integran el expediente. Únicamente el 33.50 % de los documentos que integran los expedientes clínicos se encuentran completos y ordenados secuencialmente. 17.28 % de los expedientes se encuentran con letra legible en lenguaje técnico médico. 100 % de los expedientes cuentan con múltiples abreviaturas y tachaduras.

**Cuadro 3. Dominio B de la integración del expediente clínico**

Aspecto evaluado	% de cumplimiento
El expediente clínico tiene número único de identificación	48.92 %
El expediente clínico cuenta con datos de identificación	30.89 %
Se incorpora un índice guía en las carpetas del expediente clínico de los documentos que lo integran	2.25 %
Los documentos que integran el expediente clínico están secuencialmente ordenados y completos	33.50 %
Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico	17.28 %
Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras	0.00 %

Fuente: Base de datos.

Quizá la integración del expediente clínico sea el punto más álgido para la evaluación del mismo, ya que la responsabilidad de su elaboración compete a las instituciones y a los trabajadores de la salud. El uso de abreviaturas es la constante más subrayada a lo largo de la evaluación, son una constante y podrían significar riesgos legales no necesarios. Hablar de la costumbre nata de un médico dentro de su formación a la simplificación de términos puede ser un razón para lo cotidiano de su uso; asimismo, la letra legible es un compromiso que se debe de prever incluyendo herramientas que permitan al trabajador de salud la velocidad y la claridad en la escritura, así como la sistematización para incorporación de los elementos constitutivos secuencialmente ordenados y completos.

Como evidencia casuística de relevancia para la integración del expediente, se encontró traslape en los contenidos, en los expedientes familiares, se traspapelan documentos entre los integrantes, lo que origina la pérdida de la consistencia de la información. Como elemento recurrente en las unidades donde se utilizan medios de impresión para las notas médicas, se encuentran notas impresas sobre otras previas, evitando la legibilidad de las mismas. Del mismo modo cuando se imprime sobre formatos preestablecidos, la no coincidencia de los márgenes implica tachaduras en la información.

Como evidencia de la buena práctica, las instituciones de salud han generado carpetas contenedoras para la integración del expediente, haciendo caso a las sugerencias establecidas en la normatividad, carpetas que en su cara anterior muestran un formato de datos de identificación de importancia para el expediente y en la contraportada se encuentran una guía-índice de los elementos que conforman el expediente. Si bien, estos formatos no se encuentran unificados en todas las instancias evaluadas, también hay que mencionar que donde se cuentan con estos formados, no siempre se realiza su llenado correcto.

### **Recomendación**

Se recomienda la unificación de carpetas contenedoras, para la fácil identificación de los expedientes, así como generalizar los medios electrónicos e impresos para la elaboración del expediente clínico.

- **DOMINIO C de la historia clínica**

La historia clínica como elemento necesario del expediente clínico, debe ser integrada y/o actualizada cada que suceda algún evento médico de importancia, o cuando esto sea necesario, su elaboración podrá ser llevada por el personal médico y otros personales de área de salud dependiendo de las necesidades de los establecimientos, la norma oficial mexicana, crea un marco legal para su elaboración y señala los elementos mínimos requeridos así como un orden lógico de elaboración:

- Interrogatorio: que deberá de tener como mínimo: ficha de identificación (en su caso), grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Exploración física: deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), peso y talla, así como datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud.
- Resultados previos y actuales de servicios auxiliares de diagnóstico.
- Diagnóstico o problemas clínicos.
- Pronóstico: que resulta del juicio médico basado en los signos, síntomas y demás datos sobre el probable curso, duración, terminación y secuelas de una enfermedad.
- Indicación terapéutica.

Sin olvidar la indicación general para las notas médicas donde se solicita contener fecha, hora y nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso.

Durante la evaluación de los expedientes con respecto a la elaboración de la historia clínica se encontró que sólo el 95.11 % de los expedientes analizados cuentan con una ficha de identificación, de los cuales ninguno incluye el grupo étnico del paciente en caso de que fuera pertinente (dato que toma especial relevancia dada la población atendida por el Programa Caravanas). El 67.26 % de las historias clínicas cuentan con la sección de antecedentes heredofamiliares asentados de manera clara. Con respecto a los antecedentes personales no patológicos 63.75 % de las historias clínicas lo contienen; el 59.04 % de las historias clínicas cuentan con antecedentes personales patológicos incluyendo toxicomanías, en el caso de los antecedentes ginecoobstétricos el 45.2 % de los

expedientes de pacientes femeninos se cuenta con registro de estos, incluyendo los expedientes de menores de 5 años en los que sólo el 22.5 % incluye antecedentes perinatales. En el reporte del padecimiento actual, al indagar en tratamientos convencionales alternativos y tradicionales, sólo se encuentra en 24.1 % de los expedientes, en el 40.8 % de las historias clínicas se halla un reporte del interrogatorio por aparatos y sistemas.

Además, en el registro de la realización de la exploración física al momento de realizar la historia clínica se encuentra en un 40.14 % de los expedientes, 18.21 % de las historias clínicas muestran resultados de laboratorios previos, 16.79 % de las historias clínicas muestra terapéuticas y los resultados de las mismas, 45.38 % asientan un diagnóstico; el 6.45 % de las historias clínicas analizadas da un pronóstico para el paciente y únicamente el 27.83 % de las historias clínicas se encuentran rubricadas con el nombre y cédula profesional del médico que la elaboró.

**Cuadro 4. Dominio C de la historia clínica**

Aspecto evaluado	% de cumplimiento
Ficha de identificación (en su caso, grupo étnico)	95.11 %
Antecedentes heredo familiares	67.26 %
Antecedentes personales no patológicos	63.75 %
Antecedentes personales patológicos (incluido abuso y dependencia del tabaco del alcohol y otras sustancias psicoactivas)	59.04 %
Antecedentes ginecoobstétricos	45.26 %
Padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales)	24.13 %
Interrogatorio por aparatos y sistemas	40.80 %

Exploración física (habitus exterior, signos vitales, antropometría (peso y talla), marcha, postura, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, genitales y neurológica, en su caso o específicamente información que corresponda a odontología psicología, nutriología y otros profesionales de la salud)	40.14 %
Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros	18.21 %
Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad, en su caso registrar terapia física, ocupacional, lenguaje u otras)	16.79 %
Diagnóstico (s) o problemas clínicos (síndromático, etiológico, nosológico y/o de discapacidad)	43.58 %
Pronóstico (para la vida y para función)	6.45 %
Nombre completo, cédula profesional y firma del médico	27.83 %

Fuente: Base de datos.

Es importante reconocer que dentro de la historia clínica se encontró casi siempre, evidencia no favorable para la integración de ésta, pues no se da la importancia necesaria a todos sus elementos, en particular:

- La identificación de pertenencia o no a un grupo étnico.
- Inclusión de consumo de sustancias legales e ilegales en antecedentes personales.
- La inclusión de antecedentes ginecológicos en mujeres en edad reproductiva o incluso en gestación.
- El establecimiento de padecimiento actual, incluyendo antecedentes, estado actual, evolución y uso de terapias previas, tanto convencionales, alternativos y tradicionales.
- Dentro de los interrogatorios por aparatos y sistemas, hay que reconocer la importancia de nombrar los síntomas en cada aparato a interrogar, y no como lo denota la evidencia casuística de sólo asentar “interrogado y negado”.



- El establecimiento del análisis de los servicios auxiliares del diagnóstico, aseverando que se cuentan con ellos o no.
- El especificar la posología en la terapéutica farmacológica, haciendo hincapié en la vía de administración.
- El establecimiento de un pronóstico, como juicio de valor del médico hacia el estado de salud del paciente.
- El identificar al personal de salud quien elabora la historia clínica, rubricando y anotando su cédula profesional y nombre completo.

Como evidencia de la buena práctica médica, se encontraron intentos de formalizar y simplificar los formatos de historia clínica, lo cual pretende sea más ágil un instrumento de diagnóstico tan importante.

### **Recomendación**

Por lo que se hace la recomendación de promover los formatos de historia clínica para caravanas, usarlos y evitar la existencia de historias clínicas incompletas, como en algunos casos arrojó la evaluación.

- **DOMINIO D de las notas de evolución en general**

Para las notas de evolución la norma oficial para el expediente clínico establece que su elaboración tendrá que ser cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio y contendrá:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir toxicomanías).
- Signos vitales.
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Pronóstico.
- Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

Dentro de estas notas hay que recordar, como ya se mencionó con anterioridad, los datos generales como: fecha y hora de elaboración, nombre completo de quien la elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso.

Por lo que en la evaluación se incluyeron dichos elementos y se encontró que en las notas de evolución en general, el 72.38 % de ellas cuenta con nombre del paciente, el 48.05 % cuentan con hora y fecha de su elaboración, el 78.28 % de las notas medicas describen la edad y sexo del paciente, un 78.85 % de la notas apunta signos vitales, el 75.36 % contienen un resumen del interrogatorio médico, un 70.35 % realizan una descripción detallada de la exploración física; el 31.26% de las notas reportan los estudios auxiliares de diagnóstico y tratamientos previos, el 73.14% contiene diagnóstico y problemas médicos. Únicamente el 49.84 % contiene un plan de estudios y tratamiento; el 7.48 % de las notas asientan un pronóstico para la vida, y el 46.88 % de ellas contienen el nombre firma y cédula del médico de quien la elabora, en un 76.78 % de los expedientes médicos se tienen notas de evolución por cada atención médica y en el 32.46% de ellas se realiza la actualización del cuadro clínico incluyendo toxicomanías.

**Cuadro 5. Dominio D de la notas de evolución en general**

Aspecto evaluado	% de cumplimiento
Nombre del paciente	72.38 %
Fecha y hora de elaboración	48.05 %
Edad y sexo	78.28 %
Signos vitales (pulso, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura)	78.85 %
Resumen del interrogatorio	75.36 %
Exploración física (habitus exterior, signos vitales, antropometría (peso y talla), marcha, postura, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, genitales y neurológica, en su caso o específicamente información que corresponda a odontología psicología, nutriología y otros profesionales de la salud)	70.35 %
Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	31.26 %

Diagnóstico (s) o problemas clínicos (sindromático, etiológico, nosológico y/o de discapacidad)	73.14 %
Plan de estudio y/o Tratamiento (vía, dosis, periodicidad, en su caso registrar terapia física, ocupacional, lenguaje u otras)	49.84 %
Pronóstico (para la vida y para función)	7.80 %
Nombre completo, cédula profesional y firma del médico	46.88 %
Existencia de nota de evolución cada vez que se proporcione atención médica.	76.78 %
Evolución y actualización de cuadro clínico (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas)	32.46 %

Fuente: Base de datos.

La evidencia demuestra, que si bien casi siempre se plasma la fecha de elaboración de la nota, es menor la frecuencia del registro de la hora de elaboración. Nos parece importante recalcar que únicamente en un tercio de las notas de evolución se encuentra el análisis de resultados previos de laboratorio. En caso de no contar con datos actuales qué analizar, se sugiere referir la no existencia de estos; de igual forma, en la prescripción de la terapéutica farmacológica, en pocas ocasiones se tiene la indicación de la vía de administración de los medicamentos.

El pronóstico, como elemento relevante de la historia clínica, suele no existir en la mayoría de las notas. La falta de datos de identificación de quien elabora la nota médica, logra ser una constante, al ser el elemento más ausente la firma del médico y su cédula profesional.

Para un mejor control del cuadro clínico del paciente se requiere su actualización, en especial en padecimientos crónicos, lo cual permite establecer y reestructurar metas de tratamiento, ya que la evidencia casuística arrojada en la evaluación, denota que casi siempre se generalizan las notas por padecimiento, y se establecen similitudes importantes modificadas en signos vitales, entre el mismo paciente y entre pacientes que comparten el mismo padecimiento. Lo anterior no permite la actualización del cuadro clínico.

- **DOMINIO E de las nota de referencia**

Las notas de referencia son el sustento del proceso médico administrativo, establecido entre los niveles de atención para facilitar el envío, recepción y regreso de pacientes, con la finalidad de brindar atención oportuna, integral y de calidad. De requerirse deberá ser elaborada por el médico del establecimiento y se anexará al expediente una copia del resumen clínico con que se envía al paciente. Además contendrá:

- A. Datos del establecimiento que envía
- B. Datos del establecimiento receptor, incluido médico quien recibe.
- C. Resumen clínico: motivo de envío, impresión diagnóstica y terapia empleada si así la hubo.

Para la evaluación se encontró que 75 % de las notas de referencia se realiza un resumen clínico mencionando el motivo de envío, 75 % de éstas se describe el establecimiento receptor del envío y en ninguna de las notas de referencia se escribe quién será el médico responsable de la recepción en los casos de urgencia.

**Cuadro 6. Dominio E de las notas de referencia**

Aspecto evaluado	% de cumplimiento
Resumen clínico (que mencionen motivo de envío)	73.33 %
Establecimiento que envía y establecimiento receptor	73.33 %
Nombre del médico responsable de la recepción del paciente en caso de urgencia	0.00 %

Fuente: Base de datos.

La evidencia demuestra que la existencia de notas de referencia son solicitadas de manera correcta en sus elementos, pudiéndose deber a la homologación de los formatos de las mismas, sin bien no se completan los datos del médico responsable de la recepción, sí se muestran datos del establecimiento receptor. Lo anterior puede deberse a la comunicación casi siempre inadecuada con los servicios hospitalarios en el segundo nivel de atención, así como las debilidades mostradas en las redes de apoyo para las unidades marginales.

Como evidencia casuística se han encontrado notas médicas que hacen constancia de la elaboración de una referencia médica, pero no así se encuentra copia de la misma en el expediente. Se recomienda a los servicios de atención evitar la omisión de dicho punto ya que representa una obligación descrita en la norma.

Como evidencia de la buena práctica, se ha encontrado en algunos casos, la existencia fiel de la rúbrica del paciente haciendo constancia de que fue entregada dicha referencia por parte del médico adscrito a la unidad; elemento que pudiese disminuir la carga legal que se podría generar si dicho acto diera origen a un compromiso legal, por la no asistencia del paciente en tiempo y forma al llamado de la referencia.

- **DOMINIO F de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento**

Para los servicios auxiliares, tendrá como responsabilidad la elaboración de informes, el personal de la salud quien realice el estudio y deberá contener:

- Fecha y hora de estudio
- Identificación del solicitante
- Estudio solicitado
- Problema clínico en estudio
- Incidentes y accidentes
- Identificación de quien realiza el estudio
- Nombre completo y firma del personal que informa

Haciendo hincapié en dichos elementos en cuanto a los reportes de servicios auxiliares, se encontró que 61.87 % de ellos se encuentra fecha y hora del estudio, 75 % los datos de identificación del solicitante, 63.72 % muestra el estudio solicitado, en un 12.70 % de los reportes se encuentra el diagnóstico o problema clínico por el cual se solicita, 71.25% presentan los resultados obtenidos en dicho estudio, 63.51 % de ellos especifica los incidentes o accidentes al momento del estudio, 67.70 % de los reportes cuentan con la identificación del personal a cargo del estudio, y finalmente 64.79 % cuentan con el nombre y firma del médico.

**Cuadro 7. Dominio F de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento**

Aspecto evaluado	% de cumplimiento
Fecha y hora del estudio	61.87 %
Identificación del solicitante	75 %
Estudio solicitado	63.72 %
Problema clínico en estudio	12.70 %
Resultados del estudio	71.25 %
Especifica incidentes o accidentes, si los hubo	63.51 %
Identificación del personal que realizó el estudio	67.70 %
Nombre completo y firma del médico	64.79 %

Fuente: Base de datos.

Es de trascendencia exponer que la evidencia arroja que casi siempre los estudios diagnósticos son realizados en servicios privados y no de las instituciones, y cabe mencionar que los reportes entregados por parte de las instituciones de salud, incluida los realizados dentro de los servicios del Programa de caravanas, en su mayoría se encuentran solicitados de manera completa. En pocas ocasiones sólo hace falta el problema clínico por el que se solicita el estudio. En el mejor de los casos, para los reportes extrainstitucionales, cuentan con datos del solicitante y resultados de dichos estudios, en ocasiones, incluso careciendo de evidencia descriptiva y morfológica en la realización de ultrasonidos obstétricos.

Se puede dar explicación a que gran parte de los reportes de auxiliares de diagnóstico sean extra institucionales, a la lejanía de estos o la mucha demanda de la población, lo cual dificulta que los usuarios de caravanas se acerquen a dichos servicios. Por lo que se recomienda la homologación de reportes, tanto para instituciones privadas como públicas, para que no se carezca de calidad en ellos y se obtengan los datos mínimos necesarios para la orientación diagnóstica y terapéutica.

- **DOMINIO G del análisis clínico**

Para la congruencia diagnóstico terapéutica y pronóstico, como eje fundamental de la práctica clínica, se ha tratado de unificar dichos elementos, en una primera intención, con la existencia de guías para la práctica clínica, además de buscar una congruencia de pronóstico en la práctica médica como parte fundamental en la inclusión de planes terapéuticos.

Se atribuyen criterios diagnósticos unificados de manera incluso universal, así como el de terapéuticas basadas en la evidencia. Para el análisis en este estudio, se puso mayor importancia al resumen interrogatorio y exploración para la conclusión de un diagnóstico, y la inclusión de medicina basada en evidencia para los tratamientos, análisis llevado a cabo por personal médico familiarizado con dichas instancias.

Se encontró que 71.66 % de las notas analizadas, presentan congruencia clínico-diagnóstica con respecto a las guías de práctica clínica y Normas oficiales mexicanas vigentes, del mismo modo 68.59 % tienen congruencia diagnóstico-terapéutica y sólo 7.70% de las notas cuentan con congruencia terapéutica-pronóstico.

**Cuadro 8. Dominio G del análisis clínico**

Aspecto evaluado	% de cumplimiento
Existe congruencia clínico-diagnóstica	71.66 %
Existe congruencia diagnóstico-terapéutica	68.59 %
Existe congruencia terapéutica-pronóstica	7.70 %

Fuente: Base de datos.

Es delicada la presencia de incongruencias de este tipo en las notas que evidencian mala práctica, pues en ocasiones se encuentran notas en el resumen interrogatorio como “asintomático” y una exploración “sin patología aparente”, pero con indicaciones propias de tratamientos farmacológicos.

Si bien el control de pacientes crónicos es de suma importancia, es de igual atención la asignación de criterios diagnósticos, que en ocasiones son tomados de manera no consistentes con la modificaciones terapéuticas, de igual forma, el manejo en algunos momentos de terminología “urgencia”, “emergencia”, no es usado de una manera adecuada.

El asentamiento de un pronóstico, como ya se ha mencionado, es de igual importancia que cualquier otro elemento en el proceso diagnóstico terapéutico. La evidencia muestra que no hay congruencia del pronóstico con el diagnóstico, esta incongruencia no en todos los casos es por un horizonte clínico incongruente, sino por la falta de asentar el pronóstico en la nota médica.

Por lo que se recomienda, la capacitación constante del personal, así como la invitación a la actualización tanto en el uso de fármacos y nuevas terapéuticas, como en el manejo de criterios diagnósticos basados en la evidencia, además de no solo capacitar y actualizar, sino también la evaluar de manera continua los programas de capacitación y actualización. Además de instaurar la insistencia de reforzar los contenidos necesarios y obligatorios para la concepción de notas médicas, lo cual hace notar que dichos problemas no son descritos para la evaluación en caravanas, pues evidencia bibliográfica afirma, que tanto en unidades de atención primaria establecidas, como en todos los niveles de atención, existe dificultad en la homologación de criterios diagnósticos.

- **DOMINIO H de la consulta de la guías de práctica clínica**

Las Guías de práctica clínica son elementos de rectoría en la atención médica cuyo objeto es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentables en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad en la atención médica, por lo que se solicita que dentro de las notas médicas se haga referencia a éstas.

Con respecto a la referencia de las Guías de práctica clínica en las notas de evolución, se encontró en la evaluación que ninguna de ellas, hace referencia explícita del uso de dichas guías como instrumento rector en el proceso diagnóstico y terapéutico.

Hay que hacer mención que el cumplimiento de este elemento, y aunque la evidencia muestra que no se citan no podemos afirmar que exista desconocimiento o falta de su aplicación, por el contrario, se han encontrado prácticas médicas acorde a la normatividad, incluso acorde a las GPC, pudiendo ser un factor para su no referencia, el tiempo que se tiene para la elaboración de una nota médica, exacerbándose esto en el Programa Caravanas por su logística especial.

Es por esto que se propone el trabajo continuo del personal de salud, en la familiarización con el uso de referencias médicas en las notas, al tiempo que se continúe con la capacitación para el uso de elementos diagnósticos y terapéuticos, basados en recomendaciones y evidencias médicas.

- **DOMINIO I de la atención al paciente crónico**



El tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas resulta ser un elemento de suma importancia para la salud pública, ya que la demanda de atención a estos pacientes tiene un gran porcentaje en el día a día, por lo que se han establecido, tanto en las normas oficiales, como en las guías de práctica clínica, elementos mínimos para una atención de calidad con mediadas de prevención primaria, lo cual son de suma relevancia para el paciente diabético e hipertenso puntos específicos como:

1. La indicación de la realización actividad física. (Ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos)
2. La indicación reducción del consumo de alcohol (<30 ml de etanol, 2-3copas al día)
3. La indicación reducción de consumo de sal (6 g/día)
4. La indicación de ingestión adecuada de potasio (90mmol/día)
5. La indicación de alimentación equilibrada
6. La búsqueda de metas de tratamiento incluyendo de control de peso con IMC >18 y <25
7. El indicar evitar tabaquismo
8. La realización de revisión de fondo de ojo
9. La revisión de pies, con ayuda de la valoración podológica del paciente diabético
10. La toma de signos vitales, en especial la toma de tensión arterial
11. Detectar grupos de riesgo
12. El establecimiento de grupos de ayuda mutua (GAM)
13. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente y la vigilancia de complicaciones

En la aplicación de la cédula de evaluación en cuanto al componente de la atención del paciente crónico, conforme las acciones solicitadas en las Normas oficiales mexicanas, así como las Guías de práctica clínica, 61.53% de las atenciones analizadas en pacientes crónicos realizan valoración podológica, en ninguna nota médica analizada se muestra evidencia específica de la valoración del fondo de ojo, 1.28% de los expediente cuenta con el registro de un plan de control de peso, 51.60 % registran un plan de actividad física y ejercicio, 48.55% de las atenciones ofrecen un registro dentro del expediente de un plan de alimentación, 28.53 % de las indicaciones terapéuticas hacen referencia al consumo disminuido de sal, 7.30% de ellas la disminución del consumo de tabaco; 94.87% de las notas existe un registro de la toma de tensión arterial en cada consulta y sólo 1.28% de las atenciones registran en el expediente el establecimiento de metas de tratamiento.

**Cuadro 9. Dominio I de la atención al paciente crónico**

Aspecto evaluado	% de cumplimiento
Existe registro de valoración podológica en el paciente diabético	61.53 %
Existe registro de valoración del fondo de ojo en paciente diabético	0 %
Existe registro de un plan para control de peso	1.28 %
Existe el registro de un plan de actividad física y ejercicio	51.60 %
Existe el registro de un plan de alimentación	48.55 %
Existe registro de la indicación de la disminución en el consumo de sal	28.53 %
Existe registro de la indicación de la eliminación del habito del tabaco	7.30 %
Existe registro de toma de tensión arterial por cada atención médica	94.87 %
Existe registro de establecimiento de metas de tratamiento	1.28 %

Fuente: Base de datos.

Es de suma importancia el asentamiento de acciones realizadas en pacientes crónicos, si bien los expedientes clínicos analizados no demuestran en todos sus casos que no se realizan, se debería tener un registro de las acciones sí realizadas. Es de suma importancia implantar metas de tratamiento conocidas por el paciente y se sugiere un seguimiento de éstas tras cada visita del mismo, que incluye un plan de actividad y ejercicio tomando en cuenta las características individuales de cada paciente, sin olvidar las acciones que con periodicidad deben realizar para evitar complicaciones y discapacidad. Se habla de toma de tensión arterial, incluso en población mayor a 25 años sana, como medida de tamizaje, y de mucha importancia las valoraciones podológicas e instrucciones que de ésta podrían emanar para evitar complicaciones como el pie diabético. Tiene igual importancia la recomendación del evitar consumo de alcohol y tabaco y disminución del consumo de sal. Hay que sugerir estas acciones simples e importantes sean una contante en cada nota médica como referencia de acción realizada.

### 3.7 Conclusiones

Es evidente que el estado mexicano ha tenido políticas de salud dirigidas a mejorar las condiciones de calidad de la atención en salud. Muestra de ello es el programa SICALIDAD; sin embargo, en el Programa Caravanas dado los contextos en los que opera y la lejanía de la gente que atiende problematiza su operación, muestra de ello son los resultados antes mencionados donde encontramos datos que se desfasan a los estándares generales como lo es el tiempo de espera que en promedio oscila entre 20 y 30 minutos (Maldonado, 2002), y que únicamente el 27 % de las personas esperan bajo el promedio nacional y ésta espera pudo ser en algunos casos hasta de 7 horas, estos datos contrastan con lo señalado en la satisfacción del usuario en relación al tiempo de espera que sumado es de 84.1 % (suma de las personas que satisfechas y muy satisfechas). Lo anterior podría explicarse ya que en las zonas donde opera caravanas generalmente no hay otro servicio de salud, por lo que el usuario no tiene un referente, además de que no tiene una cultura de demanda.

Es característico que en las zonas indígenas la población entienda el fenómeno de salud de manera colectiva, lo que empata con el alto porcentaje de pacientes (77.8 %) que van acompañados a la consulta médica; esto podría ser importante al momento de usar estrategias de prevención y promoción de la salud tanto para el paciente como para sus familiares, ya que la combinación de tiempos de espera largos y la estancia de algunos familiares del enfermo dan un escenario idóneo para que el promotor de la salud aplique sus acciones.

Es interesante ver cómo la percepción de los usuarios en relación al espacio que le brinda el médico para exponer su enfermedad es satisfactorio en un 84.1 % (suma de satisfactorio y muy satisfactorio), lo que se concatena con la idea de lo fundamental que resulta el diálogo sobre el proceso salud-enfermedad en la cosmovisión indígena, lo que nos puede dar un elemento más para explicar la percepción satisfactoria que tiene sobre su tiempo de espera.

Finalmente nueve de cada diez usuarios quedaron satisfechos en lo general con el trato que recibieron por parte del personal de salud de la caravana, esto habría que aderezarlo con algunas aseveraciones que dejaron en el instrumento, como:

- Hoy me trataron bien porque usted nos visitó
- El personal no me llama por mi nombre, nos hacen esperar mucho tiempo y me hacen dar vueltas
- No nos atienden si venimos enfermos y me atendieron de mala gana
- No nos atienden porque no alcanzamos ficha
- No nos atienden porque no tenemos ficha

Estas aseveraciones son suficientes para saber que existe un área de oportunidad para mejorar, y habrá que matizarlo con el contexto de las comunidades indígenas que comúnmente no tienen conocimiento de sus derechos en relación a la calidad y calidez de la atención y por ende no saben exigirlos.

#### Recomendaciones

- I. Adecuar los criterios para valorar la calidad de la atención percibida a la pertinencia cultural de los grupos indígenas.
- II. Difundir las fechas de visita a las localidades en la población objetivo del Programa para reducir los tiempos de espera.
- III. Realizar socio-dramas o talleres que muestren comportamientos saludables ante ciertas enfermedades o factores de riesgo, durante la espera de los pacientes para recibir consulta.
- IV. Promover la gestión de espacios para mejorar las condiciones de almacenamiento de los expedientes.
- V. Capacitar y sensibilizar al personal operativo sobre la integración, manejo y resguardo de los expedientes clínicos.
- VI. Homologar y sistematizar los formatos para disminuir tiempos de elaboración de reportes clínicos.
- VII. Incluir en los instrumentos de supervisión uno dirigido al control y revisión de expedientes clínicos
- VIII. Tomar medidas en cuanto a la educación de la población respecto a sus derechos y al empoderamiento sobre su salud.
- IX. Dar información a los usuarios acerca de sus derechos en su lengua.
- X. Dentro de la capacitación sobre interculturalidad que se le da al personal de salud es importante reforzar la idea de ver el proceso de salud enfermedad de manera integral.
- XI. Adecuar espacios de acorde a la cultura del lugar, para que haya una apropiación del espacio.

- XII. Gestionar áreas dentro de la comunidad que cumplan con condiciones mínimas necesarias para la seguridad, almacenamiento y conservación óptima del expediente clínico.
- XIII. Unificar las carpetas contenedoras, para la fácil identificación de los expedientes así como generalizar los medios electrónicos e impresos para la elaboración del expediente clínico.
- XIV. Promover los formatos de historia clínica para caravanas, usarlos, y evitar la existencia de historias clínicas incompletas.
- XV. Homologar reportes para pedir auxiliares de diagnóstico, tanto para instituciones privadas como públicas.
- XVI. Capacitar al personal médico de caravanas en el uso del expediente clínico según la norma con los formatos del Programa Caravanas.
- XVII. Capacitar al personal médico en el uso de las guías de práctica clínica en especial para pacientes crónico degenerativo.

#### **4 Evaluación Operativa de la Interculturalidad del programa**

La Evaluación de la Interculturalidad en el Programa Caravanas de la Salud tiene como objetivo conocer cómo están operando los indicadores de interculturalidad estipulados por la Secretaría de Salud a través de la Dirección de medicina tradicional y salud intercultural para encontrar fortalezas del Programa y áreas de oportunidad que sirvan para lograr sus objetivos y metas de manera eficaz y eficiente. Para ello se llevaron a cabo tres actividades:

- Revisión documental para conocer los indicadores de interculturalidad que operan en el Programa.
- Evaluación operativa del Programa (cualitativa)
- Levantamiento en campo mediante una encuesta

Con base en lo anterior el equipo evaluador comparó los indicadores de interculturalidad e hizo el análisis de los hallazgos importantes sobre interculturalidad y sugirió una serie de conclusiones que al final se presentan como un listado de recomendaciones generales.

##### **4.1 Antecedentes**

México se caracteriza por una historia de grandes transformaciones sociales, económicas y políticas, que han repercutido en la visión de la salud conjuntamente con los avances históricos de la ciencia que por supuesto han permeado el pensamiento de los encargados de la salud de la población, a continuación se pretende señalar a *grosso* modo estos cambios a fin de entender cómo es que fue surgiendo la necesidad de una medicina más intercultural.

El tema de la interculturalidad nace en el momento en que la humanidad tiene variedad de ángulos para concebir el mundo y por ende de interactuar en él. Esta diversidad, según la distribución geográfica de las poblaciones, toma diferentes matices a los que se les ha hecho llamar de forma genérica como “cultura”; en el caso de México encontramos que en la antigüedad existían pobladores que hoy día se les llama pueblos originarios o pueblos indígenas, los cuales tenían una peculiar forma de ver el mundo.

En el México prehispánico era visible una medicina de gran esplendor por el uso de las plantas medicinales, el temazcal, las limpias, entre otros (lo que ha recibido el nombre de medicina tradicional mexicana), cuenta de ello es una de las cartas de Hernán Cortés a Carlos V contándole cómo después de la llamada “noche triste” sus heridas fueron curadas por diestros curanderos indígenas. Sin embargo, esta forma de entender la medicina fue suprimida de manera sistemática durante los años venideros a la conquista hasta principios del siglo xx, esto propició la desaparición de muchos médicos tradicionales de aquella época, o que se escondieran para evitar ser enjuiciados. De forma

paralela a lo antes comentado y a la par de los rieles de los descubrimientos científicos, fue surgiendo y empoderándose la medicina convencional o también llamada occidental (alópata), que tuvo su gran auge durante el siglo XX con los grandes avances científicos que la respaldaban (Velasquez, 1991). En ese contexto, en 1992, se llevó a cabo una reforma constitucional donde se estableció que “La nación mexicana tiene una composición multicultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas” lo que ayudó a reivindicar causas de los pueblos indígenas y a que surgiera un paradigma a principios del siglo XXI que es la interculturalidad.

#### **4.2 Concepto de interculturalidad**

Para abordar el concepto de interculturalidad primero citaremos lo que se entiende por multiculturalidad, la cual propone a un grupo cultural que mantiene la hegemonía sobre las demás poblaciones; mientras que en la interculturalidad existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de los derechos no como concesión de los privilegios de un grupo sobre otro, sino como una relación de mutuo respeto, sinérgica, horizontal e incluyente, por lo que la interculturalidad pretende (Secretaría de Salud 2008):

- Que exista un espacio y tiempo en común para los grupos humanos diferenciados por elementos culturales como la lengua, la identidad étnica o territorial.
- Abarcar a las minorías pero junto a la gran mayoría y, por tanto, incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social.
- Promover el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social.
- Favorecer la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, en donde la relación entre diferentes no sea en condiciones de desigualdad.
- Enseñar a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar.

En ese orden de ideas entendemos que la interculturalidad aplicada al campo de la salud no es exclusiva a grupos indígenas sino también a otros grupos, sin embargo, nos enfocaremos a los indígenas por las características de la presente evaluación, para lo cual quisiéramos puntualizar cómo define la Secretaría de salud la competencia cultural: “Por competencia cultural entendemos la habilidad y capacidad de las personas e instituciones para interactuar y negociar la forma y tipo de servicio que se ofrece”, esta competencia se logra promoviendo (Secretaría de Salud, 2008):

- La escucha de los usuarios desde su manera de percibir el mundo.
- La indagación de sus expectativas.
- La comprensión de sus códigos culturales.

- La modificación de procedimientos y espacios para favorecer la satisfacción de los usuarios desde su cultura.
- La sensibilización y capacitación intercultural, promoviendo el trato digno con todos los usuarios culturalmente diferentes.

#### **4.3 Contexto indígena y determinantes sociales**

Para comprender más el origen de este naciente paradigma intercultural a continuación daremos cuenta de algunas características de la población indígena. Las cifras de la pobreza en México que hay en los pueblos indígenas confirman que están excluidos, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), afirma que siete de cada 100 mexicanos son hablantes de una lengua indígena; de estos, ocho de cada diez son pobres y la mitad de los cuales viven en pobreza extrema (CDI 2006).

Uno de los temas angulares de esta pobreza, gira en relación a las mujeres indígenas y el derecho a la salud. Sobre ello, Boco Ruiz (2011) señala que la complejidad en su abordaje deriva de la interacción entre los factores económicos, el acceso y la calidad de la atención médica, las creencias y costumbres que rigen el comportamiento de las familias, la dificultad con la que el sistema de salud occidental se relaciona con las poblaciones indígenas y sus diferencias en el sistema de salud tradicional. A raíz de esto, surge la inquietud de analizar propuestas distintas que deriven de procesos que generen la creación de ambientes favorables para el ejercicio pleno de sus derechos en un contexto real a través de la identificación de pares, el intercambio de saberes y la interculturalidad en la elección de la atención a la salud con un enfoque de género sin perder de vista la comunión con las condiciones culturales.

Las inequidades en salud ponen el dedo en el reglón cuando hablamos de la necesidad de atender a las poblaciones más vulnerables y nos referimos a los grupos indígenas; estas inequidades se sienten con más intensidad en la salud de las mujeres; tal y como lo reporta la ONU en el 2010 quien señala la importante magnitud de los niveles de mortalidad materna e infantil, la desnutrición, las enfermedades cardiovasculares, el VIH/sida y otras enfermedades infecciosas. La ONU (2010) apunta que los modelos de atención a la salud deben tener en cuenta el concepto indígena, por lo que se requiere establecer los mecanismos que respondan al perfil epidemiológico y al contexto sociocultural de las comunidades indígenas.

#### **4.4 Marco legal para la salud intercultural**

Desde el punto de vista legal la salud intercultural encuentra su marco de referencia en el contexto internacional, en la declaración sobre los derechos a los pueblos indígenas emitida por la Organización de las Naciones Unidas, que en su artículo 24 menciona:



Los pueblos indígenas tienen derechos a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho al acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

También encontramos sustento con el artículo 25 del convenio 169 de la OIT suscrito por México en 1990 en donde se menciona en su punto número 2 lo siguiente:

Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

De igual forma la Organización Mundial de la Salud dentro de los acuerdos de su asamblea 56 en el punto 14.10 insta a los estados miembros que, de acorde al marco legal nacional, se adopten las estrategias sobre medicina tradicional emitidas por la OMS (Secretaría de Salud 2008).

En México se encuentra el soporte legal desde la constitución política que establece en el artículo 1 y 2 en uno de sus párrafos lo siguiente:

#### Artículo 1°

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

#### Artículo 2°

La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas.

La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quienes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas. Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que formen una unidad social, económica y cultural asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo a sus usos y costumbres.

Esta constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para:

- Decidir sus formas internas de convivencia y organización social, económica, política y cultural.
- Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad.
- Los indígenas tienen en todo tiempo el derecho a ser asistidos por intérpretes y defensores que tengan conocimiento de su lengua y cultura para acceder plenamente a la jurisdicción del estado.

La Federación, los Estados y los Municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los pueblos indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

En la ley general de salud encontramos en el artículo 6º en su apartado VI Bis lo siguiente (DOF 2006):

Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

Algunas entidades federativas tienen su marco legal que protege y alienta el uso de la medicina tradicional y las ahora llamadas medicinas alternativas, tal es el caso del estado de Oaxaca, Morelos y Chiapas, en los cuales ya existe una reforma a la ley de salud estatal que contempla el uso y respeto de estas prácticas tradicionales, algunos otros estados están en camino e intentan evolucionar hacia una legislación más amable a los pueblos originarios, pero se han detenido en la antigua discusión de pensar que el usar estas medicinas es un retroceso, o en creer que no existen, o en pensar que los pueblos

originarios están mejor así sin ninguna legislación y seguir en la invisibilidad de su medicina (Nigenda *et al.* 2001).

#### **4.5 La interculturalidad en la Secretaría de Salud**

El marco legal antes comentado, ha sido la antesala para generar políticas y acciones de carácter intercultural en el terreno institucional del sector salud, como lo es ahora la Dirección de medicina tradicional y salud intercultural creada en el 2002 que depende de la Subsecretaría de innovación y calidad de la Secretaría de Salud y de direcciones o áreas homólogas en las diferentes entidades federativas. En dicha instancia federal antes mencionada se han generado algunos programas como:

- Medicina tradicional
- Enfoque intercultural en los servicios de salud
- Sistemas complementarios
- Política de atención a la salud de los pueblos indígenas

Estos programas buscan atender desde diferentes frentes la relación inequitativa entre la medicina tradicional y la medicina convencional. Un estudio que se generó de dicha instancia es la encuesta telefónica a población abierta en las 20 ciudades más importantes de México entre 2005–2007, en la cual resultó de forma general que el 46 % de la población usa medicina tradicional o complementaria cuando tiene una enfermedad. De igual forma habrá que recalcar las cinco líneas estratégicas en las cuales se mueve esta área (SSA 2008):

- Identificación y fortalecimiento del marco legal.
- Fortalecimiento y desarrollo de los modelos clínico terapéuticos reconocidos.
- Fortalecimiento de los servicios de salud con medicinas complementarias e integrativas.
- Fundamentación y validación científica.
- Enseñanza de las medicinas complementarias.

Finalmente en la lógica de la Dirección de medicina tradicional y salud intercultural habrá que mencionar que tiene una interacción con el Programa Caravanas donde se toman tres conceptos importantes:

- Personal de salud bilingüe.
- Personal profesional con competencia cultural.
- Difusión de programas de salud en la lengua local.

#### **Metodología**

El presente apartado da cuenta de la forma en la que se obtuvo la información para evaluar el componente intercultural, distinguiéndose las siguientes fases:

#### *Evaluación operativa*

Dada la complejidad del fenómeno intercultural, aunado a que este tema permea en la evaluación a diferentes niveles de la organización de caravanas y buscando tener la mayor triangulación de la información, sin perder de vista que esta evaluación está diseñada a comunidades indígenas con alta y muy alta marginación, se preparó la siguiente batería de instrumentos (ilustración 1):

- Entrevista estructurada a los usuarios de los servicios proporcionados por el Programa caravana. (Se anexa instrumento)
- Entrevista semiestructurada a los integrantes del comité Local de Salud en ella se buscó tener la opinión del comité en algunos aspectos de interculturalidad. (Se anexa instrumento)
- Guía de observación, mediante este proceso de observación dirigida se buscaron elementos de interculturalidad. (Se anexa guía de observación)
- Grupo de enfoque, que se abordaron con médicos, enfermeras y promotor de salud algunos aspectos de interculturalidad. (Se anexa guía de grupo de enfoque)
- Entrevista semiestructurada al médico. Se buscó ver cómo en la teoría y práctica del médico, la interculturalidad está presente. (Se anexa instrumento)
- Entrevista semiestructurada a la enfermera. Intentó ver cómo en la teoría y práctica de la enfermera la interculturalidad está presente. (Se anexa instrumento)
- Entrevista semiestructurada al promotor de salud. Se busca que la lógica de que el promotor debe tener un gran acercamiento a la comunidad y que muchas veces se vuelve el difusor y el principal contacto entre la comunidad y la caravana, se indagó qué tanto puede y lleva a cabo la interculturalidad. (Se anexa instrumento)
- Entrevista semiestructurada a los supervisores, se indagó a los supervisores para saber qué tanto están sumergidos en la interculturalidad. (Se anexa instrumento)
- Entrevista semiestructurada a los coordinadores estatales. La intención de la entrevista fue obtener información del manejo del tema de la interculturalidad, así como su importancia a nivel central. (Se anexa instrumento)

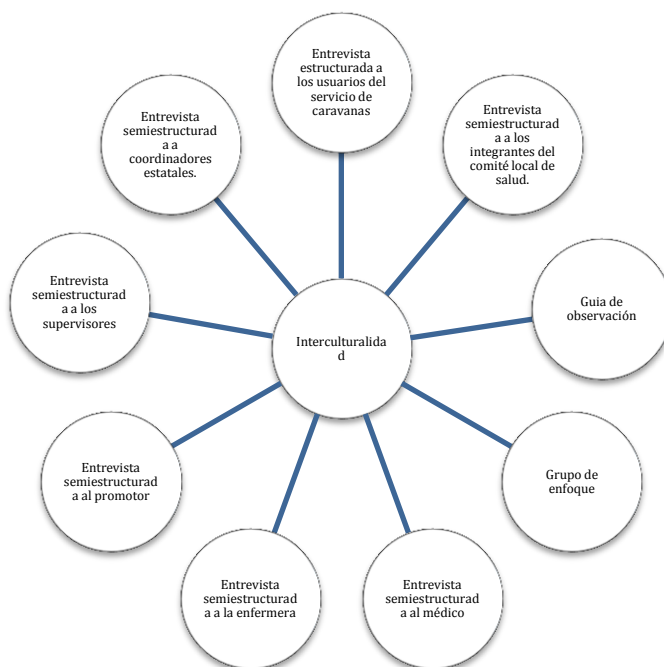


Ilustración 1. Diferentes ángulos de los cuales se obtuvo información para hacer el componente cualitativo intercultural fase 1 de esta evaluación.

En esta fase se realizó levantamiento de campo en los estados de Oaxaca, Puebla y el estado de México; se visitó un total de doce localidades en las que se realizaron entrevistas a once médicos, once enfermeras, once promotores de salud, nueve auxiliares de salud, cuatro comités de salud; además de realizar 63 entrevistas estructuradas a usuarios en la salida del servicio. Asimismo, se realizaron tres dinámicas con grupos de enfoque (una por estado), tres entrevistas a coordinadores estatales y once entrevistas a supervisores. En todos estos instrumentos se contó con un apartado específico en el cual se indagó en relación al tema. Se suma a este bagaje la evidencia fotográfica y documental, así como la información plasmada en las guías de observación de cada localidad. Es importante aclarar que cada uno de estos instrumentos levantó información de cada uno de los componentes de esta evaluación.

### *Levantamiento en campo*

Se realizó la aplicación de un instrumento en campo en comunidades identificadas como indígenas con una proporción mayor o igual al 40 % de indígenas de su población total; resultado del muestreo se visitaron 54 localidades y se aplicaron 4 606 entrevistas en las localidades seleccionadas. (Para mayor detalle del levantamiento revisar el apartado de esta evaluación titulado “Diagnóstico de salud de la población indígena de alta y muy alta marginación”). Cabe aclarar que el instrumento utilizado para este levantamiento tiene

algunas preguntas que tocan el tema de interculturalidad en diferentes momentos del mismo, de las cuales mostraremos su resultado según lo amerite el informe del componente intercultural.

### **Principales resultados**

Con base a lo descrito en la metodología y en la lógica de las 2 fases de levantamiento de la información en contextos muy diferentes respecto a grupos indígenas, (Oaxaca, Puebla estado de México) a su cantidad y preservación de su cultura, los resultados se presentan buscando triangular de los hallazgos de la fase 1 y complementando la información con el contexto general de la opinión de la población indígena en zonas de alta y muy alta marginación de la fase 2, por lo que los resultados se presentarán de la siguiente manera:

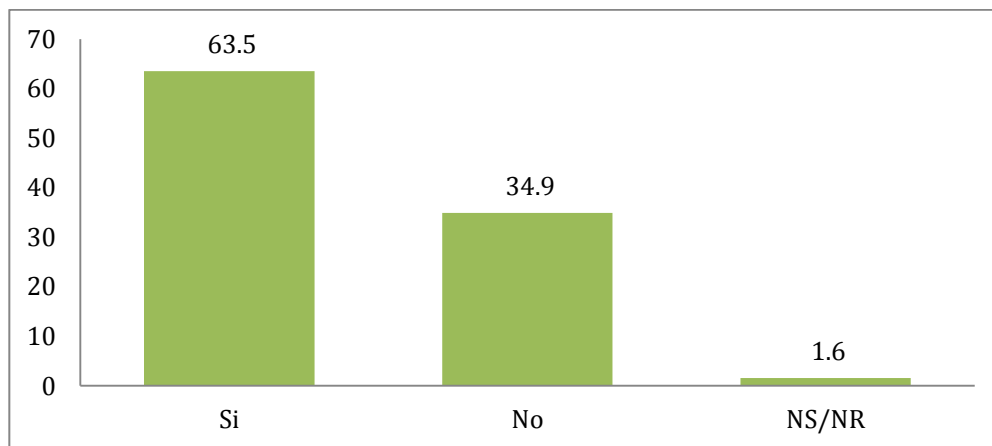
- Resultados generales que caracterizan a la población.
- Análisis de resultados de acorde a las políticas públicas existentes y acciones que ya tiene el Programa Caravanas estipulados en sus reglas de operación.
- Hallazgos importantes encontrados en relación al respeto de las tradiciones de los pueblos indígenas

### **Resultados generales**

Para este primer apartado se muestran resultados de las entrevistas estructuradas a usuarios a la salida del servicio recibido en caravanas, entrevistándose a 63 pacientes en los tres estados que integran esta evaluación (Oaxaca, Puebla y estado México). Cabe mencionar que la batería de instrumentos cualitativos aplicados al personal de salud de caravanas se hizo en estas mismas rutas.

Se encontró que el 63.5 % de los pacientes entrevistados, pertenecen a un grupo indígena, el 34.9 % no pertenece a un grupo indígena y el 1.6 % no supo o no respondió (grafica 1). Estos porcentajes sobrepasan el criterio (que cuenta con al menos un 40 % de la población total) para catalogar a una localidad como indígena según la CDI.

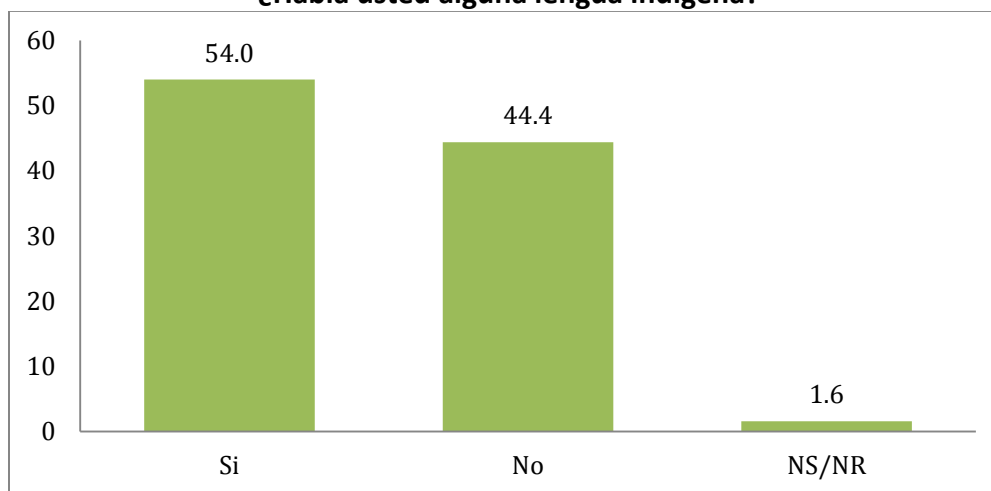
**Gráfica 1**  
**¿Pertenece a un grupo indígena?**



Fuente: Entrevistas estructurada a usuarios del servicio de caravanas.

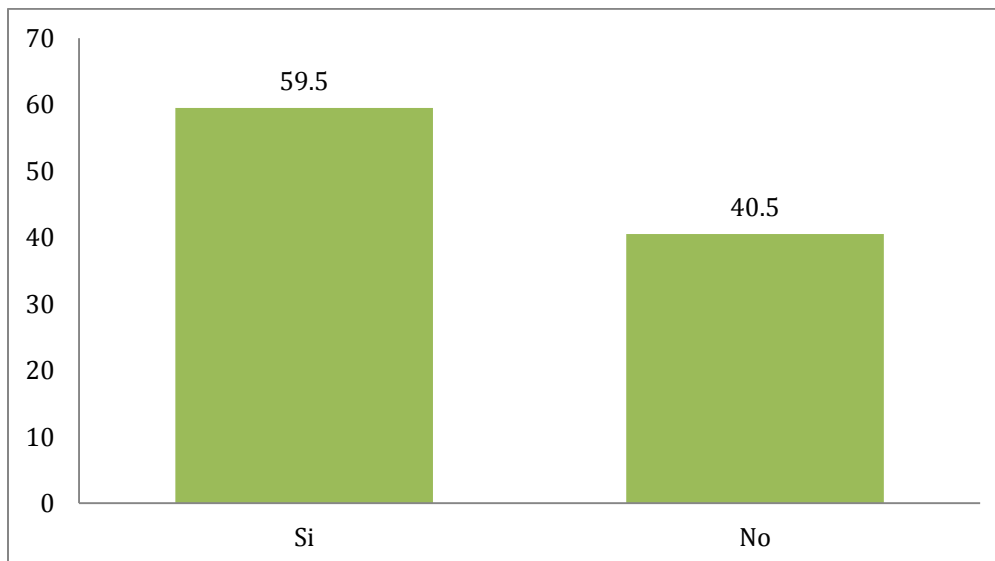
Asimismo, se obtuvo que el 54 % de la población sí habla una lengua indígena, mientras que el 44.4 % respondieron que no lo hablan. Sólo el 1.6 % no supo o no respondió (gráfica 2). Esto se acerca con lo que señala el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas que siete de cada diez indígenas hablan su lengua (INALI, 2009) y coincide con los datos que se encontraron en el “Diagnóstico de salud de la población indígena de alta y muy alta marginación” donde el 59.47 % de la población encuestada dicen hablar una lengua indígena (gráfica 3).

**Gráfica 2**  
**¿Habla usted alguna lengua indígena?**



Fuente: Entrevistas estructurada a usuarios del servicio de caravanas.

**Gráfica 3**  
**Porcentaje de indígenas que hablan su lengua**



Fuente: Levantamiento en campo para el Diagnóstico de salud para los pueblos indígenas de alta y muy alta marginación, México 2013.

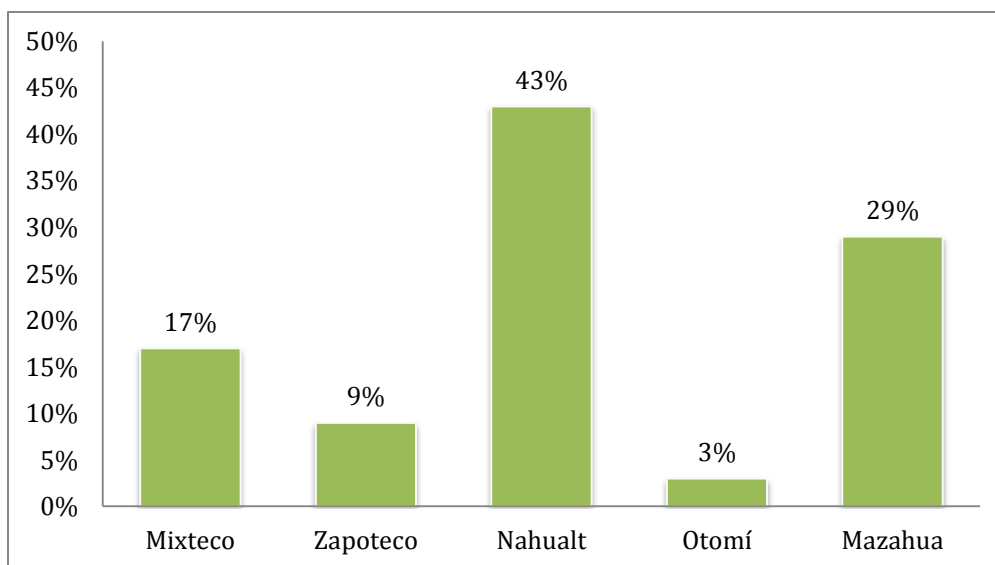
De las personas que respondieron que hablan una lengua indígena, la mayoría habla la lengua náhuatl, 43 %, le sigue la lengua mazahua con un 29 %, en tercer lugar tenemos al mixteco con un 17 %, en cuarto lugar el zapoteco con 9 %, y por último el otomí con el 3 % (Gráfica 4).

La situación del uso de la lengua indígena es variado en los estados estudiados, en el caso del estado de Puebla el uso de las lenguas indígenas es inconstante ya que en la comunidad de Loma Bonita, los pobladores se identifican como indígenas, pero la mayoría sólo habla español, esta situación se replica en otras comunidades como lo es Tierra Nueva, Ahuatla y Coapan, donde la mayoría de los pobladores son bilingües, hablan español y náhuatl, lo mismo sucede en Oaxaca y estado de México, aunque este último se usa menos la lengua originaria. Esta situación la podemos entender ya que son los vestigios de políticas públicas en materia de educación que buscaban integrar a los indígenas a la sociedad con la enseñanza del español, mediante métodos que datan de 1913 con el programa de Educación nacional integral nacionalista, el cual era la supuesta puerta para la modernidad (Muñoz, 1999). Es importante recalcar que una cultura comprende valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones internalizadas, así como formas o expresiones concretas que se adoptan y que en gran medida son compartidas entre un grupo de personas (OMS, 2008), esto nos da una pauta para confirmar que a pesar del evidente



bilingüismo y el cada vez más cercano monolingüismo las comunidades aún conservan valores, hábitos, actitudes, ideas y normas comunes.

**Gráfica 4**  
**Lenguas indígenas habladas por el total de los encuestados**



Fuente: Entrevistas estructurada a usuarios del servicio de caravanas.

Para ver las características de los lugares y detalles de la población donde se aplicó el levantamiento en campo de la fase 2, por favor consultar el apartado de esta evaluación titulado *Diagnóstico de salud de la población indígena de alta y muy alta marginación*.

#### **Análisis de resultados de acorde a las políticas públicas existentes y acciones que ya tiene el Programa Caravanas estipulados en sus reglas de operación**

El Programa Caravanas interactúa con la Dirección de medicina tradicional e interculturalidad de la DLPLADES para poder hacer algunas acciones específicas las cuales a continuación mostramos en la tabla I.

**Tabla I**

Recursos humanos	Concepto	Criterio
	Personal de salud bilingüe.	Verificar que para la visita a las localidades indígenas, cuando menos uno de los recursos de la unidad móvil o de la localidad, sea bilingüe.
	Personal profesional con competencia cultural	<p>Todo el personal de salud deberá acreditar documentalmente la competencia cultural mediante cursos presenciales o semipresenciales.</p> <p>El personal de salud cuenta y conoce los lineamientos del trato intercultural para el personal de salud.</p>
	Difusión de programas de salud en la lengua local.	El personal de salud o el personal bilingüe deberá promover los diferentes programas de salud en la lengua local y difundirse los derechos de los pacientes y señalización de las áreas, a través de carteles comprensibles y con la simbología adecuada a su cultura.

Fuente: Caravanas de la Salud e Intercultural: fortaleciendo su relación con la comunidad, 2011

Si analizamos el contexto que nos ilustra la tabla 1 explicaremos el primer indicador que enfatiza sobre el uso de la lengua indígena en relación a la evidencia obtenida, de igual manera se establecerán algunas recomendaciones con base en lo encontrado.

### **Uso de la lengua indígena en los espacios de salud (personal de salud bilingüe)**

A lo largo de la historia nuestro país ha sufrido imposiciones de culturas ajenas a ella; como bien se mencionó en los antecedentes, esto ha provocado la supresión de costumbres y tradiciones lo cual incluye la lengua indígena. Sin embargo, en las últimas décadas el gobierno ha impulsado el rescate y conservación de los diferentes grupos indígenas en relación a un mejor desarrollo social. (Muñoz, 1999)

En el siglo xx se impulsó el indigenismo culturalista, el cual promovió la autonomía de los pueblos indígenas sobre sus derechos en relación a la salud. Con la creación en 1935 del Instituto Politécnico Nacional (IPN), durante el gobierno revolucionario de Lázaro Cárdenas se funda dentro de la Escuela de Ciencias Biológicas la Escuela Superior de Medicina Rural, que intentó formar a médicos de extracción campesina para luego retornarlos a sus comunidades y solucionar los problemas de salud pública (Campos, 2010). Sin embargo, este proyecto no incluía la importancia de la lengua indígena en la formación académica, limitándose a entender las problemáticas sociales indígenas y rurales de México. En ese

mismo siglo nace otro importante esfuerzo en pro de los pueblos indígenas, como lo fue la fundación del Instituto Nacional Indigenista (INI), en 1948, que tenía la limitante de que la mayoría de sus fundadores no entendían la lengua originaria como es el caso de grandes investigadores extranjeros inmersos en nuestro país (Campos, 2010).

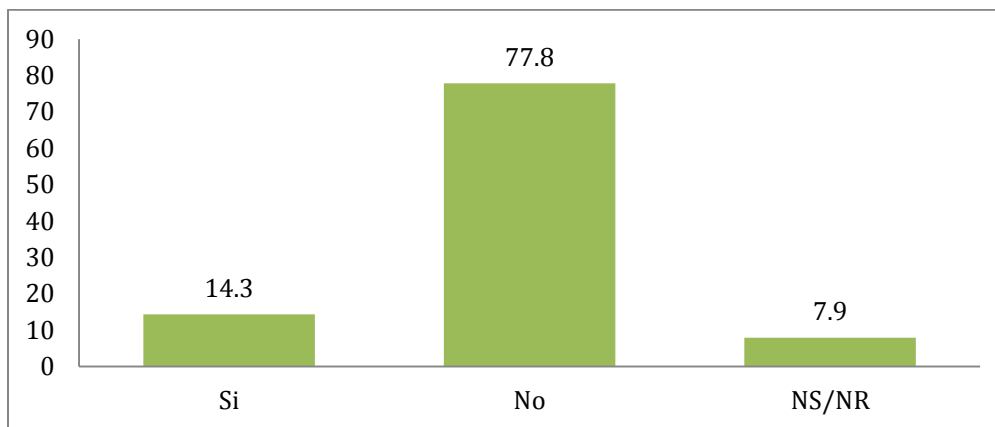
En las últimas décadas del siglo xx se impulsaron normas y programas tanto nacionales como internacionales a favor de los derechos de los grupos indígenas, pero sin llegar al fondo de la problemática. Podemos referirnos a muchas iniciativas hacia el acercamiento a la medicina tradicional sin tener una clara integración con la misma (esto mismo incluye la lengua indígena).

Como lo mencionamos en los antecedentes, en el 2002 se crea la Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural, la cual propuso cinco estrategias para la sensibilización médica en el tema de la interculturalidad; en la estrategia número cuatro se refiere a promover y adecuar servicios de salud con sensibilidad cultural, los cuales tienen como líneas de acción promover cursos de lengua originaria para el personal de salud en regiones indígenas, así como la posibilidad de contar y/o fomentar la asignación y/contratación de personal bilingüe en los servicios de salud (Secretaría de Salud 2008).

Con base al resumen histórico sobre iniciativas públicas a favor de las lenguas indígenas en relación al tema de la salud, se presenta la evidencia de las encuestas realizadas en relación a este tema.

Cuando se indagó sobre el hecho de que alguien del personal de salud de la UMM le habla en lengua indígena respondieron que del personal médico el 77.8 % no les habla en su lengua y menos de una sexta parte, refirió que sí les hablan en su lengua (14.3 %). Sumando esto con las personas que no respondieron, tenemos la población total (Gráfica 5).

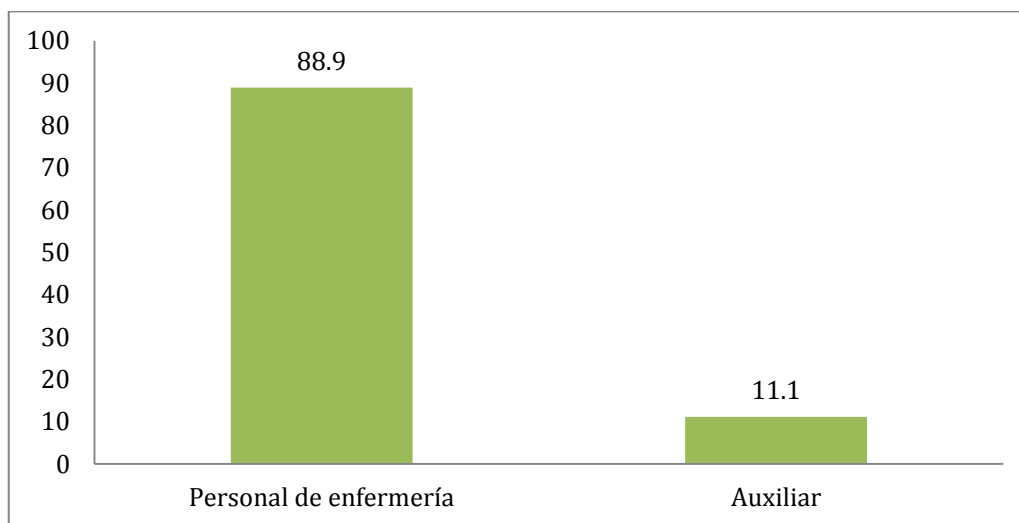
**Gráfica 5**  
**¿Alguna persona de la unidad médica móvil le habla en su lengua?**



Fuente: Entrevistas estructurada a usuarios del servicio de caravanas

De las personas que respondieron que sí les hablan en su lengua, se les pidió que especificaran quién lo hace (del grupo de caravanas), obteniendo que el 88.9 % son del personal de enfermería y 11.1 % el auxiliar (gráfica 6).

**Gráfica 6**  
**Personal del grupo de caravanas que les habla en su lengua**



Fuente: Entrevistas estructurada a usuarios del servicio de caravanas

Es evidente que de forma gradual las políticas públicas de inicios de siglo pasado han hecho efecto sobre el uso de la lengua originaria, aunado a que en un mundo donde todas

las acciones cotidianas de las grandes ciudades de México se hacen en español, el espacio de las lenguas originarias se vuelve escaso. Esto se ve reflejado en que la mayoría de las comunidades son bilingües y que en el caso del estado de México no se haya encontrado vestigios de interacciones con la lengua, lo cual contrasta con el 32 % de pacientes que dicen hablarla (gráfica 4). A pesar de lo comentado, aún persiste el uso de las lenguas originarias en México (INALI, 2009), lo que se comprueba con los propios datos de la evaluación, y si lo combinamos con que más del 60 % de la población usuaria del servicio de caravanas en zonas de alta y muy alta marginación son indígenas (Evaluación caravanas. Diagnóstico de las condiciones de salud para los pueblos indígenas de alta y muy alta marginación 2013) nos corrobora que el uso de la lengua en los servicios es muy importante.

En el caso de Oaxaca, existen zonas donde sólo se habla la lengua indígena, y el traductor (auxiliar o enfermera) es el principal enlace con la comunidad; esto provoca a que en algunos lugares el auxiliar, que hace las veces de traductor, no está de tiempo completo lo cual hace la comunicación deficiente y entorpece así la atención a la salud. De igual forma existe la conciencia entre el personal de salud del servicio de caravanas que no se trata únicamente de necesario aprender la lengua sino también la cosmovisión local. La importancia que se le da a la lengua se entiende por la gran diversidad que existe de ellas en Oaxaca (dieciséis sin contar sus variantes) y por la gran cantidad de población indígena (INALI, 2009).

En el caso de Puebla, mencionan que hacer difusión en la lengua originaria ayuda a darle relevancia al programa, y cómo en Oaxaca los auxiliares son traductores y enlaces con la comunidad. En el escenario de la consulta médica el hecho de tener traductores lleva a problemas de comunicación efectiva, por una mala traducción y la dependencia de los auxiliares para esta labor. En el estado de México, no se tiene información en este sentido.

De forma general podemos afirmar que en algunos lugares la lengua indígena prevalece y el hecho de que exista traductor no garantiza que la comunicación sea eficiente, ya que el matiz cultural y los significados cosmogónicos de la lengua originaria puede dificultar su traducción y si a esto le agregamos el lenguaje técnico médico se dificulta la relación médico paciente.

Finalmente, mostramos en la tabla 2 la información obtenida del personal de salud de caravanas: médicos, enfermeras, auxiliares, coordinadores estatales y comités de salud (puesta literalmente) respecto a su interacción con alguna lengua indígena, complementándose con la guía de observación elaborada por los investigadores de campo.

**Tabla 2** Hallazgos cualitativos sobre el uso de la lengua indígena en los espacios de salud

Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
Grupo de enfoque	-Existen pueblos donde solo se hablan alguna lengua indígena.	- El difundir información en lengua indígena, ayuda a darle relevancia al programa.	No se encontró evidencia.
	-El traductor no es de tiempo completo y esto dificulta la comunicación con los pacientes.	- En la consulta existe un intermediario (el intérprete) y la comunicación no puede ser la mejor.	
	-El lenguaje dificulta la forma de dar consultas.		
	-Las diferentes formas de dar atención a grupos indígenas y no indígenas se basa sólo en la forma de transmitir la información, adecuarla al nivel de educación y a la cultura.		
	-Con el apoyo del traductor bilingüe hemos logrado mejorar los hábitos de higiene.		
	-Las personas hablan una lengua indígena (Triqui) y esto es una barrera muy fuerte, ya que la gente no puede comunicarse con nosotros por la imposibilidad de hablar el español y decirnos en qué lugar les duele.		

Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
	-Se han aprendido algunas palabras de esta lengua pero no es suficiente para entablar una plática con la gente.		
	-En la comunidad en que estoy laborando hablan mazateco, el promotor inicia a dar la plática pero cuando el auxiliar debe traducir no lo dice todo y esto es una barrera porque no mencionan la información necesaria, una limitante más para llevar cabo la semiología médica.		
	--No existe un buen canal de comunicación entre médicos y pacientes.		
Guía de observación	-El auxiliar de salud, funge como enlace con la comunidad y la caravana, además de hacer de traductor durante la consulta médica, debido a que ninguno de los integrantes de la caravana habla mixteco, pero tienen problemas para comunicarse en español.	No se encontró evidencia.	No se encontró evidencia.
Supervisores	-Debemos familiarizarnos con cada comunidad, al no estar conscientes de su visión de vida podemos generar un barrera en la comunicación, por ejemplo, un simple saludo, puede ser	-En la parte práctica con la comunidad, damos pláticas de salud totalmente en totonaco	No se encontró evidencia.



### Hallazgos por estado

Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
	<p>diferente de una región a otra.</p> <p>-Dependemos mucho de traductores, los auxiliares no apoyan mucho cuando debemos comunicarnos con un paciente monolingüe.</p> <p>-Hay disposición por aprender la lengua indígena.</p>	<p>-Siempre contamos con auxiliares (traductor), pero la gente siempre va acompañado de alguien y si alguna vez van solos se acerca primero con alguien de confianza.</p> <p>-El auxiliar es la base para interactuar con las personas que sólo hablan en su lengua y nos ayuda con el lenguaje de señas.</p> <p>-Para tener una mejor comunicación con la comunidad se deben tomar ciertas características propias de la gente, aprender algunas palabras en su lengua indígena (su nombre, súbbase a la báscula, etc.). Esto mejora la relación con ellos y no te ven como alguien ajeno a su comunidad.</p> <p>-Estoy empeñada en aprender más palabras de la lengua indígena.</p>	

Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
		-Practicamos la lengua en la consulta y claro que ayuda porque la gente se acerca y se siente en confianza, para decirte su padecimiento actual y ayudarlos a mejorar su entorno, logrando la relación médico-paciente.	
<b>Enfermera</b>	<p>-Cuando no podemos comunicarnos con la paciente (cuando solo habla zapoteca) tenemos traductores y auxiliares de salud para que nos traduzcan lo que dicen.</p> <p>-Me doy cuenta de lo valioso que es hablar el mixteco, me gustaría seguir enseñando a mi hijo y no quisiera perder la lengua.</p>	No se encontró evidencia.	No se encontró evidencia.
<b>Comité Local de Salud</b>	<p>-Los niños ya no hablan zapoteco solo la lengua castellana, las señoras aprendieron el español hasta el sexto de primaria.</p> <p>-Toda la comunidad entiende el zapoteco.</p>	No se encontró evidencia.	No se encontró evidencia.

## **Sensibilización y disposición en torno a la interculturalidad. (Personal profesional con competencia cultural)**

En el proceso de formación de los médicos es muy limitada la capacitación a estudiantes de medicina sobre nociones de etnomedicina o de antropología médica, por lo tanto, desconocen los rasgos socioculturales de la enfermedad. En este contexto podemos aprender de Bolivia en 2004 en su programa de formación en salud intercultural, país que tuvo apoyo de la OMS, ONU, UNESCO, UNAM entre otros organismos, para el desarrollo de un proyecto de educación de postgrado dedicado a trabajadores de salud (Willaqkuna). El programa de estudios se ha articulado en torno a doce módulos didácticos que han sido implementados por docentes de distintos países y disciplinas académicas. Los contenidos académicos del curso han sido los siguientes:

1. Metodología de la investigación-acción
2. Interculturalidad, nación y acceso a los servicios del Estado
3. Experiencias de salud intercultural en América Latina
4. Modelos y sistemas médicos
5. Bases y prácticas de la medicina indígena
6. Farmacopea indígena y remedios herbolarios
7. La eficacia terapéutica y el enfoque biopsicosocial de la enfermedad
8. Las enfermedades prevalentes y la interculturalidad
9. La relación médico-paciente: enfoques y experiencias
10. El enfoque intercultural en el desarrollo de programas de educación para la salud
11. La alimentación en contextos interculturales
12. Metodología de planificación y presentación de proyectos

En este curso se han incorporado en forma espontánea de dos a tres oyentes indígenas, a quienes también se les proporciona una constancia de asistencia y participación. Su presencia es invaluable porque en forma permanente se convierten también en educadores-docentes e incluso, desarrollan socio dramas relativos a la atención médico-paciente, con la necesaria perspectiva indígena (Fernández, 2004).

En el tema de formación y capacitación en interculturalidad habrá que revisar las experiencias de las universidades interculturales en este tema, ya que aunque su esfuerzo data de 10 años (en el caso de la primera universidad) han aglomerado una buena experiencia en el tema de capacitación a jóvenes indígenas, en especial en el área de la salud se puede citar los casos de licenciaturas con ese tenor en la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo, Universidad Intercultural del Estado de México, Universidad Intercultural del Tabasco, Universidad Intercultural de Chiapas, Universidad Veracruzana Intercultural y la Universidad Intercultural de San Luis Potosí. Estas universidades están formando jóvenes indígenas en el área de la salud y en ese proceso existe un bagaje de

proyectos que han permeado a la comunidad con una buena aceptación, ya que dentro del modelo pedagógico de estas universidades la vinculación comunitaria es un eje transversal que atraviesa todos los semestres y esto da como consecuencia una gran experiencia práctica y proyectos con diferentes instituciones, tal es el caso de la Universidad Intercultural del Estado de México que en el tema específico de capacitación a instituciones del sector salud ha capacitado a personal de las Unidades médicas rurales del Instituto Mexicano del Seguro Social o la experiencia de la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo que han hecho proyectos de capacitación a personal de salud de diferentes instituciones.

En el caso de México y en especial los estados evaluados encontramos como una política de salud federal en interculturalidad, la sensibilización del personal de salud con cursos presenciales o vía internet los cuales abarcan temas básicos de interculturalidad (Ilustración 2).

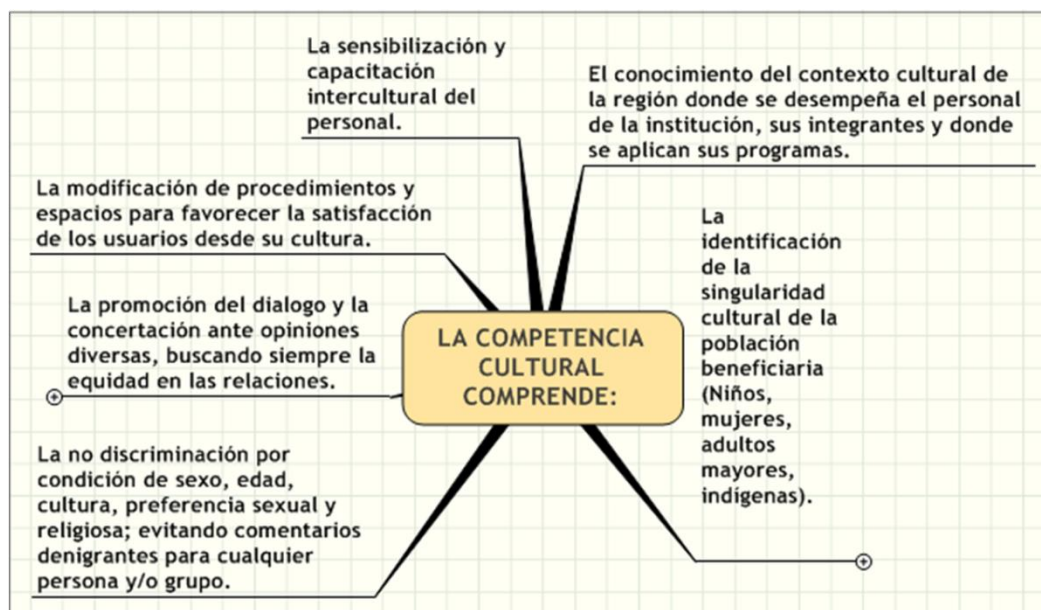


Ilustración 2. Elementos que componen una competencia intercultural, Secretaría de salud 2008

Evidentemente el tema de la capacitación al personal de salud es un esfuerzo loable y bien direccionado, sin embargo, quizá sea el momento de reflexionar sobre el contenido, duración del curso taller y valorar si estos son lo suficientes para generar una competencia intercultural, esto con base a la experiencia boliviana y a la evidencia encontrada en este estudio. Por ejemplo podemos citar el caso de Oaxaca, donde ha existido una capacitación

intensa en el tema por la Dirección de medicina tradicional e interculturalidad de la ss con una buena periodicidad; sin embargo, el mismo personal de caravanas refiere que ha tenido otro curso de la UNAM y también han buscado cursos del tema en diferentes instancias, lo que nos lleva a concluir que es necesaria una mayor capacitación en el tema. Este escenario es opuesto en el caso del estado de México, en el que no encontramos evidencia de capacitación, ni sensibilización del personal de salud, mientras el estado de Puebla podemos situarlo muy bien en un punto medio donde existe la capacitación y sensibilización pero no tan intensa y continua como en Oaxaca (Tabla 3).

Con base a las evidencias encontramos que el personal de salud ha pasado por muchas experiencias en relación a la medicina tradicional y tienen la apertura de conocer más sobre ello y aplicarlo con la comunidad, excepto en el estado de México. Esto último lo notamos con más predominio en el estado de Oaxaca, debido a su reconocimiento sobre las diversas aportaciones en torno a la interculturalidad el interés no sólo de médicos, sino también de los coordinadores, enfermeras y supervisores por desarrollar más esta integración de cosmovisiones. Es importante mencionar que dicho estado es una región multicultural que desde hace un año ha desarrollado un plan de trabajo con el apoyo de la DGPLADES, para comenzar con el proyecto de Caravanas interculturales.

Las capacitaciones de Interculturalidad que reciben las unidades médicas de Oaxaca y Puebla les han ayudado a mejorar la calidad de atención, por lo que tienen una mejor visión de la comunidad y desarrollan una vinculación comunitaria más significativa. En el estado de México hay poca o nula capacitación y sensibilización respecto al tema de interculturalidad de acorde a la evidencia encontrada, por consiguiente esta deficiencia repercute en la calidad de atención.

Es importante recalcar que con base a la evidencia (tabla 4) la interacción de la medicina tradicional y alópata existe y no se da en el terreno entre médico y medico tradicional, sino también en el paciente, ya que ellos muchas veces mezclan las terapéuticas sin enterar al médico alópata o al tradicional, lo cual puede traer interacciones terapéuticas no gratas para la salud del paciente, por lo que es necesario que el médico conozca las posibles interacciones fármacos-plantas medicinales e interacción del temazcal con el uso de fármacos.

Finalmente no queremos pasar de alto una sencilla reflexión de cómo se acredita la competencia intercultural, la evidencia muestra que sólo se dan cursos pero no se le da seguimiento y tampoco cuentan con una evaluación con listas de cotejo o con otros instrumentos para valorarla, ya que como podemos apreciar en la Ilustración 2 esta competencia tiene varios elementos y tendría que revisarse cada uno de ellos para poder decir que una persona es competente en interculturalidad y por ende decir que una institución (en este caso las caravanas) es interculturalmente competente. De igual forma habrá que analizar si los cursos son lo suficiente para que el personal adquiera los

conceptos de interculturalidad, entienda algunos nuevos procedimientos y mejore su actitud de acorde a la competencia intercultural. La evidencia en los diferentes estados dan muestra de que en Oaxaca el personal de la salud tiene más claro y va muy bien situado en esa línea, aunque no se encontró nada en relación a la modificación de espacios y procedimientos para favorecer la satisfacción de los usuarios desde su cultura, además de que por la constante rotación de personal (en especial médicos) es muy difícil que tengan conocimiento cultural de su entorno (esto se comenta con base a la definición de competencia intercultural que da la misma Secretaría de salud ilustración 2). Lo mismo sucede en el estado de Puebla, mientras que en el estado de México es evidente que hay más por hacer en este tenor.

A continuación mostramos en la tabla 3 la información obtenida del personal de salud de caravanas: médicos, enfermeras, auxiliares, coordinadores estatales y comités de salud (puesta literalmente) respecto a la sensibilización y capacitación en interculturalidad, complementándose con la guía de observación elaborada por los investigadores de campo.

**Tabla 3. Hallazgos cualitativos sobre sensibilización y capacitación a la interculturalidad.**

Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
<b>Grupo de enfoque</b>	No se encontró evidencia.	-Los cursos que nos dan nos ayuda a sensibilizarnos con la comunidad, esto se debería dar a todos los centros de salud.	Sólo nos han dado lineamientos pero no se ha tenido una capacitación como tal sobre el enfoque de interculturalidad.
<b>Coordinador estatal</b>	-Se han recibido diversos cursos de capacitación por parte del departamento responsable de Interculturalidad en la DGPLADES; expresamente se recuerda uno recibido en línea brindado por la Universidad Nacional Autónoma de México.	-Solicitamos un taller de medicina tradicional.	No se encontró evidencia.
	-Se expuso la necesidad de llevar a cabo más capacitación en el tema; sin dejar de lado lo reglamentario, se habló con las instancias correspondientes y se operó un programa de capacitación a nivel estatal (Departamento de medicina tradicional de Oaxaca).	-Se hacen dinámicas, como simulacros en la cual los empleados de la caravana toman el papel de los pacientes y logran sensibilizarse al sentir las necesidades de los pacientes.	
	-Se reconoce la importancia del tema como facilitador de procesos, sobre todo hablando de la empatía y el trato respetuoso reflejado en la operación del programa; sobre todo en la relación “médico–paciente”. Se señala que esto se ha logrado en diferentes medidas en las UMM.		
<b>Supervisores</b>	-Tenemos capacitaciones cada año, con médicos tradicionales, chamanes y hueseros.	-Se ha recibido dos capacitaciones de interculturalidad, nos dieron a conocer los	No se encontró evidencia.

Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
	<p>Tuve una capacitación sobre la interculturalidad sobre el parto humanizado, hemos aprendido a respetar la posición en la que una mujer quiere parir.</p> <p>-Cursos en línea por parte de la UNAM.</p>	<p>lineamientos, entendí muchas costumbres de la gente, por ejemplo el que se acerquen a las parteras.</p> <p>-Aprendemos a interactuar con las parteras para reconocer los límites de cada uno.</p> <p>-Hemos hecho obras de teatro en la cual sentimos la imposibilidad de poder comunicarnos con el médico, actuando como una persona indígena.</p> <p>-Nos enseñan a respetar la cultura y tradiciones de las comunidades, para lograr estar en empatía con el paciente.</p> <p>-Después de la capacitación me dispuse a mejorar mi actitud con las personas tratando de entender su forma de ver la vida.</p> <p>-Cuando llega el paciente al Hospital, se rompe la interculturalidad porque ya no es el mismo trato que reciben. Se debería generalizar estas capacitaciones para todo el sector salud.</p>	
<b>Doctor</b>	-Se ha recibido capacitación de sensibilización intercultural.	No se encontró evidencia.	No se encontró evidencia.



Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
Enfermera	<p>-Se le impartió un curso de interculturalidad a principios de este año 2013.</p> <p>Capacitaciones sobre el trato de las personas, respetar sus costumbres y ponerse en el papel de los pacientes.</p>	No se encontró evidencia.	No se encontró evidencia.

## **Difusión de programas de salud en la lengua indígena**

Según el Programa de caravanas el personal de salud o el personal bilingüe deberá promover los diferentes programas de salud en la lengua local y difundirse los derechos de los pacientes y señalización de las áreas a través de carteles comprensibles y con la simbología adecuada a su cultura.

Por lo cual la Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural, en su formato de autoevaluación para la acreditación de unidades médicas rurales en zonas indígenas incluye que debe de existir un cartel visible donde se exprese la satisfacción del usuario como elemento sustancial de la unidad de salud y que se cuente con señalización (dibujos claros de acuerdo al mensaje) e información al español y/o en lengua indígena. Este mismo indicador se encuentra en la lista de acreditación de las unidades de primer nivel de atención en zonas indígenas y en la lista para acreditar a las UMM (Secretaría de salud 2008).

Es importante recalcar que las 63 lenguas que señala el Instituto Nacional de Lengua Indígena que existen en México, la mayoría de ellas la población las habla, las entiende pero no las escribe y por ende no las leen ya que en gran medida la oralidad ha sido una forma de transmisión de la cultura en comunidades originarias de América (Boito 2000), por lo que hay que reflexionar sobre la pertinencia de hacer únicamente difusión escrita en la lengua, quizá sería más apropiado hacerla a través de simbología que la comunidad comprenda, a través de perifoneo y las radios comunitarias.

En la guía de observación se encontró que en una comunidad cuentan con numerosos carteles de prevención de enfermedades escritos en náhuatl y español pertenecientes al estado de Puebla, y no se encontró en ninguna UMM algún cartel visible y entendible que muestre los derechos y obligaciones del usuario. Una gran controversia que se obtiene sobre la observación y las entrevistas, es la de una comunidad de Oaxaca, en la cual los mensajes de promoción de la salud están escritos en español, mientras que la población mayoritariamente sólo habla mixteco.

### **Elemento de interculturalidad encontrado en las Reglas de operación del programa caravanas**

Según las reglas de operación del Programa de caravanas en el apartado 5.11 de prestación de servicios, establece que:

Los equipos de salud itinerantes del programa se complementan a nivel comunitario con auxiliares de salud, promotores, comités locales de salud, agentes tradicionales de salud y otros personajes locales que le dan sustento y continuidad a las acciones durante los periodos de ausencia de la UMM.

De igual forma podemos encontrar en el apartado 5.1.3 sobre el modelo integrador de atención a la salud que refiere:

Para el caso de los servicios a la persona, las REDESS inician desde el primer contacto básico entre el equipo de prestadores de servicios, que en las localidades más remotas y aisladas del país, está conformado por personal profesional itinerante, apoyado por auxiliares de salud, parteras tradicionales y algunos casos médicos tradicionales; los cuales llevan actividades de salud pública medicina preventiva y atención básica en casas de salud provistas por la comunidad.

Además, menciona que ese mismo apartado (Diario oficial de la federación 2013):

[...] de la atención basada en la práctica individual del médico a la atención en equipo interdisciplinario, de la atención “anónima” a la centrada a las necesidades de las personas (pacientes y familiares) incluyendo el reconocimiento, respeto a la diversidad cultural y finalmente, de la atención por padecimiento a la atención integrada.

En este sentido se relacionan los Artículos 1, 2, 4 de la Constitución política (citados en los antecedentes) donde señalan el respeto a la libre expresión de prácticas y creencias.

Así mismo la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud mencionan que: “la interculturalidad intenta de manera práctica fortalecer las capacidades y sensibilizar al personal de salud respecto a la diversidad cultural, buscando una respuesta para mejorar la calidad de vida y salud”. (2004) Esto es importante señalarlo para comprender la importancia de una interacción médico-médico tradicional respetuosa y con conocimiento para la mejora de la salud de la población.

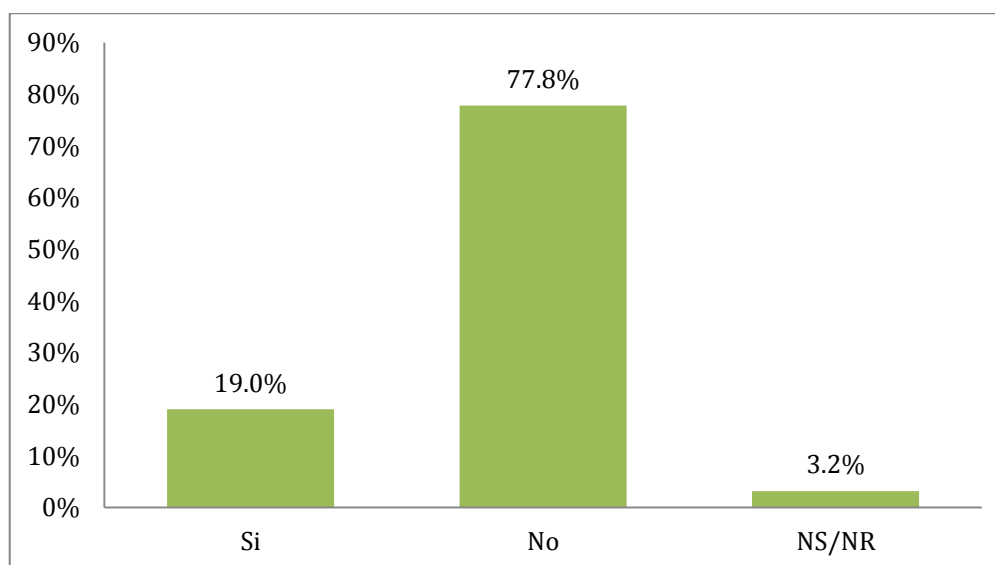
De igual forma, el actual gobierno en su Programa Nacional de Desarrollo de la Republicana mexicana establece que si bien el Sistema de Salud Pública cuenta con una amplia red de atención médica, en ocasiones la falta de respuesta ha propiciado que la población busque la atención en el ámbito privado, la asistencia social e incluso mediante la automedicación. Para lograr mayores niveles de eficiencia y poder atender de mejor manera las necesidades de la población, es necesaria una planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales.

Para mejorar el Sistema de Salud también se requiere un fortalecimiento de los modelos de atención de entidades federativas y municipios, así como una regulación adecuada en diversos ámbitos (Programa nacional de desarrollo 2013). Como podemos apreciar en estas últimas líneas el gobierno actual busca compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los actores de la sociedad (incluidos aquí por supuesto los médicos tradicionales).

## Evidencias encontradas respecto a la interacción de médico-curandero-paciente

En la entrevista estructurada para usuarios, a la salida del servicio se le preguntó: ¿Va usted con el curandero, el medico tradicional o la partera? Cerca de una quinta parte respondieron que además de acudir a la UMM, acuden con el médico tradicional, curandero o partera (19 %), mientras los pacientes que no respondieron fueron el 3.2 % y el 77.8 % negó acudir con médicos tradicionales (ver gráfica 7).

**Gráfica 7**  
**¿Va usted con el curandero, el médico tradicional o la partera?**



Fuente: Entrevistas estructurada a usuarios del servicio de caravanas

En el levantamiento de campo de la Fase 2 se encontraron algunas respuestas de la población que nos ayudan a contextualizar mejor el tema de la relación entre la medicina tradicional y alópata, estas respuestas habrá que matizarlas con los antecedente históricos de discriminación y represión a la medicina tradicional lo que como consecuencia lógica conlleva que algunas veces la población ya no quiere hablar de sus prácticas tradicionales como lo corrobora Leyva Flores, (2013) y se confirma con los datos de la gráfica 8. Estos últimos muestran los resultados de los usuarios al salir del servicio de caravanas en relación a la siguiente pregunta: ¿Le dice al médico que va con el curandero, médico tradicional o partera? El 33.4% contestó que no le comenta a su médico que fue al médico tradicional. Estos resultados se pueden triangular con lo que los supervisores mencionan acerca de la importancia fomentar el respeto hacia el uso de recursos herbolarios, los tratamientos indígenas o las terapias alternativas, estos últimos argumentos seguramente habrá que fomentarlos en acciones para que la población se sienta más libre de compartir sus prácticas tradicionales.

### *Interacción médico – partera - paciente*

Dentro de los resultados del levantamiento de campo, para el caso de las parteras se le preguntó a la población lo siguiente: ¿Quién le atendió en su último parto?, a lo cual la población entrevistada contestó lo mostrado en la gráfica 8, en ella podemos observar que la población entrevistada indígena y no indígena en su mayoría recurre al médico para atenderse el parto, siendo la población no indígena la más recurrente; esto se explica por la gran difusión que ha existido de los servicios del estado que fundamentalmente son alópatas, aunque contrasta con la cantidad de médicos que existen en la zona de alta y muy alta marginación el cual es 0.7 médicos por cada mil habitantes (dato que resulta del Diagnóstico de salud de la población indígena de alta y muy alta marginación), lo que nos pone a pensar que si existe una escasez de médicos en la zona, la población se traslada a ciudades cercanas para su atención o busca soluciones locales. Una de esas posibles soluciones son las parteras que según lo mostrado por la gráfica 8 atienden al 9 % de la población indígena y el 2 % de la no indígena. Estos datos dan muestra de la erosión que ha existido de la medicina tradicional desde antaño como se documenta en los antecedentes del presente escrito, y de las políticas estatales diversas que hay para las parteras, ya que en la mayoría de los estados únicamente se da capacitación a las parteras, en algunos otros se permite su práctica muy limitada y en otros se intentan incluir al sistema de salud como son los casos de San Luis Potosí y Guerrero.

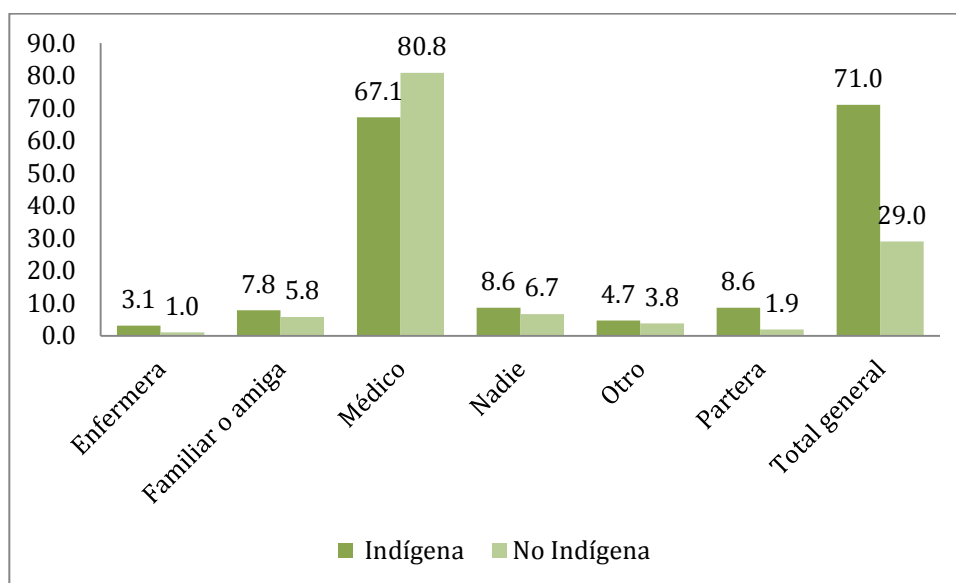
Es importante no perder de vista el porcentaje de mujeres que se atendieron el parto con personas diferentes a un médico que es el 33 % de la población indígena (gráfica 8) lo cual contrasta con el 19% de la no población indígena. Al comparar los datos podemos apreciar que casi se duplica el número de mujeres indígenas que no van al médico, ahora bien, en la lógica de que todos tenemos derecho a los servicios de salud tenemos un 22 % de mujeres indígenas que no van ni al médico ni a la partera. Al analizar esta información damos cuenta que la mayor parte de la población a pesar de ser de origen indígena y emplear la medicina tradicional mexicana desde antes de la conquista, ha resentido una represión hacia su valía, lo que genera poca credibilidad en la actualidad y con ello se disminuye el interés para su conservación, además resienten la discriminación y persecución que hubo en médicos tradicionales durante gran parte del siglos pasados, (Pérez, 2009). Por lo que ahora es importante revertir este proceso como lo han hecho países como China e India que incluyen en su oferta de salud oficial sus medicinas tradicionales (OMS 2002).

Para complementar la interacción con las parteras queremos citar 2 casos de estas propuestas novedosas de trabajo conjunto médico-partera; por un lado el centro de maternidad intercultural en las tierras altas de Chiapas, donde se busca trabajar dentro de un sistema que integra dos componentes la medicina tradicional mexicana representada por las parteras y la medicina alópata. Se ha documentado acciones concretas de ambas partes como reportar los casos graves al segundo nivel de atención a fin de salvaguardar la

integridad fiscal así como una estricta evaluación de su control prenatal y una capacitación constante para poder prevenir complicaciones en las embarazadas para el caso de las parteras, por otro lado los médicos alópatas tienen una capacitación para comprender a fondo la partería y respetarla (Tucker *et al.* 2013). Esta experiencia en Chiapas nos enseña que una interacción entre parteras y médicos en un mismo espacio terapéutico puede ser posible, esto lo confirma el caso de Cuetzalan con su clínica mixta (Duarte *et al.* 2004).

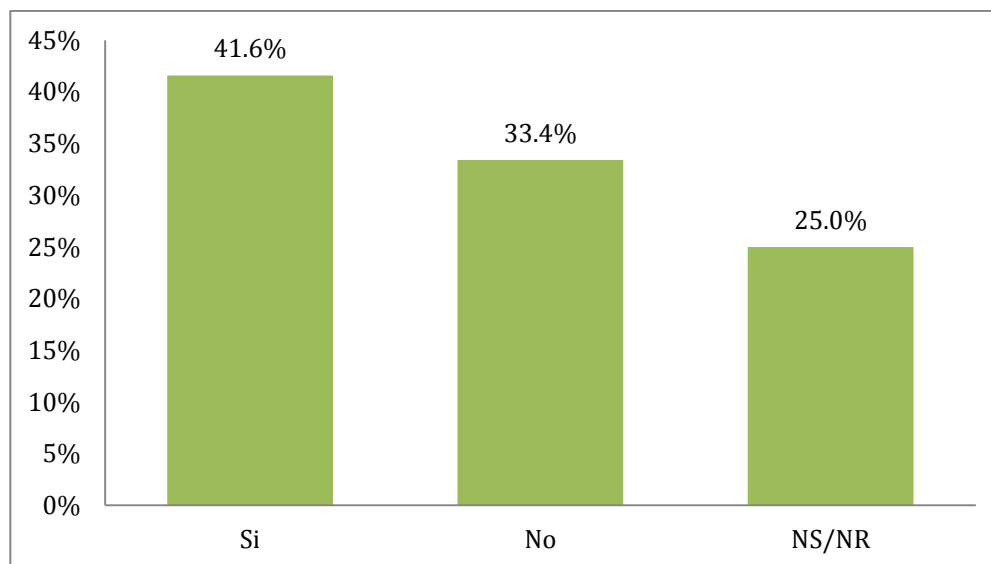
Con lo comentado anteriormente podemos ver que aun la población indígena se atiende con parteras y que un gran número de mujeres indígenas no tienen ningún tipo de atención profesional en su parto, lo que nos lleva a concluir que es importante incluir a las parteras en los profesionales de la salud del servicio de caravanas que en las rutas que tocan localidades indígenas, no sólo por la adecuación cultural sino también por la necesidad de atención de la población.

**Gráfica 8**  
**¿Quién la atendió en su último parto?**



Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013

**Gráfica 9**  
**¿Le dice al médico de la unidad que también va con el curandero,  
médico tradicional o la partera?**



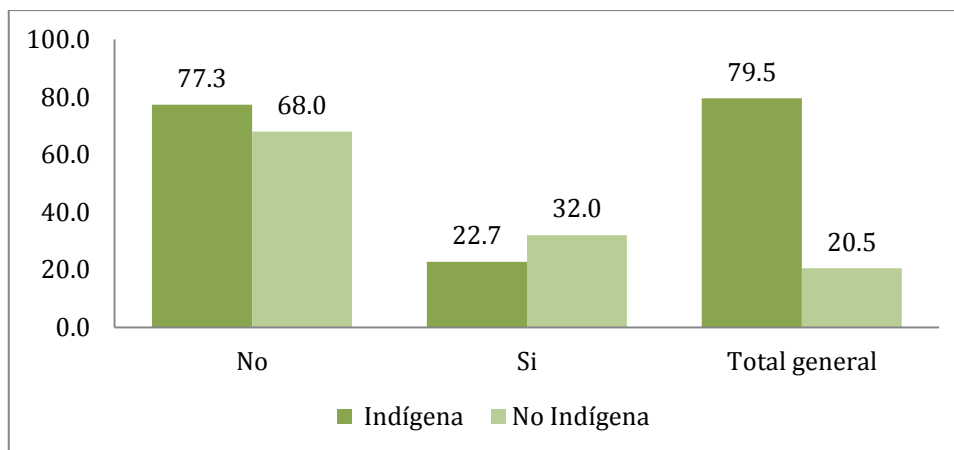
Fuente: Entrevistas estructurada a usuarios del servicio de caravanas

### *Interacción médico-médico tradicional-pacientes con enfermedades crónicas degenerativas*

Siguiendo con los datos del levantamiento en campo a continuación mostramos los resultados de la pregunta a los diabéticos encontrados: ¿Usan remedios tradicionales? (gráfica 10). A simple vista apreciamos que casi 80 % de los diabéticos encontrados son indígenas, sin embargo, los que más usan remedios tradicionales son los no indígenas con un 32 %, estos resultados provienen de las respuestas a estos mismos diabéticos a la pregunta ¿Qué remedio tradicional usa? En ella vemos el predominio de las plantas medicinales y en especial las plantas amargas, lo que concuerda con la lógica de la medicina tradicional. Aquí nos gustaría recalcar que muchas de las plantas medicinales que se usan en la diabetes interaccionan con medicamentos alópatas (Tres, J.C. 2006) lo que al sumar a los resultados de la gráfica 9, nos alerta sobre interacciones medicamentosas que probablemente estén sucediendo y el médico no tome en cuenta durante la terapia. Siguiendo el tenor de la encuesta a los diabéticos durante el levantamiento, encontramos a la pregunta ¿Usted ha usado un tratamiento alternativo o tradicional para su padecimiento? (Gráfica 11). Encontramos que la población indígena y no indígena tienen resultados parecidos que oscilan en el 15 %, pero si a esas mismas personas les preguntamos ¿Cuál tratamiento ha usado? (Gráfica 12), los resultados son abrumadores en relación al uso de la herbolaria con más del 80 % de la población indígena y no indígena que la usa. Esto es importante considerarlo para que se puedan

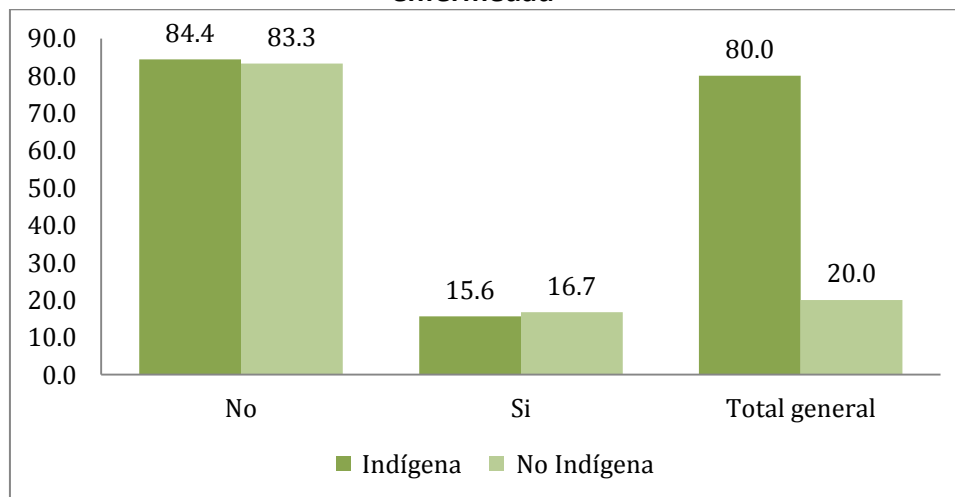
implementar cursos a los médicos y conozcan más el uso de las plantas medicinales de la región para así evitar interacciones medicamentosas con la herbolaría y un mejor tratamiento de la diabetes.

**Gráfica 10**  
**Población diabética que utiliza remedios caseros en comunidades de alta y muy alta marginación**



Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013

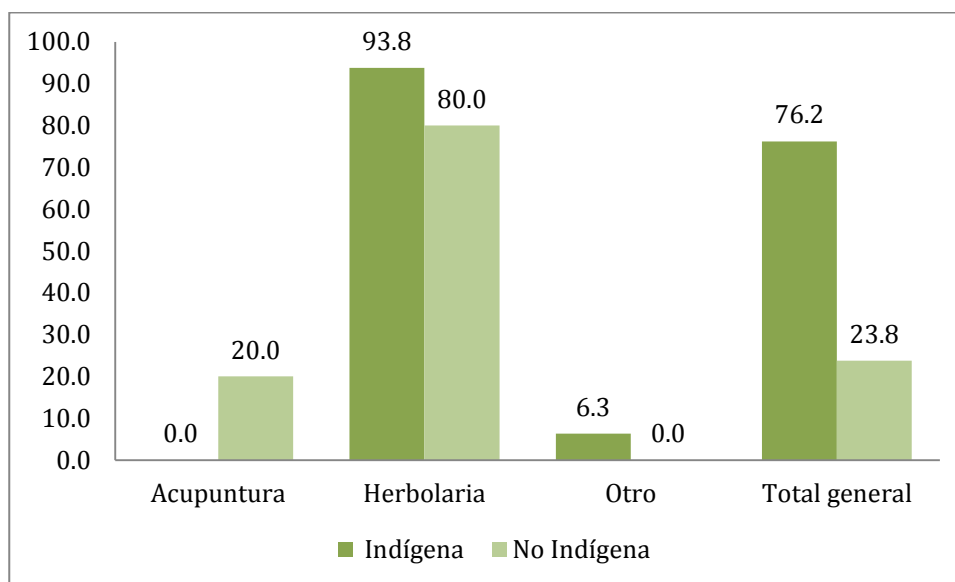
**Gráfica 11**  
**Población diabética que ha utilizado algún tratamiento y/o tradicional para su enfermedad**



Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013



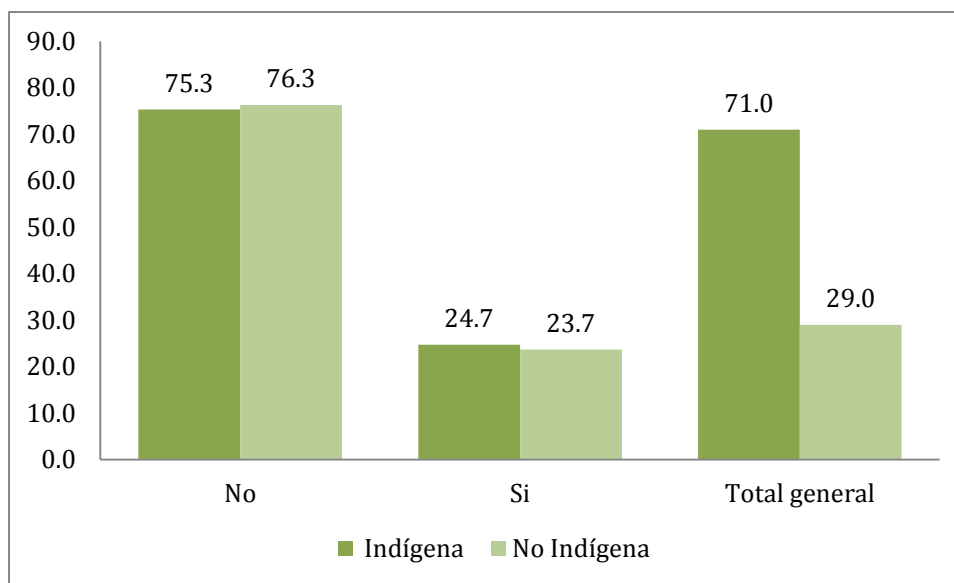
**Gráfica 12**  
**Tratamiento alternativo, que ha utilizado para la población diabética para su enfermedad**



Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013

Continuando con la información del levantamiento en campo ahora enfocándonos a los pacientes hipertensos encontrados, se les aplicó la siguiente pregunta: ¿Toma algún remedio casero? (Gráfica 13) Las respuestas para las poblaciones indígena y no indígena fueron alrededor del 24 %; acto seguido se les pregunta ¿Qué remedios caseros usaron? En ella encontramos una amplia gama de plantas medicinales, estos datos nos corroboran el uso de la medicina tradicional y la importancia de que los médicos la conozcan. Como dice Fernández (2004) en su obra sobre Salud e Interculturalidad, el médico debe adquirir habilidades y destrezas que le permitan comprender los modelos explicativos de la enfermedad de los pacientes, ser capaz de modificar sus instrumentos de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y procurar evitar prejuicios o conceptualizaciones preestablecidas. Esto en algunos casos se cumple en la práctica, pero es evidente que se necesita que los médicos tengan mayor capacitación no sólo en la sensibilización, sino también en aspectos muy prácticos y operativos como interacción farmacológica de plantas medicinales y fármacos, prácticas de partería que pueden ser riesgosas o aquellas que pueden coadyuvar a su conocimiento, comprender más a fondo el uso de las diferentes terapéuticas sus alcances y posibles riesgos.

**Gráfica 13**  
**Pregunta hecha a personas con hipertensión arterial;**  
**¿Toman algún remedio casero?**



Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013

*Datos cualitativos que nos muestran interacción médico-medico tradicional/partera-paciente*

Volviendo a los resultados cualitativos, queremos recordar el artículo 2 de la Constitución política, el cual reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación, en consecuencia a la autonomía para preservar y enriquecer sus conocimientos y todos los elementos que constituyen su identidad. Lo anterior se confirma con lo que dijo un médico de Oaxaca; “...no se impide que las personas complementen el tratamiento alópata con té o remedios locales, siempre en cuando no sea riesgoso”.

Todos los hallazgos anteriores nos hacen ver que en todos los estados existe una interacción entre el personal de salud y los médicos tradicionales, incluyendo parteras. En algunos como en el caso de Oaxaca la interacción es en el marco del respeto y cobijada con una política de salud que permea desde el coordinador del Programa de caravanas hasta el auxiliar de salud, en el caso de Puebla se visualiza una interacción positiva desde dejar a la gente que use su medicina tradicional hasta en algunos momentos referir pacientes a los médicos tradicionales, finalmente en el caso del estado de México existe poca interacción.

Por otro lado, al revisar los expedientes clínicos para buscar interacción medicina alópata-tradicional de forma escrita no se encontró ninguna nota que nos diera cuenta de esa interacción ya mencionada ampliamente, ni mucho menos sobre el **registro** de las enfermedades de filiación cultural y los tratamientos tradicionales y/o alternativos. (Para mayor detalle ver componente de calidad de la atención de este documento).

A continuación mostramos en la tabla 6 la información obtenida del personal de salud de caravanas médicos, enfermeras, auxiliares, coordinadores estatales y comités de salud (puesta literalmente) respecto a los hallazgos de interacción entre la medicina alópata y tradicional, complementándose con la guía de observación elaborada por los investigadores de campo.

**Tabla 4. Hallazgos de interacción entre la medicina alópata y tradicional.**

Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
<b>Grupo de enfoque</b>	<p>-Es una oportunidad de aprendizaje para patologías o enfermedades que normalmente no se ven.</p> <p>-Las creencias y tradiciones son un factor que dificulta la promoción de la salud.</p> <p>-Trabajo en conjunto con parteras y flexibilidad en la atención de los partos respetando las tradiciones.</p> <p>-Los métodos de atención por parte de las parteras suelen ser contraproducentes para los bebés y las madres, por ejemplo, cuando tratan de acomodar con mucho esfuerzo al feto.</p> <p>-La convivencia con las señoras favorece mejor el intercambio de conocimientos, no ser tan egocéntricos, debemos escuchar otras visiones.</p> <p>-En un proceso de parto ya estaba la embarazada con la partera, al llegar el</p>	<p>-Trabajamos en conjunto con la medicina tradicional.</p> <p>-Asimilar que las personas tienen las costumbres arraigadas, se habla con los curanderos/parteras y se les proporciona material necesario para ejercer su trabajo.</p> <p>-Hacer equipo con los curanderos/parteras en beneficio de la economía de los pacientes y además conservamos su visión de vida.</p> <p>-Estos médicos tradicionales son los líderes de la comunidad, la gente les tiene mucha confianza, y es mejor unirnos a ellos para mejorar la calidad de atención.</p> <p>-Les pedí a las personas una lista de las plantas medicinales y propuse al doctor darlo en conjunto con los medicamentos para que se den cuenta que si le damos importancia a su medicina.</p>	<p>-La gente lleva sus hijos a consulta, les damos tratamiento, pero de igual manera acuden con médicos tradicionales para que les traten del mal de ojo. El problema es que a veces primero van con este último y hasta cuando están muy mal se acercan a los centros de salud.</p>

Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
	<p>médico decidieron atenderla en conjunto sin ningún problema.</p> <p>-La caravana atendió un parto en la madrugada ya que el centro de salud no estaba abierto, la paciente quiso que se le amarrara un hilo rojo en el abdomen que traía una bolsita del mismo color, se le respeto esto y tomo la posición que ella quiso, al término del parto, los médicos comentaron que llevarían la placenta al centro de salud pero la paciente prefirió llevárselo a su casa para enterrarlo, se aceptó esta decisión, la placenta se depositó en una bolsa roja.</p> <p>-Cada familia tiene su temazcal, la creencia que tienen es que si no entran se enfriaran ya que está en contacto con la naturaleza, con la tierra, el viento y esto juega un papel muy importante en su vida.</p> <p>-A veces referimos a los pacientes con el huesero quien además sabe de partería, porque la gente le gusta y además nos ayuda.</p> <p>-En otro parto, en donde laboraba la partera en conjunto con el medico, se</p>		

Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
	<p>aceptó su costumbre de la primera, no cortar el cordón umbilical hasta que saliera la placenta, otro detalle que logró notar es que la partera revisó detenidamente la placenta para verificar que había salido en su totalidad.</p> <p>-Nosotros debemos ser muy precisos en nuestras acciones para un parto ya que por eso estudiamos antes (no permite el apoyo de curandera).</p>		
Guía de observación			-La partera, explicó que ya no atiende partos por que sus hijas ya no la dejan además ya hay muchos médicos por todos, comentó.
Coordinador estatal	-En el estado se ha buscado acercarse a las parteras de las localidades (como parte de una estrategia estatal); en este acercamiento se buscó que las parteras aceptaran capacitarse en relación a los signos y síntomas de alarma; ha costado trabajo pero se sigue trabajando, ya que en un buen número de comunidades, prefieren acudir con la partera para atenderse el parto (Se señala el caso de Amoltepec).		

Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
	<p>-Excepcionalmente se brinda atención conjunta al parto (medico-partera); esto se debe al tiempo de estancia de la umm en las localidades; además de mencionar la disposición de ambas partes.</p>		
Supervisores	<p>-Se capacita a las parteras y parteros, algunos tienen la capacidad de aplicar Oxitocina.</p> <p>-La partera envía su paciente al médico sólo si tienen alguna complicación.</p> <p>-Se le pide al personal que respete la cultura de la población, por ejemplo en el parto vertical.</p> <p>-Las parteras son aliadas del médico, ya que son las primeras que dan apertura a la consulta.</p> <p>-No ha sido fácil trabajar con personas mayores de edad (parteras), pues confían más en su experiencia.</p>	<p>-En esta zona existe parteras, hueseros, estos mismos se les capacita en el centro de medicina tradicional y se les otorga sus constancias (les explicamos de los pacientes de alto riesgo para que conozcan sus límites y refieran los pacientes al hospital).</p> <p>-Los médicos mencionan enfermedades como el aire y sus terapias como las limpias.</p> <p>-Se hace capacitaciones reciprocas.</p> <p>-Trabajamos en conjunto con parteras.</p>	

### Hallazgos por estado

Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
		<p>-Es necesario respetar las creencias, por ejemplo respetar si después del parto se amarran en el abdomen con hilo rojo, no tratar de cambiarlos.</p> <p>-La población se acerca primero a estos médicos tradicionales por su tradición.</p> <p>-Nos hacen ver la realidad que vivimos en la comunidad, nos ayudan a sensibilizarnos y mejorar nuestro servicio, buscando la mejor manera de interactuar con la gente sin dejar a un lado su cosmovisión cultural.</p>	
<b>Doctor</b>	<p>-Odontólogo: estamos abiertos al conocimiento cultural, sobre el uso del carbón para limpieza de los dientes, enfatizó que no es como tal carbón, es tortilla quemada y si los abuelos les funcionaba porque no seguir con la costumbre.</p> <p>-Cuando les quitamos un diente, piden llevárselo, sabemos que no se debería hacer por reglamento, pero respetamos su costumbre, se lo desinfectamos con cloro y se lo llevan.</p>		



Hallazgos por estado			
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México
Enfermera	<p>-Se les respeta a los pacientes de la localidad sus formas tradicionales de curarse, no se les prohíben, sólo en ciertos casos, se les advierte cuando puedan tener una reacción contraria al ingerirse conjuntamente con los medicamentos prescritos.</p> <p>-Un día se le acerco una partera a pedirle material para un parto, la enfermera le otorgo el material solicitado, vienen poco porque viven muy lejos.</p> <p>-Algunas parteras ya están reconocidas, es importante que existan porque nos ayudan, pero sí necesitan más capacitaciones para que puedan manejar las complicaciones del embarazo.</p>		

## **Hallazgos importantes encontrados en relación al respeto de las tradiciones de los pueblos indígenas**

La Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural, propone cinco estrategias para la sensibilización médica en el tema de la interculturalidad; en la estrategia número cuatro se refiere que hay que promover y adecuar los servicios de salud con sensibilidad cultural, y tiene como líneas de acción promover el respeto por parte del personal de salud hacia la población indígenas, a través de la capacitación sobre cosmovisión de la salud indígena y las enfermedades tradicionales de la zona (Secretaría de Salud 2013). En ese sentido es importante mencionar que la interculturalidad no sólo es una política hasta cierto punto de moda, si no es una serie de acciones que buscan mejorar los estándares de vida de la población, tal como lo comenta Cristina Torres Parodi (2004), cuando menciona:

que el sistema debe estar obligado a garantizar que quienes participan dentro del sector salud actúen bajo principios y valores que conduzcan a un manejo integral y motiven la adhesión de interés en beneficio de la salud de México.

Como podemos apreciar la evidencia encontrada (tabla 7) señala que en Oaxaca y Puebla existe un creciente respeto hacia las prácticas tradicionales de la población, aunque es importante aclarar que se debe pasar ese respeto a las prácticas por el tamiz del bienestar de la población en relación a su salud. En otras palabras, es importante respetar pero discernir que prácticas son benéficas y cuáles aunque sean costumbres habrá que identificar su real dimensión, mientras en el estado de México no se encontró evidencias de estas prácticas.

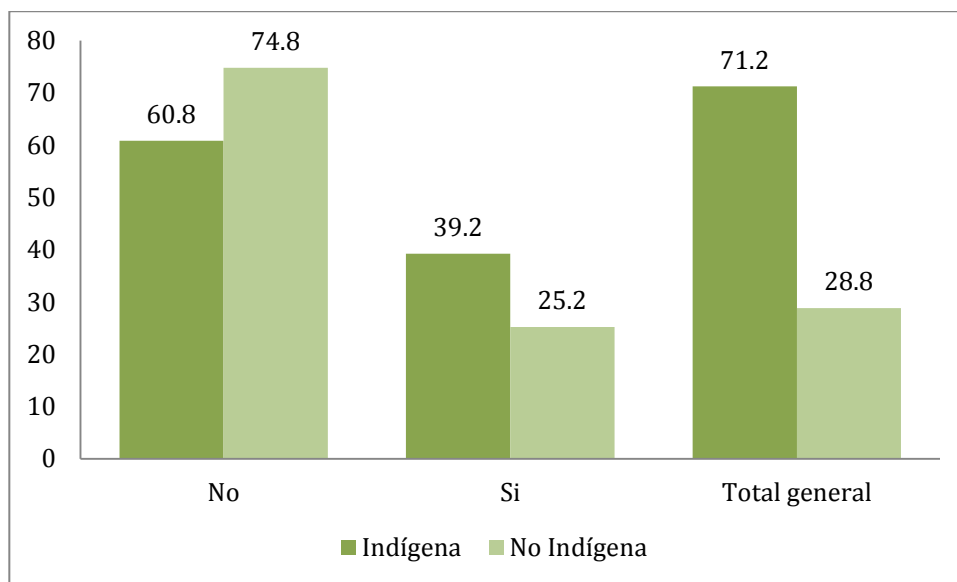
En el sentido del respeto a las prácticas tradicionales quisiéramos citar la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) sobre la medicina tradicional, la cual la señala como: “Prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades”. Para un médico alópata le puede ser difícil interactuar con estas costumbres, sin embargo, es preciso capacitarlo en el área de la medicina tradicional como bien ya se ha señalado en apartados anteriores. Además, es importante tomar en cuenta que la medicina tradicional, como cualquier práctica médica, debe ser empleada de manera adecuada y por personas o prestadores tradicionales que conocen su uso para evitar efectos indeseados. (Cuevas y Roca 2011)

La evidencia en el sentido del respeto a las tradiciones de la población encontrada en el levantamiento en campo nos muestra lo siguiente para el caso de las mujeres embarazadas. A la pregunta durante la atención de su parto ¿Se le permitió el

acompañamiento de algún familiar? (Gráfica 14) encontramos que para la población indígena y no indígena tuvieron un alto porcentaje de una respuesta negativa, 60.8 % para el primer grupo y 74.8 % para el segundo, esto crea un fuerte impacto, ya que para las poblaciones indígenas el nacimiento es un momento importante que se debe compartir en un entorno familiar, por lo que habrá que evaluar el efecto de las capacitaciones al personal de salud y darles mayor continuidad.

**Gráfica 14**

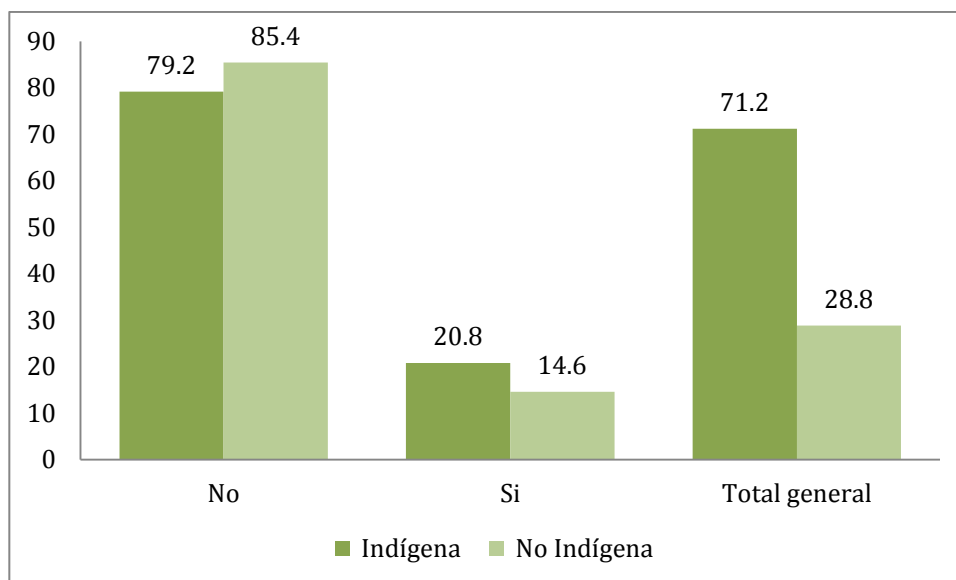
**Durante la atención de su parto ¿se le permitió el acompañamiento de algún familiar?**



Fuente: Levantamiento en campo para el Diagnóstico de salud para los pueblos indígenas de alta y muy alta marginación, México 2013

De igual forma en el levantamiento de campo se preguntó lo siguiente: Al momento del parto ¿usted pudo escoger libremente la posición de su cuerpo para el nacimiento? A lo cual se encontró como respuesta negativa, un 79.2 % en la población indígena y un 85.4 % en la no indígena (gráfica 15). Esto corrobora la idea de valorar la evaluación de la competencia intercultural de una manera más acuciosa y que haya un seguimiento del personal capacitado, además de una revisión de la norma que rige el proceso del parto.

**Gráfica 15**  
**Al momento del parto ¿usted pudo escoger libremente la posición de su cuerpo para el nacimiento?**

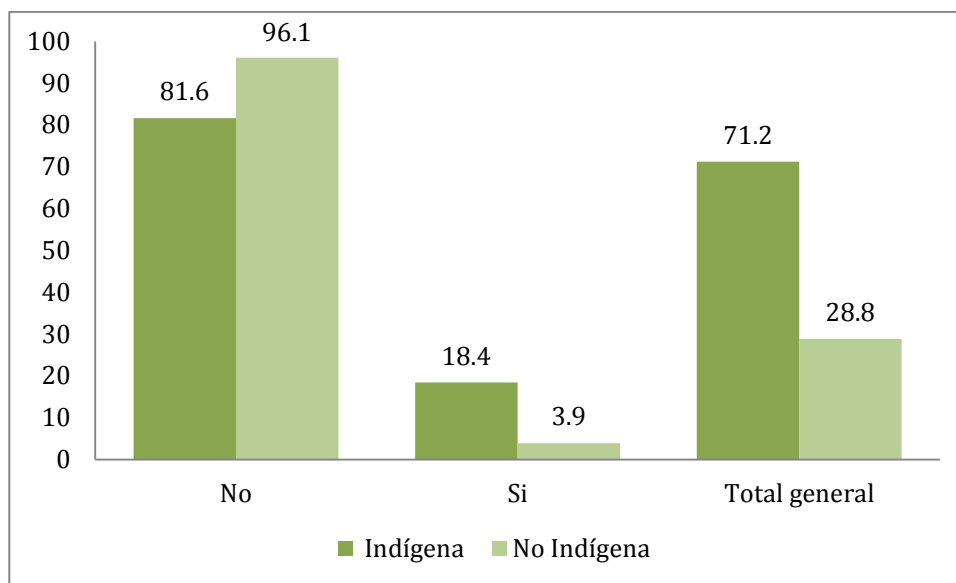


Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013

Siguiendo con el tema de las mujeres embarazadas encontramos en el levantamiento de campo, lo siguiente: Al momento del parto, ¿usted tenía la opción de solicitar asistencia de una partera? la respuesta fue un no rotundo con un 81.6 % en la población indígena y un 96.1 % en la no indígena (gráfica 16). Esto vuelve a corroborar que mucho de los conocimientos que se dan en las capacitaciones muy seguramente se quedan a nivel teórico y habrá que buscar aumentar las horas de capacitación y sensibilización al personal, además de tener una evaluación de los cursos más efectiva y un seguimiento del personal capacitado.

**Gráfica 16**

**Al momento del parto ¿usted tenía la opción de solicitar la asistencia de una partera?**



Fuente: Evaluación del Programa Caravanas de la Salud en Localidades de Alta y muy Alta Marginación con Población Indígena: Medición Inicial, México 2013

La conclusión en este sentido sólo refuerza la idea de capacitar al personal de salud sobre el tema como ya se mencionó en líneas anteriores.

**Tabla 5. Hallazgos sobre el respeto a la libre expresión de prácticas y creencias**

Hallazgos por estado				
Fuente de información	Oaxaca	Puebla	Estado de México	
<b>Grupo de enfoque</b>	<p>-Las embarazadas no toman el ácido fólico porque va en contra de sus costumbres, algunas piensan que van a aumentar de peso, sí reciben el medicamento pero es seguro que después lo tiran y no toman en cuenta el tratamiento.</p> <p>-Su cosmovisión sobre la tierra, el viento, el agua y el fuego, es muy interesante como es que conciben todo estas cosas y piensan que esto les puede favorecer o les puede dañar. Nosotros debemos de entender esta visión, el error sería decirle que nuestra ciencia es la mejor, es necesario integrar los conocimientos, ser más perceptivos con sus tradiciones, por ejemplo si es que llegan ya con emplastos de plantas medicinales, o ya fueron a una limpia, no debemos regañarlos. Yo creo que la interculturalidad ayuda mucho a la unificación de los diferentes conocimientos y tener una mejor comunicación con la población.</p> <p>-En la ejecución de los talleres debemos adecuarnos a su cultura, platicar con ellos de manera más simple para lograr una mejor atención.</p>	<p>En población indígena es necesario ganarse la confianza de las personas, sin agredir las creencias.</p> <p>-Las mujeres tienen pudor al preguntar o permitir que los médicos hombres las atiendan.</p>		
<b>Supervisores</b>	<p>-Le explicó al personal que supervisó, que respete la forma de vivir de las personas, ser más sensibles con sus costumbres. Si las personas no se bañan en toda la semana, entender esto y no tratar de cambiarlo de manera rígida.</p> <p>- A las parteras se les deja dar tés, durante y después del parto, si es que no hay complicaciones, de igual manera se respeta sus creencias hacia los santos.</p>			

## Recomendaciones

- I. Ampliar los **cursos de capacitación en interculturalidad** y expandir sus contenidos, incluyendo los siguientes temas: *i)* el enfoque intercultural en los programas de educación para la salud; *ii)* la alimentación con enfoque intercultural y *iii)* metodología de planificación y presentación de proyectos.
- II. Cursos-talleres dirigidos a médicos para que tengan la capacidad de crear puentes de unión entre la medicina tradicional y alópata, con temas como: Farmacopea indígena de la región y su interacción con medicamentos alópatas, la eficacia terapéutica y el enfoque biopsicosocial de la enfermedad, la relación médico-paciente desde la perspectiva cultural.
- III. Ampliar la **difusión con pertinencia cultural**, a través de los auxiliares de salud y utilizar medios auditivos (perifoneo) en español y en lenguas indígenas.
- IV. Promover el uso de diversos medios de difusión y no sólo el escrito, ya que la mayoría de la gente de las zonas indígenas hablan activamente su lengua pero desconoce cómo leerla y escribirla.
- V. Complementar y reforzar la capacitación que se les brinda al personal de las UMM, procurando enfatizar la importancia de este tema para el correcto suministro de los servicios que otorga el programa y priorizando al personal que funge traductor sobre temas de salud.
- VI. Promover la capacitación de parteras y médicos tradicionales en medicina alópata básica, en complemento de las acciones de los médicos de las UMM.
- VII. Revisar los profesiogramas del personal que integra la UMM, así como el proceso de selección del mismo, con la finalidad de incluir en el perfil del profesional a contratar como requisito deseable que hable la lengua originaria.
- VIII. Se sugiere crear procedimientos para darle evaluación y seguimiento por parte de los supervisores a los cursos de interculturalidad, con el marco de la competencia intercultural.
- IX. Contratar profesionales de la salud capacitados en temas de interculturalidad, con sensibilidad para el trato con indígenas y capacidad de tener una interacción básica entre la medicina tradicional y alópata, con la habilidad de desempeñarse en zonas de alta marginación y que sean sensibles a la cultura (Secretaría de salud 2011).

• .

## Bibliografía

Aguirre Beltrán, G. Antropología médica. CIESAS, México, 1996.

Ávalos García. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas, 2013.

Bascañán Luz, M. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev. Med. Chile*, 133:11-16, 2005.

Beinecke Richard, H. y Delman Jonathan. Commentary: Client Involvement in Public Administration Research and Evaluation, en: *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, vol. 13(1), 2008.

Bocoz, R. Situación de las Mujeres en los pueblos indígenas de América Latina: Obstáculos y retos. Proyecto Kalu/Centro de estudios de ayuda humanitaria. Recuperado en junio de 2013. Disponible en <http://cooperantes.proyectokalu.com>

Boito, ME. La importancia de la oralidad en la cultura contemporánea. *Revista Latina de Comunicación Social*, 35 /Extra Argentina. 2000. Recuperado el 5 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.ull.es/publicaciones/latina/Argentina2000>

Campos, R. Derechos, políticas públicas y salud de los pueblos indígenas: seminario, taller, pueblos indígenas de América Latina, políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? Santiago de Chile: CEPAL, 2007.

Campos, R. La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Rev. Perú, Med. Exp. Salud Pública*, 2010.

Carr Wedy. *Designing an Effective Training Evaluation Process* (mimeo), 2002.

Colunga Rodríguez, C *et al.* Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. *Rev. Cubana Salud Pública*, vol. 33, núm. 3, La Habana, julio-septiembre, 2007.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos indígenas. *Lenguas indígenas en riesgo: Kiliwas, Cantos de Trinidad Ochurte* (1ra ed.) México, CDI, p. 8.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Congreso de la Unión. México, 2013.

Cueva, N. y Roca, L. Interculturalidad en salud: Manual de sensibilización para personal de salud, *Salud sin Limites*, Perú, 2011.





Diario Oficial. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud. México, 2006.

Diario Oficial de la Federación. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Decreto por el que se aprueba el Programa para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2009-2012 (2da. sección), México, 2009.

----- Reglas de operación del Programa Caravanas de la Salud para el ejercicio fiscal. Consultado en septiembre de 2013. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5289128&fecha=27/02/2013&print=true](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5289128&fecha=27/02/2013&print=true)

Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención, *Salud Pública en México*, 1993. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635110>

Encheva Sylvia, Tumin Sharyl. Decision Processes in Public Organizations. En: *Wseas Transactions on Business and Economics*, vol. 6, núm. 9, 2009.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales, Instituto Nacional de Salud Pública, primera edición, México, 2012.

Fernández, R. (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas* (1era ed.) Ecuador, Abya-Yala, 2004.

Garrido Latorre F, Hernández Llamas H, Gómez Dantés O. Surtimiento de las recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. *Salud Pública de México*, vol. 50, supl. 4, 2004.

Gobierno de la República mexicana. Plan nacional de desarrollo. Diario Oficial, México, 2013. Recuperado el 27 de junio de 2013 de [http://normatecainterna.sep.gob.mx/work/models/normateca/Resource/253/1/images/plan\\_nacional\\_desarrollo\\_2013\\_2018.pdf](http://normatecainterna.sep.gob.mx/work/models/normateca/Resource/253/1/images/plan_nacional_desarrollo_2013_2018.pdf)

Plan de Desarrollo del estado de México: 2011-2017, núm. 48, Gobierno del estado de México, México, 2012. Recuperado el 27 de junio de 2013 de <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2012/mar133.PDF>

Hernández Leyva B, *et al.* Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. *Rev. Med. IMSS*, 40 (5):373-378, 2002.

Instituto Nacional de Lenguas indígenas. Programa de revitalización, fortalecimiento y desarrollo de las lenguas indígenas nacionales 2008-2012, PINALI (1ra ed.) México, 2009.

Jiménez Paneque, RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev. Cubana Salud Pública*; 30(1):17-36, 2004.

Lavielle Sotomayor, MP, *et al.* Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal Servicio de Salud Mental, Hospital General de México OD, Secretaría de Salud, Distrito Federal, 2007.

Leyva Flores, R. *et al.* (2013) Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Revista de Salud Pública de México*, vol. 55, suplemento 2.

López Austin, A. Cuerpo humano e Ideología. Las concepciones de los Antiguos Nahuas (t. 1). México, UNAM, 1989.

López, M. Evaluación externa del Programa Caravanas de la salud. UNAM, Facultad de medicina. México, 2012.

Maldonado Islas, G. Tiempo de espera en primer nivel de atención para la población asegurada por el IMSS. *Rev. Med. IMSS*, 40 (5): 421-429, 2012.

Muñoz Cruz, H. Política pública y educación indígena en México. Cuadernos Cedes, ano XIX, núm. 49, 1999.

Nigenda *et al.* El dilema entre la regulación y la tolerancia de la medicina tradicional en América Latina. *Revista de Salud Pública*, vol. 43, núm.1, enero-febrero, 2001.

Ocampo, MJ. Los derechos de los pacientes: Elementos para una reflexión bioética. *An. Med.*, México, 56 (2): 108-112, 2011.

OCDE, Best Practice Guidelines for Evaluation. *PUMA Policy Brief*, núm. 5, 1995.

Public Management Service, 1998.

Organización Mundial de la Salud. Estrategias de la oms sobre medicina tradicional 2002-2005, Suiza, 2002.

Organización de Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio: Informe de 2011. Nueva York, 2011, pp. 67.

Organización de las Naciones Unidas. La situación de los pueblos indígenas del mundo. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, 2010.



Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington, EUA, 2008.

Organización Panamericana de la Salud. Una visión de salud interculturalidad para los pueblos indígenas de las Américas: componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), EUA, 2010, p. 7.

Ortiz Espinosa, RM *et al.* Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health* 13(4), 2003.

Pérez, L. Formas de uso prehispánicas de las plantas medicinales. Tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Historia área de Arqueología, Guatemala, 2009.

Programa de caravanas de la Salud. Reglas de operación. Diario Oficial de la Federación, 25 de febrero de 2013.

Reyes Morales, H. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México, INSP, 2013, pp. 100-104.

Reyes Morales, H *et al.* Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Publica*, México, 2013.

Ruelas, E. Health care quality improvement in Mexico: challenges, opportunities, and progress. Baylor University Medical Center, Dallas, Texas; 15(3): 319-322, 2002.

Sánchez Islas, A. Satisfacción de los servicios de salud, y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan. Hidalgo. UAEH, 2005, pp. 6-24.

Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012, interculturalidad en salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad, México, 2007.

Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, México, Diario Oficial de la Federación, 1998.

Secretaría de Salud. Interculturalidad en salud: Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, DF, México, 2008.

Secretaría de Salud. Caravanas de la salud e interculturalidad: fortaleciendo su relación con la comunidad (1ra ed.), México, SALUD, 2011, pp. 28-31.

Subsecretaría de innovación y calidad. Programa de acción específico (2007-2012). Sistema integral de calidad en salud. SICALIDAD/SSP, pp. 13-20.

Tesfaye, D. Business Process Reengineering in Ethiopian Public Organizations: the Relationship between Theory and Practice (mimeo), 2009.

Torres, C. Trabajando para lograr la equidad de salud con una perspectiva étnica: lo que se ha hecho y las prácticas óptimas. Ginebra, Panamerican Health Organization, Regional Office of the World Health Organization, 2004, p. 6

Tres, JC. Interacción entre fármacos y plantas medicinales. *Ann. Sist. Sanit.* 29(2), 2006.

Trochim William, MK. Evaluation Policy and Evaluation. Practice Wiley Periodicals, Inc., and the American Evaluation Association, DOI: 10.1002/ev.303, 2009.

Tucker, K *et al.* The Acceptability and Feasibility of an Intercultural Birth Center in the Highlands of Chiapas, Mexico. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 2013.

Velásquez Díaz, G. Programa IMSS-CLOPAMAR. Secretaría de Salud. Salud y enfermedad en el medio rural de México. México. Secretaría de Salud, 1991.

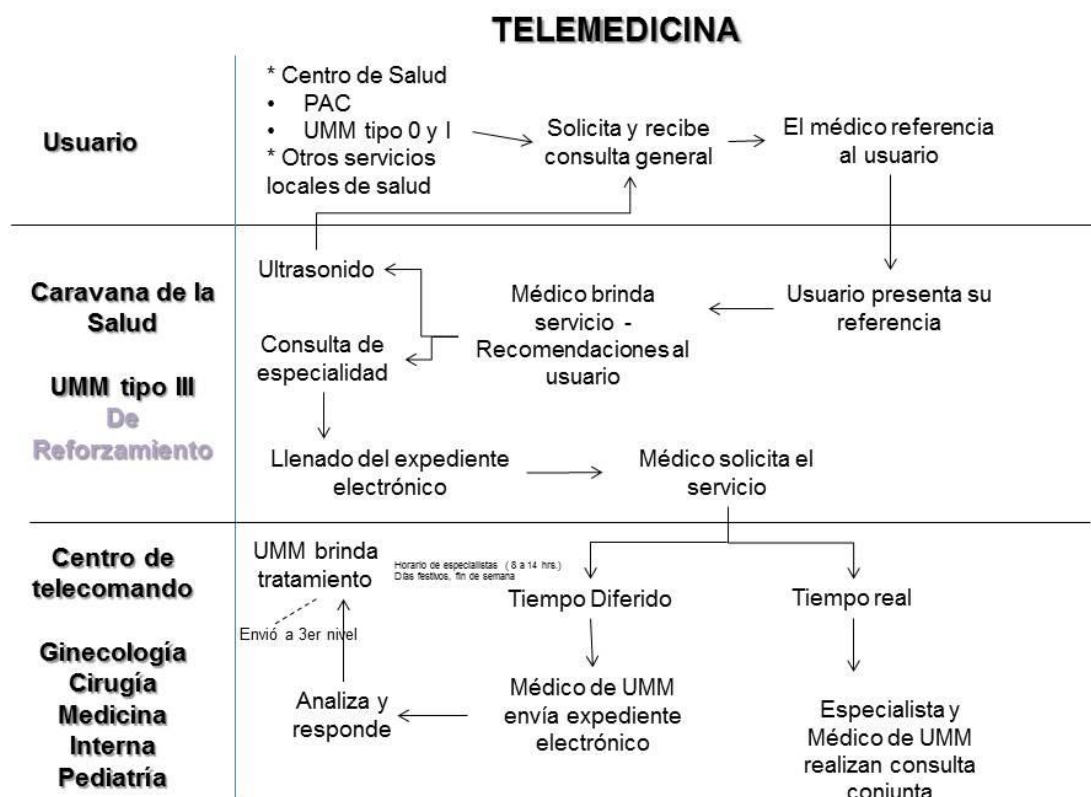
Wall, J. Program Evaluation Model. 9 step process (mimeo), 2005.

Zolla, C. y Sanchez, C. Pueblos indígenas e indicadores de salud, OPS/PUCM, México, 2010.

## 5 Telemedicina

En el estado de Oaxaca se cuenta con dos unidades de tipo III que ofertan y operan los servicios de telemedicina; en este sentido se reconoce a estas UMM como recursos para el “reforzamiento” no solo del Programa Caravanas de la Salud, sino también de otros servicios locales de salud como el Programa de acción de cobertura, unidades estatales fijas, etc.

En la presente evaluación se visitó una UMM de este tipo y se tuvo oportunidad de acercarse al Telecomando permitiendo la comprensión del proceso mediante el cual se articula la consulta remota. (Figura 1.)



Es importante recalcar que el número de consultas brindadas en tiempo real esta limitado en razón del horario que se tiene en el Telecomando versus el de los establecimiento que en campo solicitan el servicio. En este sentido cabe hacer mención que Telemedicina Oaxaca, es administrada por el gobierno de Oaxaca. Resultado de la articulación y la suma de esfuerzos es que el Programa utiliza y colabora con este servicio.

En el resto de los estados visitados encontramos que las unidades destinadas para telemedicina (Tipo III), prestan servicios como unidades de tipo II, ya que no existe la infraestructura para realizar el enlace remoto. Como parte de los hallazgos se encontró también que no existen los mecanismos para realizar la supervisión y evaluación del desempeño de las UMM tipo III que funcionan como tal, estas se siguen y catalogan como tipo II.

## 6 ACRÓNIMOS

**BID.** Banco Interamericano de Desarrollo

**CAUSES.** Catálogo Universal de Servicios de Salud

**CDI.** Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

**CE.** Coordinaciones Estatales

**CECTE.** Cédula de Evaluación para la Calidad Técnica de los Expedientes

**CEPAL.** Comisión Económica para América Latina y el Caribe

**CNPSS.** Comisión Nacional de Protección Social en Salud

**CONAPO.** Consejo Nacional de Población

**CONEVAL.** Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

**DGPLADES.** Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

**DOF.** Diario Oficial de la Federación

**ECIC.** Evaluación de los Expedientes Clínicos de Calidad

**EDD.** Evaluación Específica del Desempeño

**EEC.** Estrategia de Extensión de Cobertura

**ENIGH.** Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

**FONMAT.** Fondo de Maternidad e Infancia Segura

**GAM.** Grupo de Ayuda Mutua

**GPC.** Guía de Práctica Clínica

**GPR.** Gestión para Resultados

**IDH.** Índice de Desarrollo Humano

**IMC.** Índice de Masa Corporal

**INEGI.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática

**INI.** Instituto Nacional Indigenista

**INSP.** Instituto Nacional de Salud Pública

**IPN.** Instituto Politécnico Nacional

**ISSSTE.** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**JS.** Jurisdicción Sanitaria

**MDP.** Millones de Pesos

**MECIC.** Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado de Calidad

**MEAM.** Medición Externa del Abasto de Medicamentos

**MIR.** Matriz de Indicadores de Resultados

**MML.** Matriz de Marco Lógico

**NGP.** Nueva Gestión Pública

**NOM.** Norma Oficial Mexicana

**OMS.** Organización Mundial de la Salud

**ONG.** Organizaciones No Gubernamentales

**ONU.** Organización de las Naciones Unidas

**PAC.** Programa de Ampliación de Cobertura

**PAE.** Programa de Acción Específica

**PAS.** Programa Anual de Supervisión

**PASSPA.** Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta

**PAT.** Programa Anual de Trabajo

**PBR.** Presupuesto Basado en Resultados

**PCR.** Programa Comunitario Rural

**PCS.** Programa Caravanas de la Salud

**PDHO.** Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

**PEC** Programa de Extensión de Cobertura

**PMC** Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad

**PNUD** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

**POA** Programa Operativo Anual

**PROGRESA** Programa de Educación Salud y Alimentación

**PROSESA** Programa Sectorial de Salud

**PSR** Programa de Salud Rural

**REDESS** Red Estatal de Servicios de Salud

**REPS.** Regímenes Estatales de Protección Social en Salud

**ROP** Reglas de Operación

**SES** Servicios Estatales de Salud





**SESA.** Servicios Estatales de Salud

**SICALIDAD** Sistema Integral de Calidad en Salud

**SILOS** Sistemas Locales de Seguridad Social

**SISPRI** Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas

**IMSS** Instituto Mexicano del Seguro Social

**SP.** Seguro Popular

**SPSS.** Sistema de Protección Social en Salud

**SSA.** Secretaría de Salud

**TQM.** Administración Total de la Calidad (Total Quality Management)

**UMM.** Unidades Médicas Móviles

**UNAM.** Universidad Nacional Autónoma de México