



Facultad de Medicina



UPEIS
Unidad de Proyectos Especiales
de Investigación Sociomédica

Evaluación de los
Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)
y
Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS)

Dr. Malaquías López Cervantes
Coordinador General

Ciudad Universitaria, noviembre de 2013

**Evaluación Centros de Salud con Servicios Ampliados y
Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud, 2013.**

Coordinador General

Malaquías López Cervantes

Coordinadores Ejecutivos

Ma. Victoria Castro Borbonio
Mario E. Rojas Russell

Investigadores

Norma I. Beltrán Guzmán
Ma. Fernanda Carrillo Vega
Perla G. Martínez Rojano
Beatriz Olivares Flores
Omar Pérez Enríquez

Trabajo de campo

Samantha Flores Rodríguez
Karen Franco Díaz
Cecilia Hernández González
Iván Olvera Hernández
Eric Peña Rodríguez
Yuliana Ramírez Jiménez
Ma. Isabel Salazar Gómez
Lucila Sánchez Arriaga
Gladys Villegas Ramírez
Mariana Zárate Moreno

Asistentes

Fernanda Martínez Mercado
Daniela Ramírez Tirado



Siglas y Acrónimos

ADA	Asociación Americana de Diabetes
ALAD	Asociación Latinoamericana de Diabetes
AP	Atención Prenatal
APNP	Antecedentes Personales no Patológicos
APP	Antecedentes Personales Patológicos
APS	Atención Primaria a la Salud
BCG	Bacillus de Calmette y Guérin
CAAPS	Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CCDGPC	Centro de Coordinación para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
CEAPS	Centros de Atención Primaria a la Salud
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
CESSA	Centros de Salud con Servicios Ampliados
CEYE	Central de Equipos y Esterilización
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CS	Centro de Salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
DMT2	Diabetes Mellitus Tipo 2
DPT	Difteria Bordetella Pertussis y Tétanos.
EDAS	Enfermedad Diarreica Aguda
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud
FF	Fumarato Ferroso
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
GAM	Grupo de Ayuda Mutua
GPC	Guías de Práctica Clínica
HDL	Lipoproteínas de Alta Densidad
HTAS	Hipertensión Arterial Sistémica
IMC	Índice de Masa Corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-O	Instituto Mexicano del Seguro Social Oportunidades
INP	Instituto Nacional de Pediatría
IOM	Instituto de Medicina
ISEM	Instituto de Salud del Estado de México
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LDL	Lipoproteínas de Baja Densidad
MEDIC	Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrador y de Calidad
MIDAS	Modelo Integrador de Atención a la Salud
NB	Núcleo Básico

NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Panamerican Health Organization
PEMEX	Petróleos Mexicanos
RC	Referencia y Contrarreferencia
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIcalidad	Sistema Integral de Calidad
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SP	Seguro Popular
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SRP	Triple Viral Sarampión Rubéola y Paperas
SS	Secretaría de salud
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TAD	Tensión Arterial Diastólica
TAPS	Técnico de Atención Primaria a la Salud
TAS	Tensión Arterial Sistólica
Td	Toxoides Tetánico y Diftérico
TORCH	Toxoplasma, Herpes, Citomegalovirus y Rubéola
UDGPC	Unidad de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
UMR	Unidad Médica Rural
UNEMES	Unidades Médicas Especializadas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USG	Ultrasonografía
VIH/ SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida



Índice

PRESENTACIÓN	1
1. ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD	3
2. EVALUACIÓN DE CENTROS AVANZADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD Y CENTROS DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS	14
Metodología general	19
3. COBERTURA	23
4. MODELO DE SERVICIOS	32
Introducción	32
Demanda de servicios	33
Áreas y servicios	38
Gestión de citas	66
Percepción y satisfacción de la atención	69
A. De los usuarios	70
B. De la población abierta	87
5. EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN. DIABETES MELLITUS Y ATENCIÓN PRENATAL.	122
6. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	173
7. ABASTO DE MEDICAMENTOS Y SURTIMIENTO DE RECETAS	186
8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	208

9. RECURSOS HUMANOS	224
10. REPLICABILIDAD DEL MODELO DE UNIDADES MÉDICAS	240
11. CONCLUSIONES GENERALES	245
BIBLIOGRAFÍA	251
ANEXO 1. LISTA DE COTEJO DE ÁREAS Y SERVICIOS	256
ANEXO 2. LISTA DE COTEJO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	268



Índice de cuadros y gráficas

1. Atención primaria a la Salud

Cuadro 1.1. Funciones esenciales y secundarias de la APS.

Cuadro 1.2. Grupos de beneficiarios de las instituciones de salud.

2. Centros de Salud con Servicios Ampliados y Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud

Cuadro 2.1. Servicios otorgados en los Centros de Salud con Servicios Ampliados.

Cuadro 2.2. Distribución de CAAPS y CESSA por entidad federativa.

Figura 2.1. Centros seleccionados para la evaluación 2013.

Cuadro 2.3. Metodología por componente a evaluar.

3. Cobertura poblacional y geográfica

Cuadro 3.1. Ejemplos de cobertura de población en CESSA y CAAPS.

Cuadro 3.2. Variables utilizadas para la microrregionalización, Toluca, Querétaro. 2013.

4. Modelo de servicios

Cuadro 4.1. Cartera de Servicios de los CAAPS.

Gráfica 4.1. Existencia de áreas por Centros.

Gráfica 4.2. Porcentaje general de existencia del área de consulta externa y especialidades.

- Gráfica 4.3. Existencia de equipo, mobiliario, material e instrumental del consultorio de medicina general por centros.
- Gráfica 4.4. Existencia general del equipo, mobiliario, material e instrumental en el área de urgencias por Centro.
- Cuadro 4.2. Funcionamiento y existencia del servicio de nutrición y psicología/ salud mental.
- Gráfica 4.5. Existencia de material, equipo, mobiliario e instrumental del área de estomatología.
- Cuadro 4.3. Funcionamiento y existencia de los servicios de Gineco-Obstetricia, Quirófano/ sala de expulsión.
- Gráfica 4.6. Existencia de mobiliario y material de gineco-obstetricia en los consultorios.
- Gráfica 4.7. Existencia de mobiliario, equipo, material e instrumental de Quirófano/sala de expulsión.
- Cuadro 4.4. Funcionamiento y existencia del área de recuperación/hospitalización.
- Gráfica 4.8. Existencia de material, equipo, mobiliario e instrumental del área de recuperación/hospitalización.
- Cuadro 4.5. Existencia y funcionamiento del CEYE.
- Gráfica 4.9. Porcentaje de existencia general de los servicios de especialidades.
- Cuadro 4.6. Existencia y funcionamiento del servicio de laboratorio.
- Gráfica 4.10. Existencia de equipo, material, e instrumental del servicio de laboratorio.
- Cuadro 4.7. Funcionamiento y existencia del servicio de rayos X.
- Gráfica 4.11. Existencia de mobiliario, material y equipo del área de rayos X por centros.
- Gráfica 4.12. Porcentaje de existencia general del servicio de ultrasonido.
- Cuadro 4.8. Existencia y funcionamiento del servicio de ultrasonido.
- Gráfica 4.13. Porcentaje de existencia general de las áreas de apoyo.
- Cuadro 4.9. Funcionamiento y existencia del área de almacén.
- Foto 4.1. Condiciones de los almacenes para resguardo de insumos.
- Cuadro 4.10. Funcionamiento y existencia del área de archivo.

- Cuadro 4.11. Baños para pacientes.
- Cuadro 4.12. Datos sociodemográficos de los usuarios entrevistados.
- Gráfica 4.14. Distribución porcentual de los pacientes según el tipo de seguridad social.
- Cuadro 4.13. Distribución porcentual sobre el uso de servicios en los Centros de Salud.
- Gráfica 4.15. Distribución porcentual del conocimiento sobre la disponibilidad del servicio en los Centros de Salud.
- Gráfica 4.16. Distribución porcentual de la percepción de la disponibilidad de la atención por estado y Centro de Salud.
- Gráfica 4.17. Distribución porcentual sobre la percepción de una atención personalizada.
- Gráfica 4.18. Distribución de la evaluación de la calidad de la atención percibida por centro y por estado.
- Gráfica 4.19. Percepción sobre la calidad de la atención médica recibida.
- Gráfica 4.20. Percepción sobre la calidad de la atención recibida por el personal de enfermería por entidad y centro
- Gráfica 4.21. Distribución porcentual sobre los tiempos de espera en los centros de salud.
- Gráfica 4.22. Distribución porcentual de la opinión sobre los tiempos de espera por Centro de Salud.
- Foto 4.2. Toma de signos vitales
- Gráfica 4.23. Distribución porcentual de las razones para solicitar atención en los Centros de Salud.
- Cuadro 4.14. Descripción de la Muestra
- Gráfica 4.24. Distribución porcentual de usuarios y no usuarios según nivel socioeconómico percibido.
- Cuadro 4.15. Distribución de personas entrevistadas por entidad federativa
- Cuadro 4.16. Distribución de usuarios y no usuarios entrevistados por Centro de Salud
- Cuadro 4.17. Distribución porcentual de personas afiliadas a servicios de seguridad social
- Gráfica 4.25. Distribución porcentual de las razones por las cuales los usuarios acuden a atención médica.

- Gráfica 4.26. Distribución porcentual de la población que utiliza los Centros de Salud según frecuencia de uso.
- Gráfica 4.27. Principales causas por las que los usuarios de los centros de salud acuden a recibir atención médica.
- Gráfica 4.28. Principales razones de los no usuarios, para no utilizar los servicios de los CESSA o CAAPS
- Cuadro 4.18. Institución a la que pertenece el médico, clínica u hospital al que acude la población no usuaria
- Cuadro 4.19. Otras personas a las que acuden los no usuarios para solicitar atención médica
- Gráfica 4.29. Principales causas por las que los no usuarios de los Centros de Salud evaluados acuden a recibir atención a otros lugares
- Gráfica 4.30. Porcentajes de otros servicios de salud utilizados por la población de Usuarios de los CESSA y CAAPS
- Gráfica 4.31. Porcentajes de conocimiento de los Centros de Salud que brindan Servicios en sábado y domingo.
- Gráfica 4.32. Porcentaje de población usuaria que tiene que dejar de hacer sus actividades cotidianas para poder asistir a atención médica al Centro de Salud.
- Cuadro 4.20. Resultados del análisis factorial exploratorio de la dimensión de calidad de la atención.
- Gráfica 4.33. Promedios de la calidad de la atención brindada por médicos por entidad federativa.
- Gráfica 4.34. Promedios de la calidad de la atención brindada por parte de los médicos por tipo de centro de salud evaluado.
- Gráfica 4.35. Promedios de la percepción de la calidad de la atención brindada por parte de médicos en los diferentes Centros de Salud evaluados.
- Gráfica 4.36. Promedios de la calidad de la atención brindada por el personal de enfermería por entidad federativa.
- Gráfica 4.37. Promedios de la calidad de la atención brindada por parte de las enfermeras por tipo de centro de salud evaluado.

- Gráfica 4.38. Promedios de la percepción de la calidad de la atención por parte de las enfermeras en los diferentes Centros de Salud evaluados.
- Gráfica 4.39. Percepción de la atención por parte del personal de farmacia.
- Gráfica 4.40. Percepción de la disponibilidad de medicamentos en los Centros de Salud CESSA Y CAAPS.
- Cuadro 4.21. Distribución de entrega de medicamentos a usuarios por parte de los Centros de Salud evaluados.
- Cuadro 4.22. Medidas utilizadas por los usuarios de los Centros de Salud para adquirir medicamentos.
- Gráfica 4.41. Promedio de la calidad del tiempo de espera para recibir atención médica por entidad federativa.
- Gráfica 4.42. Promedio de la percepción del tiempo de espera por tipo de centro evaluado.
- Gráfica 4.43. Promedio de la percepción de la calidad del tiempo de espera para recibir atención médica.
- Gráfica 4.44. Porcentajes del tiempo de espera para recibir atención médica.
- Gráfica 4.45. Percepción del tiempo de espera para recibir atención médica por parte de la población usuaria de los Centros de Salud evaluados.
- Gráfica 4.46. Promedio de la percepción de la calidad de las instalaciones de los Centros de Salud evaluados por entidad federativa.
- Gráfica 4.47. Promedio de la percepción de la calidad de las instalaciones de los Centros de Salud evaluados por tipo de centro.
- Gráfica 4.48. Promedio de la percepción de la calidad de las instalaciones en los diferentes Centros de Salud evaluados.
- Gráfica 4.49. Distribución de la percepción de la calidad de la atención brindada por el personal administrativo de los Centros de Salud evaluados
- Gráfica 4.50. Porcentaje de usuarios que cuando acuden a consulta médica son atendidos por el mismo médico.
- Gráfica 4.51. Promedio del tiempo total de la consulta por entidad federativa.

- Gráfica 4.52. Promedio del tiempo total de la consulta en los diferentes Centros de Salud evaluados.
- Cuadro 4.23. Porcentajes de percepciones de la población usuaria de los Centros de Salud con respecto al médico y la atención durante la consulta.
- Cuadro 4.24. Porcentajes de explicación del médico sobre el padecimiento del usuario y claridad de la explicación.
- Cuadro 4.25. Frecuencia con que se realizan procedimientos a población usuaria antes de pasar a consulta.
- Cuadro 4.26. Entrega y realización de pruebas de laboratorio, sólo en usuarios que han utilizado el servicio de laboratorio.
- Cuadro 4.27. Distribución porcentual del conocimiento de la disponibilidad del expediente clínico.
- Cuadro 4.28. Distribución porcentual del conocimiento sobre la disponibilidad de servicios en los Centros de Salud reportados por la población usuaria.
- Gráfica 4.53. Satisfacción con la atención en general.

5. Efectividad de la atención.

- Gráfica 5.1. Distribución por sexo de pacientes con diabetes tipo 2.
- Gráfica 5.2. Distribución porcentual de los pacientes con diabetes tipo 2 por estado civil.
- Gráfica 5.3. Distribución por grado de escolaridad de los pacientes con diabetes tipo 2.
- Gráfica 5.4. Proporción de pacientes con diabetes pertenecientes a grupos de ayuda mutua.
- Gráfica 5.5. Proporción de pacientes con antecedente familiar de diabetes tipo 2.
- Gráfica 5.6. Prevalencia de tabaquismo en pacientes diabéticos.
- Gráfica 5.7. Prevalencia de alcoholismo en pacientes diabéticos.
- Cuadro 5.1. Operacionalización y parámetros de las metas de control de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes adultos.
- Gráfica 5.8. Niveles de glucosa sérica en ayuno en pacientes con diabetes tipo 2.
- Gráfica 5.9. Niveles de colesterol plasmático en pacientes con diabetes tipo 2.

- Gráfica 5.10. Distribución de pacientes diabéticos por nivel de colesterol LDL.
- Gráfica 5.11. Distribución de pacientes diabéticos por nivel de colesterol HDL.
- Gráfica 5.12. Distribución de pacientes diabéticos por nivel de triglicéridos.
- Gráfica 5.13. Índice de Masa Corporal en pacientes con diabetes tipo 2.
- Gráfica 5.14. Prevalencia de diagnóstico de complicaciones.
- Foto 5.1. Hojas de control de revisión de ojos y pies.
- Gráfica 5.15. Niveles de control de glucosa en pacientes diabéticos por centro.
- Gráfica 5.16. Niveles de control de colesterol en pacientes con diabetes tipo 2 por centro.
- Gráfica 5.17. Niveles de control de triglicéridos en pacientes diabéticos por centro.
- Gráfica 5.18. Niveles de control de tensión arterial en pacientes diabéticos por centro.
- Gráfica 5.19. Niveles de control de IMC en pacientes diabéticos por centro.
- Gráfica 5.20. Promedios de puntaje en el índice de control de pacientes con diabetes mellitus por centro comparados con la media global.
- Gráfica 5.21. Proporción de antecedentes hereditarios y familiares en pacientes embarazadas.
- Gráfica 5.22. Proporción de expedientes con datos acerca de los diferentes APNP de la madre.
- Gráfica 5.23. Proporción de los diferentes antecedentes patológicos en pacientes embarazadas.
- Gráfica 5.24. Proporción de pacientes embarazadas con antecedentes de complicaciones ginecobstétricas
- Gráfica 5.25. Porcentajes de utilización de los diferentes métodos anticonceptivos en las pacientes.
- Cuadro 5.2. Distribución de pacientes embarazadas de acuerdo a número de gestas.
- Cuadro 5.3. Distribución de pacientes embarazadas de acuerdo al número de partos.
- Cuadro 5.4. Distribución de pacientes embarazadas de acuerdo al número de cesáreas.
- Cuadro 5.5. Distribución de pacientes embarazadas de acuerdo al número de abortos.

- Gráfica 5.26. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron información sobre datos de alarma.
- Gráfica 5.27. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron información sobre datos de modificación de estilos de vida y prevención de accidentes.
- Gráfica 5.28. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron información sobre datos de alarma por Centro.
- Gráfica 5.29. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron información sobre modificación de estilos de vida y prevención de accidentes por centro.
- Gráfica 5.30. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron el toxoide tetánico como parte de la atención prenatal.
- Gráfica 5.31. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron el toxoide tetánico como parte de la atención prenatal por centro.
- Gráfica 5.32. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron el ácido fólico hasta la semana 12 de gestación.
- Gráfica 5.33. Proporción de pacientes embarazadas que tuvieron al menos 5 consultas durante la atención prenatal.
- Gráfica 5.34. Proporción de pacientes embarazadas tuvieron al menos 5 consultas durante la atención prenatal por centro.
- Gráfica 5.35. Proporción de pacientes embarazadas tuvieron su primera consulta de atención prenatal antes de la semana 12 de gestación.
- Gráfica 5.36. Proporción de pacientes embarazadas que tuvieron su primera consulta de atención prenatal antes de la semana 12 de gestación, por centro.
- Gráfica 5.37. Proporción de pacientes embarazadas que tuvieron su consulta de atención prenatal en la semana recomendada.
- Gráfica 5.38. Proporción de pacientes con 41 semanas de embarazo referidas a 2º nivel de atención.
- Gráfica 5.39. Porcentaje de calidad de los expedientes.
- Gráfica 5.40. Distribución de medias de calificación sobre la calidad de los expedientes por centro.

6. Implementación de las Guías de Práctica Clínica

Cuadro 6.1. Porcentajes de uso de las GPC.

Gráfica.6.1. Percepción promedio de la utilidad de las GPC por estado y centro de salud.

7. Abasto de medicamentos y nivel de surtimiento

Foto 7.1. Farmacia fuera de servicio.

Cuadro7.1. Días y horarios de atención de farmacias por centro de salud.

Cuadro 7.2. Características de farmacias por centro de salud.

Foto 7.2. Inventarios y controles en el área de farmacia.

Foto 7.3. Existencia de medicamentos.

Cuadro 7.3. Características de las recetas.

Cuadro 7.4. Surtimiento de medicamentos.

Cuadro 7.5. Medicamentos no entregados.

Cuadro 7.6. Medicamentos no surtidos por unidad médica.

Foto 7.4. Censo nominal.

Foto 7.5. Abasto de biológicos.

8. Gestión de citas y referencia y contrarreferencia

Cuadro 8.1. Base jurídica del sistema de referencia y contrarreferencia.

Cuadro 8.2. Grupos de trabajo del sistema de RC.

Cuadro 8.3. Tipos de hojas de registro.

Figura 8.1. Proceso real de referencia y contrarreferencia.

9. Recursos humanos

Cuadro 9.1. Descripción de la muestra.

Cuadro 9.2. Distribución porcentual de recursos humanos en los centros de salud CESSA y CAAPS.

Cuadro 9.3. Distribución porcentual de médicos y enfermeras por Entidad federativa y Centro de Salud.

- Cuadro 9.4. Distribución porcentual de pasantes de medicina y enfermería por entidad federativa y Centro de Salud.
- Cuadro 9.5. Distribución porcentual del personal auxiliar diagnóstico por estado y Centro de Salud.
- Cuadro 9.6. Distribución del personal y turno por Centro de Salud.
- Cuadro 9.7. Distribución porcentual de médicos generales según tipo de contrato.
- Cuadro 9.8. Distribución porcentual de médicos especialistas según tipo de contrato.



Presentación

La atención primaria de la salud (APS), es el elemento clave en cualquier sistema de salud, ya que constituye el primer contacto con la población. Se compone por acciones y servicios enfocados a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica de las patologías más comunes, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y en algunos casos rehabilitación de padecimientos que se presentan con mayor frecuencia y que debido a su bajo nivel de complejidad son factibles de resolver por medio de la atención ambulatoria que combina acciones y recursos de poca complejidad técnica.

El modelo de APS ha sido objeto de investigación desde su creación y su legitimación en la declaración de Alma Ata. Tras haber sido implementada como el eje de los sistemas de salud de diferentes países alrededor del mundo, el interés en la formulación de políticas y programas que la tomen como base ha incrementado de manera notable. A pesar de ello y de la existencia de evidencia que demuestra los beneficios que el modelo presenta en la salud poblacional, la mayor parte de los gobiernos del mundo carecen de confianza en el modelo, pensando incluso que este representa más que una oportunidad un reto.

El caso de México es un claro ejemplo de esta afirmación ya que hasta la fecha, no se ha incluido la APS en el sistema de salud. A pesar de ello, han surgido propuestas de diferente naturaleza, que tienen por objetivo mejorar las condiciones de salud mediante acciones que tomen en cuenta las premisas del modelo de APS para mejorar así la capacidad resolutoria, la eficiencia y la calidad del servicio que se presta en el sistema de salud actualmente. Dentro de estos proyectos destacan los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) y los Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA).

Estos centros se han puesto en función desde la década de los 60 y han sido objeto de modificaciones y mejoras en sus modelos teóricos, no obstante, desde su creación, el eje rector de su funcionamiento ha sido la APS, por lo que representan el primer contacto entre la población y el sistema de salud y ofrecen una amplia cartera de servicios que tienen por objetivo cubrir, en la medida de lo posible, las necesidades de la población en materia de salud.



1. Atención Primaria a la Salud

La atención primaria a la salud (APS) es definida por Barbara Starfield como

la prestación de servicios de salud integrados y accesibles por médicos que son responsables de hacer frente a una gran mayoría de necesidades personales de atención médica, desarrollando una relación sostenida con los pacientes y practicando en el contexto de la familia y la comunidad.¹

La evidencia científica demuestra que gracias a su carácter preventivo y de promoción a la salud, la APS es capaz de prevenir tanto la enfermedad como la muerte y contribuye a una distribución más equitativa de la salud en la población en comparación con la atención de especialidad, caracterizada por ser curativa. Por ello es de gran relevancia conocer sus orígenes y sus principales componentes y limitantes, así como identificar las características que han dificultado su implementación y las posibles vías para facilitar la transición de los modelos actuales al de la APS.

Antecedentes

Si bien es cierto que la APS tiene su establecimiento formal en la declaración de Alma Ata, su origen data desde el siglo XVIII, cuando pensadores como Louis-René Villermé (Escocia, 1820) y Johann Peter Frank (Francia, 1840) ponen de manifiesto la asociación estrecha que existe entre las condiciones sociales y la salud, siendo esta última un derecho de todas las personas. Posteriormente Rudolf Virchow (Alemania, 1847) y Jules R. Guérin (Francia, 1848) sientan las bases para la creación de la

¹ Starfield B, Shi L. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005;83(3):457-502.

medicina social, que ellos definen como la relación de la medicina con la sociedad.²

Es hasta el siglo XX que el interés de Henry Sigerist por la medicina social lo lleva a realizar una exhaustiva investigación sobre el sistema de salud de la Unión Soviética, con la cual reconoció los esfuerzos gubernamentales en la atención de la salud de toda la población. Tiempo después, Sigerist propone que la medicina debe promocionar la salud, prevenir la enfermedad, restablecer al enfermo y rehabilitar. En 1944, a partir de su participación en la investigación de los servicios de salud de Saskatchewan (Canadá), escribe un reporte que sienta las bases del actual sistema de salud canadiense y del objetivo de “Salud para todos en el año 2000” propuesto años después por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Además de los trabajos de Sigerist, en el siglo XX se documentaron experiencias alrededor del mundo que demostraron la factibilidad de implementar un sistema de salud igualitario que mejora las condiciones de vida de la población. Dentro de los modelos descritos se encuentra el de China con “los médicos descalzos”, los “Feldsher” en Rusia, así como el sistema de salud de Vietnam. En América Latina se identifica la medicina simplificada de Venezuela, los programas de salud comunitaria de Nicaragua y el sistema de salud de Cuba, mientras que en Europa se describen experiencias como la italiana implementada por Franco Basaglia en la atención psiquiátrica.^{2,3}

Es hasta la Segunda Guerra Mundial que la idea del desarrollo de los servicios de salud cobra relevancia, con tendencias ideológicas que impulsan una redefinición del concepto de salud, enmarcan sus determinantes sociales (deficiencia de agua segura y saneamiento, mala nutrición, vivienda inadecuada y pobreza), reconocen la importancia de medidas preventivas como la vacunación y realzan la necesidad de impulsar la participación del individuo en el cuidado de su salud.⁴

Para 1974, la *Declaración sobre el establecimiento de un nuevo orden económico*

² Apráez Ippolito G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. Revista de la Universidad Bolivariana 2010;9(27):1-9.

³ Feo M. Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "atención primaria a la salud en debate". Saúde em Debate 2012;36(94):352-34.

⁴ Scutchfield FD, Michener JL, Thacker SB. Are we there yet? Seizing the moment to integrate medicine and public health. American Journal of Public Health 2012;102(S3):S312-S316.

*mundial*⁵ –que surge bajo el mismo contexto de los movimientos a favor de la justicia social– impulsa a diferentes organismos, entre ellos la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a buscar alternativas para mejorar las condiciones de vida de la sociedad, basándose en la equidad, la igualdad soberana, la interdependencia, el interés común y la cooperación de los estados. Es bajo este contexto que surge el modelo de APS como una estrategia de atención a la salud para alcanzar el desarrollo conforme al espíritu de la justicia social, con un claro enfoque comunitario y lejano al modelo médico de especialidad y con enfoque curativo.

ALMA ATA: El foro para la formalización del modelo de APS

En 1978 los países miembros de la OMS convinieron aceptar la meta que se denominó “Salud para todos en el año 2000” dentro del marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en Alma Ata, URSS. La vía que permitiría alcanzar dicha meta era la APS, definida en ese entonces como

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir en todas las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación⁶.

De acuerdo con dicho documento (Artículo VII), la atención primaria es reflejo y consecuencia de las condiciones económicas, socioculturales y políticas de un país y debe basarse en la evidencia científica de las investigaciones médicas, sociales y sobre servicios de salud, así como en la experiencia nacional en materia de salud. Asimismo, debe dar respuesta a los problemas de salud de la comunidad a través de la prestación de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Mediante la declaración se establecen ocho actividades fundamentales para alcanzar

⁵ ONU. Declaración sobre el establecimiento de un nuevo orden económico internacional, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el sexto periodo extraordinario de sesiones Mayo de 1974. Nueva Sociedad 1974;14:50-3.

⁶ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. OMS. Kazajstán; 1978.

los objetivos de equidad en el acceso a la atención y la eficacia en la prestación de los servicios:

1. Educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y lucha correspondientes.
2. Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
3. Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
4. Asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación familiar.
5. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
6. Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
7. Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.
8. Suministro de medicamentos esenciales.

El documento citado pone de manifiesto la importancia de la intersectorialidad, la autorresponsabilidad y la participación comunitaria y del individuo como medios para la obtención del bienestar. Asimismo, sugiere la necesidad de un sistema de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de conseguir el mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados e incluyendo un equipo de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de practicantes de la medicina tradicional (debidamente entrenados).

La meta propuesta sigue teniendo relevancia, sobre todo si se considera que nos enfrentamos a un proceso de transformación demográfica y epidemiológica. Aunado a ello están el entorno sociocultural y económico complicado a nivel mundial, la presencia de infecciones emergentes y pandemias, la repercusión de la globalización en la salud y las características del sistema de salud. Lo anterior exige la implementación de políticas efectivas para prevenir y combatir los principales problemas de salud que la sociedad enfrenta. Es en este contexto que se reconoce que la APS debe ponerse en práctica como la base sobre la cual se articule el sistema de salud de un país, y no sólo como un programa aislado o un simple objetivo.

Funciones de la APS

De acuerdo con el pensamiento de Álvarez-Manilla⁷, la APS debe practicarse antes de que el daño aparezca, por lo que debe ser el primer contacto entre el paciente y el sistema de salud. Una vez que esta relación se establece, es indispensable encaminar acciones cuya finalidad sea la prevención y promoción de la salud mediante funciones específicas que garanticen el logro de tales objetivos (Cuadro 1.1)⁸.

Cuadro 1.1. Funciones esenciales y secundarias de la APS

Funciones esenciales
<i>Primer contacto</i> <ul style="list-style-type: none">• Accesibilidad• Utilización de los servicios de APS como primer contacto con el sistema de salud
<i>Continuidad</i> <ul style="list-style-type: none">• Grado de afiliación: medida en que los usuarios identifican una fuente habitual de atención y los centros de salud identifican a la población candidata a sus servicios.• Continuidad interpersonal: atención longitudinal y enfocada en la persona (no en la enfermedad)
<i>Coordinación:</i> <ul style="list-style-type: none">• Sistemas de información: instrumentos de registro de la información y de incorporación de esa información al plan de atención de la persona, así como un plan de identificación y gestión de necesidades de la población.• Integración de la información: mecanismos de transferencia y de recepción.
<i>Integralidad o globalidad:</i> <ul style="list-style-type: none">• Servicios disponibles• Servicios proporcionados
Funciones secundarias
Enfoque familiar Orientación comunitaria Competencia cultural

Fuente: Berra et al, 2011.⁸

De acuerdo con Starfield, las dos funciones esenciales de la APS son las funciones clínicas y las críticas. Dentro de las primeras se encuentra el acceso de primer contacto y la atención centrada en el paciente, así como el mutuo entendimiento entre este último y el médico tratante. La función crítica, en cambio, debe buscar costos bajos eliminando de ser posible los co-pagos, garantizar la integralidad de los servicios que

⁷ Álvarez-Manilla JM. Atención primaria a la salud. Salud Pública de México 1988;30(5):676-82.

⁸ Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. Revista Argentina de Salud Pública 2011;2(8):6-14.

se ofrecen, mejorar la equidad en la distribución de los recursos y asegurar el acceso universal⁹.

Inequidad en salud

De acuerdo con la OMS y la Organización Panamericana de la salud (OPS), la inequidad se refiere a las desigualdades que son “innecesarias, evitables e injustas”, que constituye un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y de derechos humanos¹⁰.

Desde el punto de vista operativo, la equidad en salud comprendería eliminar las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social. Es preciso subrayar que el problema no es que existan diferencias, sino que las desigualdades pongan sistemáticamente en desventaja a un grupo^{10,11}.

La inequidad es consecuencia de la estratificación social y las desigualdades políticas y económicas presentes dentro de cada país. En materia de salud, las diferencias se observan en la distribución desigual de determinantes de la salud (mayor vulnerabilidad a enfermedades por carencia de servicios básicos y mayor exposición a factores de riesgo) y en la variante provisión de servicios de atención a la salud. En este sentido, la inequidad se refleja en la disponibilidad, el acceso, la calidad de los servicios y la carga de los pagos, así como en la forma de conducir la práctica clínica de acuerdo con las características étnicas, el grupo de edad (los adolescentes y los ancianos son foco de atención en materia de equidad), el género, la presencia de enfermedades “estigmatizadoras” (los pacientes con VIH/SIDA continúan siendo una comunidad que

⁹ Starfield B. Primary care: an increasingly importante contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gaceta Sanitaria 2012;26(S):20-6.

¹⁰ World Health Organization. Equity in Health Care. Geneva; 1996.

¹¹ World Health Organization. Renewing the Health for All Strategy: Elaboration of a policy for equity solidarity and health. Geneva; 1995.

sufre de discriminación y violencia en el siglo XXI), entre otras condiciones ^{12,13}.

Uno de los caminos propuestos para garantizar la salud es la universalidad en la prestación de servicios de salud.

Atención universal

No obstante que los esfuerzos por mejorar la equidad en salud han sido significativos en la mayor parte del mundo, aún existe una brecha importante en materia de prestación de servicios de salud. A pesar de que la universalidad no es suficiente *per se* para lograr la equidad, se ha probado que puede disminuir las desigualdades en salud ⁹.

El objetivo de la cobertura universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar dificultades financieras para pagarlos ¹⁴.

La universalidad debe garantizarse en materia de salud y seguridad social, para lo cual la OMS propone la mancomunación de contribuciones gubernamentales e individuales prepagadas recaudadas con base en la capacidad de pago y la utilización de esos fondos para garantizar que los servicios estén disponibles y accesibles y que se suministre asistencia de calidad a las personas que los necesitan, sin exponerlas al riesgo de gastos catastróficos ¹³.

Para alcanzar la universalidad es indispensable que se evalúen las inequidades existentes en la población con el fin de determinar las prioridades sanitarias. Para que el acceso universal tenga un efecto positivo en los indicadores de salud, se debe tomar en cuenta que algunos adelantos en materia de equidad en el área de la salud se han logrado gracias a movimientos sociales, como es el caso de los cambios en materia de

¹² Domènech M, Feliu J, Garay A, Íñiguez L, Peñaranda MC, Tirado F. Movimientos sociales y conocimientos científicos: el impacto del activismo contra el SIDA sobre las prácticas científicas. Revista de Psicología Política. En prensa 2002.

¹³ World Health Organization. The world health report 2008. Primary health care - now more than ever. Geneva; 2008.

¹⁴ World Health Organization. ¿Qué es la cobertura sanitaria universal?. Preguntas y respuestas en línea. WHO 2012 [consultado el 27 de Septiembre de 2013]; Disponible en: URL: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/

equidad en pacientes con VIH/SIDA¹⁵. Por lo anterior, se debe fomentar la participación y el empoderamiento de los actores sociales para que la población participe de manera activa en el cuidado de su salud y en la elaboración de reformas que mejoren el sistema.

Otra vía propuesta para lograr la cobertura universal es la integración de los diferentes prestadores de servicios y la normalización del comercio de salud no regulado, con el fin de asegurar la prestación de servicios que cumplan con estándares de calidad aceptables.

De acuerdo con la OMS, la formulación de políticas efectivas en materia de cobertura universal debe guiarse por tres criterios:

1. Disminución de la estratificación social. Se sugiere que los servicios de salud se paguen mediante impuestos, existiendo a la par servicios públicos subsidiados. Los impuestos deberán estar destinados a la prestación de servicios y en parte importante a la educación en la materia.
2. Disminuir las vulnerabilidades. Una forma de actuación importante es el aseguramiento social para desempleados y discapacitados que asegure la continuación de servicios a pesar de su condición.
3. Asegurar la protección contra exposiciones y factores de riesgo.

Dificultades en la ejecución del modelo de APS

La implementación de la APS como eje central del sistema de salud en los países nórdicos e Inglaterra, así como en países de Latinoamérica como Chile y Cuba, por mencionar algunos, permite observar que es posible mejorar el nivel de salud poblacional a partir de las estrategias propuestas por el modelo. A pesar de existir estas experiencias exitosas, se observan algunas dificultades en la implementación del

¹⁵ El aumento en la incidencia de VIH/SIDA en los años ochenta provocó que un gran número de grupos de activistas y enfermos se organizaran para exigir un trato digno hacia su enfermedad. Sus movimientos y acciones han producido cambios en materia de equidad en la atención a la salud, principalmente en lo referente a disponibilidad de tratamientos médicos.

modelo en el resto del mundo ^{15,16}.

De acuerdo con Tejada de Rivero ¹⁷, una de las barreras en la implementación de la APS a nivel mundial es la carencia de un entendimiento real de su concepto. A través de los años, se han dado interpretaciones de diferente naturaleza, lo que trae como resultado una evidente incapacidad del sector para imaginar los beneficios de la APS, limitando la posibilidad de establecer objetivos y metas en torno a ésta y prevaleciendo la creencia de que se trata de un reto más que de una oportunidad que puede traer beneficios a la salud poblacional.

Sumado al limitado entendimiento del modelo, actualmente a nivel global se hace frente a un panorama de transformaciones climáticas, demográficas, epidemiológicas, sociales, políticas y en el perfil de riesgos para la salud ¹⁸. Ante esta problemática, es necesario generar respuestas integrales a un problema de carácter multifactorial. A pesar de ello, los sistemas de salud de diversos países se han conformado con tomar medidas que solucionan momentáneamente y de manera parcial algunos problemas de salud. Por ejemplo, en México, el caso de la iniciativa gubernamental en torno a la disminución de las porciones de los alimentos industrializados sólo impacta en la disminución de la ingesta calórica, sin tomar en cuenta que la obesidad tiene un origen multifactorial. Además, no contribuye a la disminución de la incidencia de esta enfermedad y a la atención de los pacientes que ya la presentan.

Por otra parte, se observa una marcada tendencia a analizar el proceso de salud enfermedad de manera aislada, sin favorecer el trabajo conjunto de todos los sectores involucrados en la mejora de las condiciones de vida, lo que detiene el progreso en materia de equidad.

Ante respuestas poco efectivas, existe un marcado rechazo a las iniciativas gubernamentales por parte de diversos sectores sociales. Por un lado, los individuos

¹⁶ Universidad Nacional Autónoma de México, Organización Panamericana de la Salud. Hacia una cobertura universal en salud. Ciudad de México 2009.

¹⁷ Tejada de Rivero DA. Alma Ata: 25 años después. Perspectivas de salud 2004;13(2):51-4.

¹⁸ Ministerio de Salud de Panamá, Representación de OPS/OMS en Panamá. Atención primaria de salud: Una revisión de prácticas y tendencias. 2004.

buscan soluciones rápidas y de bajo costo, lo que favorece el crecimiento irracional en la oferta del mercado de salud carente de regulación y el incremento de la competencia, que a su vez obliga a los médicos a buscar una especialización que es más “competitiva” en comparación con la medicina general y familiar, que son la base de la APS. En este mismo sentido, se observa que las escuelas de medicina a nivel mundial cuentan con una matrícula que fomenta el interés por los modelos curativos practicados en torno a la especialización médica.

Otro de los factores que tiene un impacto importante en el éxito o fracaso de la APS como eje del sistema es la inversión que se destina a los servicios de salud. Los modelos de financiamiento en la mayoría de países dificultan la inclusión de toda la sociedad a los servicios de salud, favoreciendo la atención inequitativa y de baja calidad. Adicionalmente, los recursos económicos disponibles se destinan a gastos afines al modelo de atención especializada (como la construcción de hospitales), mismos que no son costo-efectivos, al tiempo que se descuidan los presupuestos para acciones preventivas y de promoción de la salud.

La atención primaria a la salud en el contexto mexicano

México cuenta con un sistema de salud conformado por dos sectores; por un lado se encuentra el sector público, conformado por las instituciones de seguridad social y las instituciones y programas que atienden a la población que carece de seguridad social, y por otra parte se encuentran las instituciones privadas (Cuadro 1.2). Dependiendo de la población que reciba los servicios, serán los beneficios que se reciban.

Del total de unidades del sector público, más de 95% corresponde a unidades de consulta externa 21,738, de las cuáles son operadas por los servicios estatales de salud y están ubicadas principalmente en zonas de alta marginación, en donde representan la única alternativa para hacer frente a los problemas de salud presentes en la comunidad: en 2013, cerca de 73 millones de consultas fueron proporcionadas en estas unidades²⁰.

A pesar de representar el mayor volumen en servicios, existe evidencia que indica que este nivel muestra importantes problemas en su capacidad resolutoria, en la eficiencia y

en la calidad del servicio que se presta, en parte por la falta de recursos que limita su capacidad de atención. Por otro lado, las prioridades se fijan a corto plazo y de manera fragmentada con una clara tendencia a la creación de programas para control de enfermedades prioritarias. Estos elementos en conjunto, dificultan la conformación de redes de servicios de calidad.

Cuadro 1.2. Grupos de beneficiarios de las instituciones de salud

Beneficiarios	Instituciones que los atienden	Particularidades
Trabajadores asalariados, jubilados y sus familias.	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR).	Cerca de 49 millones de personas son atendidas por el sector, de las cuales el 80% por el IMSS, 18% por el ISSSTE y el restante por PEMEX, SEDENA y SEMAR.
Autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas fuera del mercado de trabajo y sus familias.	Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS).	Los servicios en las primeras tres instituciones son recibidos sobre una base asistencial, el SPS funciona con un financiamiento tripartita.
Población con capacidad de pago.	Compañías aseguradoras, prestadores de servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados, así como practicantes de la medicina alternativa.	

Elaborado con base en Gómez Dantés et al 2011.¹⁹

Con el fin de dar respuesta a esta problemática, entre la variedad de iniciativas que se han puesto en práctica, resaltan los modelos de atención que tienen por objetivo ofrecer una mayor cartera de servicios, aumentando así su capacidad resolutive, mejorando la respuesta a las necesidades de los usuarios y fortaleciendo la integración de servicios. Las unidades operativas de dichos modelos son los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) y los Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA).

¹⁹ Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública de México 2011;53(S2):S220-S232.



2. Evaluación de Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud y Centros de Salud con Servicios Ampliados

El principal antecedente operativo de los CAAPS es el Hospital Materno Infantil inaugurado por el presidente Adolfo López Mateos en 1963. En aquel año, la unidad contaba con los servicios de consulta externa, gineco-obstetricia, pediatría y servicios paramédicos auxiliares de diagnóstico, siendo reestructurada en 1995 con la incorporación de los servicios de consulta general, clínica del adolescente, consulta dental de especialidades, salud mental integral y módulo de vasectomía sin bisturí²⁰.

A partir de 2008, la nomenclatura de las CAAPS cambió a Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) para 10 unidades, mientras que 27 fueron denominados Centros de Salud Urbanos. Estas instalaciones son representativas de los servicios de salud prestados en el primer nivel de atención y su funcionamiento es de suma importancia, ya a partir de ellos se articulan las redes de atención primaria de la salud en distintos estados de la República Mexicana²².

Su misión es proporcionar y garantizar servicios de salud de manera adecuada a la población del área de influencia a través de la atención integral y la participación social, que permita la resolución de los problemas y necesidades de salud, así como el desarrollo profesional del equipo de salud. La visión de los CAAPS es ser una unidad de salud con presencia efectiva y oportuna, que genere credibilidad y confianza, así como excelencia, equidad y calidad de los servicios bajo la aplicación de nuevos esquemas de financiamiento y de corresponsabilidad, para satisfacer las necesidades en la población del área de influencia²¹.

²⁰ Secretaría de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. México D.F.; 2009.

²¹ Terminel Medina RL. Manual de organización. Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud. 2012.

En la actualidad, la estructura de los CAAPS varía entre cada estado, sin embargo los servicios que se proponen en el modelo son:

- Atención de climaterio y menopausia.
- Atención psicológica.
- Clínica del varón.
- Consulta de odontología general y de especialidad.
- Consulta externa y especialidad.
- Detección oportuna de cáncer.
- Displasias.
- Endocrinología.
- Epidemiología.
- Farmacia.
- Laboratorio de análisis clínicos.
- Medicina integrada.
- Módulo de ginecología.
- Nutrición.
- Pediatría.
- Radiología.
- Servicio de inmunizaciones.
- Trabajo social.

De acuerdo con el Sistema Nacional de Salud (SINAIS) existen hasta la fecha 85 CAAPS en operación en todo el país²².

Centros de Salud con Servicios Ampliados

El Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) responde a la necesidad de integrar, en un solo cauce, todas las actividades dirigidas a garantizar una adecuada atención de la salud. Aquí se parte del supuesto de que la atención de la salud dejó de ser responsabilidad casi exclusiva de la enfermera o el médico para convertirse en un proceso complejo en el que participan, entre otros, el personal directivo, los trabajadores administrativos, los paramédicos, el personal de laboratorio, gabinete y otros servicios de apoyo, así como médicos y enfermeras con muy diversas especialidades, incluyendo a especialistas en medicinas alternativas o complementarias reconocidas por la autoridad sanitaria. Una de las características de mayor relevancia del modelo es la atención tanto a pacientes con enfermedades no transmisibles que requieren de una atención más compleja, prolongada y costosa como a personas con lesiones^{23,24}.

²² Sistema Nacional de Información en Salud. Consulta de información en bases de datos en formato de cubo dinámico. SINAIS 2013 [consultado el 20 de agosto del 2013]; Disponible en: URL: <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

²³ Secretaría de Salud. Modelos de Unidades Médicas MIDAS Modelo Integrador de Atención a la Salud. Primera ed. México D.F.: 2006.

Dentro de este modelo se encuentran los CESSA, entendidos como las unidades médicas diseñadas para ofrecer atención primaria a la salud integral con alta capacidad resolutive. Se caracterizan por ofrecer servicios de especialidades, además de los servicios de consulta externa. Su capacidad de atención es de 20,000 a 30,000 habitantes y cuentan con 6 a 12 consultorios. Adicionalmente deben contar con equipo de comunicación con otros centros de salud y hospitales.

Cuadro 2.1. Servicios otorgados en los Centros de Salud con Servicios Ampliados

<p>CONSULTA EXTERNA Y ESPECIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultorios de Medicina Familiar • Epidemiología • Consultorio de Estomatología • Consultorio de Inmunizaciones • Consultorio de Salud Mental • Consultorio de Ginecología • Consultorio de Pediatría 	<p>MEDICINA ALTERNATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homeopatía • Acupuntura • Quiropráctica • Lumino-terapia • Magnetos • Masoterapia <p>ÁREA DE GOBIERNO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección • Administración
<p>SERVICIOS DE ESPECIALIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Módulo Mater” (vigilancia de embarazo de alto riesgo) • Ultrasonido • Mastografía • Laboratorio clínico • Detección y control de riesgo • Radiodiagnóstico • Rayos X, estudios simples 	<p>ÁREA DE APOYO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de transfusión • Farmacia • Almacén general • Servicios generales • Sistema de radio o telefonía a base de fotoceldas solares • Conexión al servicio de Telemedicina

Extraído de SSA 2006, ^{24,25}.

Se ha documentado la existencia de 59 CESSA organizados en 5 módulos (Cuadro 2.1.). En general, se encuentran constituidos por un médico (o médico pasante) y una enfermera clínica (o enfermera pasante) que brindan servicios a pacientes con enfermedades crónicas y atención de partos no complicados (cuando se ubican a menos de 30 minutos de un hospital de referencia), así como atención de urgencias las 24 horas del día los 365 días del año, destacando la atención inicial de urgencias obstétricas.

²⁴ Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud: MIDAS. Segunda ed. México: 2006.

De acuerdo con el MIDAS, el número de CESSA dentro de una red de servicios y la magnitud de la población que deben atender los establecen cada estado en función de variables demográficas, epidemiológicas, condiciones orográficas, disponibilidad de medios de comunicación y transporte, isócronas de desplazamiento, y recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles en cada unidad. Sin embargo, cada entidad federativa debe establecer un tamaño mínimo de población a cubrir para que los esquemas de capitación funcionen con la suficiente agregación del riesgo, estableciéndose como mínimo

- Entre 1 y 2 médicos por 1,000 habitantes
- De 2 a 3 licenciadas en enfermería por médico
- De 1 a 2 camas por 1,000 habitantes

Tanto los CAAPS como los CESSA han sido instaurados en diferentes estados del país (Cuadro 2.2); sin embargo, no se ha reportado alguna evaluación sobre su desempeño y efectividad.

Justificación

En México, cerca del 95% de las unidades médicas existentes están representadas por los centros de primer nivel; una gran proporción de éstas operan en áreas rurales que prestan servicios de baja calidad y con una evidente incapacidad resolutive. Ante este panorama, surge la necesidad de poner en marcha nuevos planes y programas que incrementen la capacidad resolutive del sistema y que mejoren los resultados mediante la prestación de servicios de calidad.

Dentro de este contexto se crean los CAAPS y los CESSA teniendo como base el modelo de APS adaptado al contexto mexicano. Desde su creación, la evidencia acerca de su funcionamiento y los resultados en materia de salud es escasa, lo que limita su entendimiento y la creación de nuevas propuestas en torno a estos. Es así como surge la necesidad de dar cuenta de su nivel de desempeño, su cumplimiento de objetivos y su integración a la red de servicios, con el fin de contar con elementos para determinar

si pueden funcionar como centros modelos para una reforma integral del primer nivel de atención.

Cuadro 2.2. Distribución de CAAPS y CESSA por entidad federativa

Entidad federativa	CAAPS	CESSA
Baja California	6	
Baja California Sur		1
Campeche	1	
Colima	1	
Chiapas		13
Chihuahua	14	7
Durango		1
Guanajuato		8
Guerrero		3
México	60	
Nayarit		7
Oaxaca		10
Puebla		1
Querétaro		1
Sonora	1	
Tabasco		11
Veracruz	1	3
Yucatán		1
Zacatecas		3

Fuente: SSA. SIHERHIAS. Subsistema de Información de Equipamiento, recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud. Base de Datos de CAAPS y CESSA. México. Fecha de corte, junio 2013.

Objetivos

Esta evaluación se planteó como objetivo general evaluar el desempeño de los Centros de Salud con Servicios Ampliados y de los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud.

Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de cobertura geográfica y poblacional que tienen los Centros de Salud con Servicios Ampliados y de los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud.
2. Caracterizar el modelo de servicios (oferta y demanda) que se brinda en este tipo de centros de atención.

3. Determinar la efectividad de la atención médica brindada en estas unidades mediante el análisis de la información de pacientes con diabetes y en control prenatal.
4. Documentar el grado de implementación de las Guías de Práctica Clínica del Sector Salud en estas unidades y el tipo de acciones desarrolladas.
5. Cuantificar el abasto de medicamentos y el nivel de surtimiento completo de recetas.
6. Efectuar un análisis de procesos, particularmente enfocado en los sistemas de referencia y contrarreferencia y de gestión de citas.
7. Identificar los modelos de gestión de recursos humanos en estas unidades de atención.
8. Valorar la pertinencia de utilizar a los Centros de Salud con Servicios Ampliados y de los Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud como unidades modelo para el fortalecimiento del primer nivel de atención.

Metodología general

Para esta evaluación se emplearon técnicas cuantitativas y cualitativas, además de revisión documental y consulta a las estadísticas oficiales de los sistemas de información federal, estatal y, en su caso, de los Centros en estudio.

Para cada objetivo específico se siguieron procedimientos metodológicos particulares con sus respectivos instrumentos.

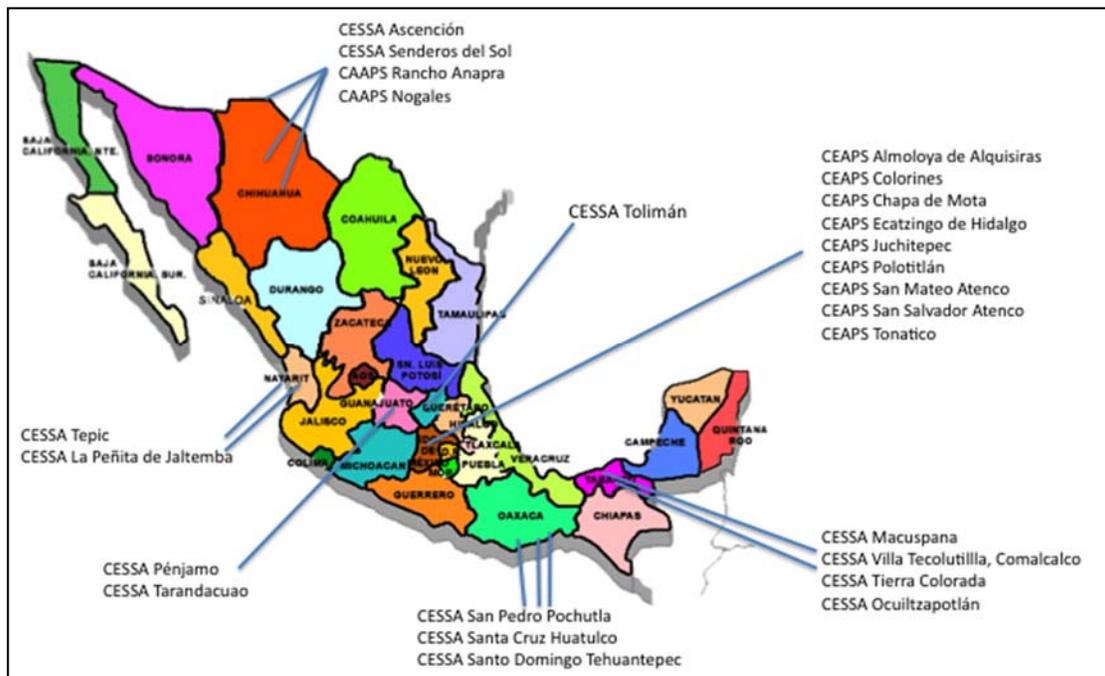
Selección muestra Centros

Para la selección de los Centros participantes se trabajó con una base original de 160 unidades médicas de este tipo²⁵, se excluyeron 23 registros, 16 con la categoría *fuera o pendiente de operación* y 7 más que tenían como fecha de inicio de operación posterior a junio de 2012. De este modo, la muestra elegible fue de 137 registros.

²⁵ Secretaría de Salud. SINERHIAS, base de datos junio 2013.

Se emplearon tres criterios para la selección de la muestra: fecha de inicio de operación (antigüedad), número de consultas otorgadas y población total de la localidad donde está ubicado cada Centro. Cada una de estas variables se categorizaron en tres niveles. Las tres categorías de la variable inicio de operación (antigüedad) quedó como: Centros antiguos aquellos que tuvieron como fecha de inicio de operación entre 1994-2004, centros de operación intermedia (2005-2008), centros recientes (2009-mayo 2012). Para el criterio de número de consultas se clasificaron en: hasta 12,500 consultas anuales, De 12,501 a 40,000 consultas y mayor de 40,000 consultas²⁶. La variable tamaño de localidad se dividió en: localidades con menos de 5,000 habitantes, de 5,001 a 100,000 y el tercero, localidades mayores de 100,000 habitantes. A partir de una muestra por conveniencia, a fin de evitar la dispersión geográfica y favorecer la representatividad por región y tipo de Centro. Se obtuvo un total 25 Centros, distribuidos en siete entidades federativas. (ver Gráfica 2.1)

Figura 2.1. Centros seleccionados para la evaluación 2013



²⁶ El corte para el número de consultas fue considerando la productividad promedio que debe tener un consultorio, de dos y tres consultorios y el tercer grupo para Centros con más de tres consultorios.

Instrumentos de recolección de información

Se elaboraron once instrumentos de recolección de información para abordar cada uno de los objetivos planteados.

1. Lista de cotejo de áreas y servicios
2. Lista de cotejo de medicamentos, insumos y biológicos
3. Lista de cotejo para expedientes de pacientes con atención prenatal
4. Lista de cotejo para recetas médicas
5. Cuestionario para entrevista a médicos
6. Cuestionario para entrevista a usuarios
7. Cuestionario para entrevista a población
8. Lista de cotejo para recetas médicas
9. Lista de cotejo para recursos humanos
10. Guía de entrevista para Titulares de los Centros de Salud
11. Guía de entrevista para Jefes Jurisdiccionales

El diseño de cada uno de estos instrumentos abarcó cada uno de los temas que se relacionan con los objetivos, y así desde varios ámbitos dar respuesta a los mismos.

Cuadro 2.3. Metodología por componente a evaluar

Objetivo	Metodología	Instrumentos
Cobertura	Gabinete y campo (cualitativa)	Entrevista Informante Clave
Modelo de Servicios	Gabinete y campo (cuantitativa)	Entrevista población
Atención médica	Gabinete y campo (cualitativa y cuantitativa)	Entrevista Informante Clave Entrevista usuarios
Guías de Práctica Clínica	Cuantitativa y Cualitativa	Entrevistas a médicos, Entrevista Informante Clave
Medicamentos	Gabinete y campo	Lista cotejo medicamentos, Lista cotejo recetas
Referencia y Contrarreferencia	Gabinete y campo	Entrevista Informante Clave
Recursos humanos	Gabinete y campo	Entrevista Informante Clave, Entrevistas a médicos

Con el fin de identificar posibles diferencias entre los dos tipos de Centros se realizaron dos visitas de reconocimiento, una al Centro de Estudios de Servicios de Salud Ampliados, en Coroneo, Guanajuato y al CEAPS de Chiautla en el estado de México.

Se llevó a cabo un curso de capacitación para el personal que participaría en el trabajo de campo.

El trabajo de levantamiento de la información se realizó durante el mes de agosto y la primera quincena de septiembre. La muestra general planteada tuvo algunas modificaciones.

De los 25 Centros visitados, los siguientes Centros se encontraron en malas condiciones generales, o bien con una gran descoordinación:

- **CEAPS Ocuilzapotlán, Tabasco.** Sólo se logró entrevistar a población abierta y revisar expedientes de DMT2. Uno de los días de la evaluación iba a estar cerrado por junta sindical de médicos.
- **Ascención, Chihuahua.** Cuenta con camas para atender partos, trabaja con pasantes y un médico general (que es el Director) y una médico general. Se asemeja más a un Centro de Salud “tradicional”.
- **Almoleya de Alquisiras, México.** Estuvo más de un mes sin Director y se encontró una gran desorganización.
- **La Peñita de Jaltemba, Nayarit.** No cuenta con Director, la persona que dirige el Centro es la Jefa de Enfermeras, quien “coordina” las actividades del Centro.

A continuación se presentan los principales resultados por componentes.



3. Cobertura

Introducción

Una de las preocupaciones fundamentales de todo sistema de salud es alcanzar una cobertura universal. Desde 1972, con la declaración de Alma Ata, los diversos gobiernos se sumaron al compromiso de formular mecanismos que permitieran la cobertura total de la población.²⁷ En el caso mexicano en la década de los ochenta se diseñó un modelo de atención que permitiera alcanzar este objetivo y las distintas reformas realizadas al sistema que se pueden resumir en cinco ejes principales: i) descentralización, ii) extensión de cobertura, iii) establecimiento de un paquete básico de cobertura, iv) separación de funciones, y v) privatización de algunas partes del proceso.²⁸ han tenido como meta alcanzar la cobertura universal.

Con la reforma de 2013 al Sistema Nacional de Salud que incorporó el Sistema Nacional de Protección en Salud, era necesario contar con mayor infraestructura en salud que permitiera cubrir la demanda de servicios que se presentaría al incorporar a la población, hasta ese momento sin seguridad social, al nuevo esquema de aseguramiento denominado Seguro Popular.

En este sentido, el modelo de atención creado en los ochenta, fue ajustado a la nueva reforma del sistema y se convirtió en el Modelo Integrador de Atención a la Salud

²⁷ Declaración de Alma Ata

²⁸ Aguilera Aburto, Nelly. El paradigma emergente de los sistemas de salud: hacia la cobertura universal en los países del continente. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. México. [Disponible en www.juridicas.unam.mx]

MIDAS. Este modelo propuso a su vez, un esquema de Unidades Médicas. En él se encuentran los CAAPS y los CESSA, como unidades que fortalecerían el primer nivel de atención, mientras que para el segundo nivel de atención surgieron las UNEMES, centros especializados de atención.

Una de las estrategias que acompaña este modelo, es el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud que ha tenido entre sus propósitos definir y fortalecer la infraestructura física institucional que permita satisfacer la demanda.

El Modelo de Unidades Médicas establece el diseño físico arquitectónico para cada una de las unidades médicas que conforman los distintos niveles de atención, por supuesto también lo hace para los CAAPS y los CESSA, definiendo a detalle las características y tamaño que las distintas áreas deben tener.²⁹

La forma como se define la necesidad y ubicación de unidades médicas está en función de los criterios de regionalización, que considera el tamaño de la unidad, la capacidad resolutive, el personal de salud necesario para atender a un determinado número de población.

Al formar parte del primer nivel de atención, junto con las casas de salud, las unidades móviles, los centros de salud (rural, urbano, tipo I, II y III), se rigen con el mismo esquema, de estos tanto en la concepción como en la operación.

La capacidad que deben tener para cubrir un determinado número de población, se establece previo a su establecimiento, para los CESSA y CAAPS se fijó entre 20,000 y 30,000 personas. A este número de personas que por el tamaño de la unidad médica

²⁹ Secretaría de Salud. Modelos de Unidades Médicas, MIDAS, 2006.

puede otorgar atención, es conocida como población potencial y es definida como aquella “población que la institución puede atender de acuerdo con los recursos humanos y/o materiales disponibles” ³⁰.

Para cubrir a esta población potencial existe una regla primordial establecida desde hace varios años llamada núcleo básico. Un Núcleo Básico (NB) es la célula primordial de operación del primer nivel de atención. Está conformado por un médico y dos enfermeras, una clínica y otra de campo, que dan atención intramuros y además realizan actividades de campo en un consultorio físico equipado –con capacidad hasta para dos núcleos básicos– y que otorgará servicios a un área geográfica bajo su responsabilidad, con una capacidad para atender hasta 500 familias con un promedio de 4.2 habitantes por vivienda, es decir alrededor de 2,000 o 2500 habitantes.³¹ Para su ubicación urbano-rural además se toma en cuenta el tiempo de traslado de la población hasta la unidad médica, considerada de media hora para el primero y de una hora para el segundo.

La infraestructura en salud del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud se rige por este principio de núcleo básico para determinar la cobertura de los distintos centros de atención. Así por ejemplo encontramos que un Centro de Salud Rural para población concentrada para atender a una población de 2,500 a 15,000 habitantes deberá contar con un determinado número de núcleos básicos.

En el caso de los CESSA y CAAPS para cumplir con el objetivo de atender a una población que oscile entre 20,000 y 30,000 habitantes, se previó que debería contar de 6 a 12 consultorios, organizados y operando con núcleos básicos, bajo normas y

³⁰ Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. Volumen III.

³¹ Núcleo básico

conceptos de atención primaria a la salud, con un equipamiento determinado y con un cuadro básico de medicamentos.

Objetivo

El objetivo de este apartado fue identificar el nivel de cobertura población y geográfica de los CAAPS y CESSA.

Procedimiento

A través de las entrevistas con los Directores de los Centros y las autoridades jurisdiccionales, se verificó si este modelo de cobertura se cubre en cada uno de los centros, así como el proceso o las variables que siguen para calcular su cobertura.

Hallazgos

Todos los CESSA y CAAPS seleccionados en la muestra, cumplen con el principio de atender a una población mínima de 20,000 habitantes, aunque existen diferencias importantes en cuanto a tamaño de la unidad, el personal con que cuentan y la población que potencialmente cubren.

Cuadro 3.1. Ejemplos de cobertura de población en CESSA y CAAPS.

Centro	Población aproximada que atienden	Promedio de habitantes por médico	Número de núcleos básicos
CESSA Tierra Colorada, Tabasco	46,000 hab.	2,500 – 3,500	12
CESSA Santa Cruz Huatulco, Oaxaca	20,000 hab.	2,500 – 3,000	3
CESSA Senderos del Sol, C. Juárez Chihuahua	12,000 hab.	4,000	3
CAAPS Rancho Anapra, Ciudad Juárez, Chihuahua	26,000 hab.	3,000 – 3,500	8 médicos

Fuente: Entrevistas a Directores de Centros y Jefes Jurisdiccionales.

El total de población está definido por la población del municipio o localidad donde se encuentra ubicado el Centro y además de las localidades dispersas ubicadas a 30 o 60 minutos de distancia con respecto a la unidad médica.

“tenemos un promedio de dos mil setecientos, dos mil ochocientos, que son las que pertenecen al Centro de Salud, abarcando además seis comunidades, Centro de Tolimán, La Loma, El Tesquesquite, Onolcán, El Molino, y El Granjen”. (Director CESSA, Querétaro)

“Aparte de la población que es meramente de aquí, están 10 localidades alrededor de 4,000 pacientes que están pues sí, alrededor de esta clínica que les estamos cubriendo”. (Directora CEAPS, México)

En todos los casos se realiza la microrregionalización correspondiente para definir la instalación de CESSA y CAAPS. Las Secretarías de Salud Estatales (SESA) a través de las Jurisdicciones Sanitarias tienen la responsabilidad de elaborar la microrregionalización operativa que les permiten definir el tipo de establecimiento necesario en una zona determinada.

Según lo expresado por los Directores de Centros, las áreas de planeación de las jurisdicciones sanitarias, son las que definen la cantidad de población que potencialmente deben cubrir

“La jurisdicción a través del Área de Atención Primaria a la Salud o primer nivel de atención es el área encargada [de definir cobertura de población], en el área de planeación y de darnos metas e indicadores”. (Director CEAPS México)

Las variables que utilizan para elaborar esta regionalización son entre otras: el número de localidades a atender, la población total, población asegurada y no asegurada, población afiliada al Seguro Popular, población indígena, unidad de referencia, tipo de camino, distancia en kilómetros, recorrido en minutos, medio de transporte, familias de Oportunidades, familias Seguro Popular, número de auxiliares de salud, número de

casas de salud, consultorios rurales, número de núcleos básicos. En este caso de Centros de Salud con Servicios Ampliados, se incluyen datos del segundo nivel de referencia como son: nombre de la unidad de referencia, tipo de camino, distancia en kilómetros, recorrido en minutos, medio de transporte³². (ver ejemplo microrregionalización del CESSA de Toluimán, Querétaro)

Cuadro 3.2. Variables utilizadas para la microrregionalización, Toluimán, Querétaro. 2013.

No. Localidad	Nombre de la Localidad de Influencia	Población total	Población No Asegurada	Población afiliada al Seguro Popular	Población Asegurada	Población Indígena	Tipo de camino	Distancia (km)	Recorrido (min)	Medio de transporte	Nombre de la Unidad de Referencia
	TOLIMAN	5317	3801	4683	1932	1355					
1.1	TOLIMAN	3008	2011	2540	1336	499	1	0	0	1	H.G.CADEREYTA
1.2	GRANJENO	171	143	502	27	59	1,2	1	10	1	H.G.CADEREYTA
1.3	HORNO DE CAL	683	458	495	298	293	1,2	1	5	1,3	H.G.CADEREYTA
1.4	EL MOLINO	479	374	449	119	168	1,2	3	10	1	H.G.CADEREYTA
1.5	TEQUESQUITE (CHALMA)	276	224	483	54	139	1	2	5	1	H.G.CADEREYTA
1.6	EL AGUACATE	0	0	15	0	0	1	8	50	1	H.G.CADEREYTA
1.7	EL SABINO (LA GUAYABA)	8	8	19	0	7	1,2	2	5	1	H.G.CADEREYTA
1.8	LONGO	165	147	28	9	83	1,2	2	5	1	H.G.CADEREYTA
1.9	CUCHARA, LA	18	15	0	3	17	1,2	0	0	1	H.G.CADEREYTA
1.1	SIN NOMBRE (LA LOMA)	18	17	125	0	4	1,2	0	0	1,3	H.G.CADEREYTA
1.11	COLONIA NUEVA EL GRANJENO	213	178	26	34	49	1,2	1	5	1	H.G.CADEREYTA
1.12	EL TERREMOTE	53	41	0	14	3	1,2	1	5	1	H.G.CADEREYTA
1.13	EL MEZQUITE	45	32	1	17	27	1,2	1	5	1	H.G.CADEREYTA
1.14	LOCALIDADES DE UNA VIVIENDA	131	110	0	19	0	1,2	1	5	1	H.G.CADEREYTA
1.15	FAMILIA HERNÁNDEZ	0	0	0	0	0	1,2	1	5	1	H.G.CADEREYTA
1.16	FAMILIA RAMOS	4	4	0	0	0	1,2	1	5	1	H.G.CADEREYTA
1.17	LOCALIDADES DE DOS VIVIENDAS	33	29	0	2	0	1,2	1	5	1	H.G.CADEREYTA
1.18	FAMILIA DIMAS	12	11	0	0	5	1,2	0	0	1	H.G.CADEREYTA

En la práctica calcular la cobertura de cada CESSA o CAAPS tiene varias dificultades. aunque se toman en cuenta la población del municipio, restando aquella que está cubierta por otros proveedores de salud públicos (no existe una base de datos con registros de proveedores privados) que se encuentran ubicados en la cabecera municipal, se utilizan otros mecanismos como es el levantamiento de un censo propio o el uso de estimaciones de población.

“estamos generando que tengamos nuestra Unidad de Salud de acuerdo a la población estimada asignada, si la podemos censar que bueno y si no podemos censar por lo menos hacemos estimaciones y establecemos áreas de responsabilidad”. (Jefe Jurisdiccional de Guanajuato)

³² Servicios de Salud del Estado de Querétaro. Microregionalización Operativa 2013. Jurisdicción Sanitaria No. 3. Toluimán. Disponible en: <http://www.seseq.gob.mx/estadistica/>

Con el fin de ir ajustando las coberturas al crecimiento demográfico y el crecimiento urbano, se considera el rediseño de la capacidad de los centros y el número de los núcleos básicos que requieren

“ir rediseñando nuestros Centros de Salud de acuerdo a la necesidad, ver si era un Centro de Salud para un núcleo básico abrirlo a dos núcleos porque ya la población creció y me facilita, ver si era una Unidad, un Centro de Salud urbano como tal y transformarlo en un Centro en crecimiento, poderlo favorecer de acuerdo a mi misma demanda” (Jefe Jurisdiccional, Guanajuato)

“nosotros iniciamos con 10 núcleos básicos. Los núcleos básicos 3 y núcleo básico 10, aumentaron su población, era de... un fraccionamiento grandísimo que era de 3 o 4 casas y por necesidades se crearon 2 núcleos básicos más” (Director CESSA Tabasco)

“estamos acercando los servicios a la gente, estamos fortaleciendo lo que tenemos un tipo CESSA que de algún modo lo rebasa por la población misma de la localidad pero a la gente que se está asentando en los nuevos lugares y en las nuevas colonias le está quedando más olvidada, entonces lo que tenemos que planear es ese crecimiento en esos espacios para acercar los servicios”. (Jefe Jurisdiccional Guanajuato)

Además de este crecimiento poblacional y urbano al que deben estar atentos para cubrir a la población bajo responsabilidad, se enfrentan a distintos retos o problemas. Uno de ellos está relacionado con la movilidad del personal médico, con los horarios de los mismos y por tanto de los núcleos básicos que pueden tener funcionando de manera continua. Estos aspectos adquieren gran importancia en el estudio de cobertura porque el hecho de que exista un Centro, no necesariamente asegura que existan los recursos humanos que pueda brindar la atención que la población requiere.

“Ahorita son 8 médicos, son 2 en la mañana, 2 en el vespertino, 1 para la guardia “A” que es Lunes, Miércoles, Viernes otro para la guardia “B” que es martes, jueves y sábados y un médico el fin de semana que es el general y el pediatra.

Ahorita el sábado y el domingo en la noche los tengo al descubierto desde ¿que fue? Abril que no tengo ese médico”. (Director CEAPS México)

En algunos casos los CESSA y los CAAPS, desde la opinión de los entrevistados, está rebasada su capacidad para atender la cobertura que les corresponde.

“... creo yo que estamos rebasando, rebasando la cantidad de población bajo cobertura que nos corresponde y ustedes son testigos en este momento... “. (Director CEAPS México)

Esta capacidad rebasada no solo tiene implicaciones en términos de cantidad, sino de calidad del servicio que se otorga, que se verá en el siguiente apartado de atención a la salud.

“O bien otorgamos cantidad o bien otorgamos calidad. Pero no podemos satisfacer la demanda de la población ni con la infraestructura ni con el factor humano que está trabajando en esta unidad. Entonces, sí es necesario inyectarle mayor cantidad de recursos”. (Director CEAPS México)

Existe preocupación y estudios para fortalecer, readecuar e incluso rediseñar a los Centros, aunque esta planeación lleva su tiempo y debe incluirse en la programación anual, lo que significa que el problema no se resuelve en el corto plazo.

“Supuestamente por norma estamos entre 2,500 y 3,000 habitantes y más o menos nosotros hicimos en este año un estudio de la unidad y nosotros deberíamos de trabajar con 5 núcleos que es mi propuesta, que se nos incrementen los núcleos porque tenemos el espacio, 3 en la mañana y 2 en la tarde, pero si estamos en este proceso. Y usted sabe que la programación no se hace de un día para otro” (Director CESSA Oaxaca)

Conclusiones

En todos los Centros visitados se cumple con el objetivo normativo de que los CAAPS y los CESSA, deben cubrir al menos una población que oscila entre 20,000 y 30,000 habitantes. Aunque existen Centros que rebasan este rango de población.

Se pudo comprobar también que en todos los casos existe la microrregionalización operativa necesaria para establecer en dónde ubicar estos Centros y la demás infraestructura para el primer nivel de atención.

En la práctica los principales problemas que enfrentan para lograr la cobertura total de sus áreas de influencia e ir de la mano con los cambios demográficos, está relacionada principalmente con la cantidad de recursos humanos disponibles, sobre todo sí se trata de cubrir áreas de especialidad.



4. Modelo de servicios

Introducción

Como se mencionó en la introducción general a este documento, el funcionamiento de los Centros de Salud con Servicios Ampliados –CAAPS y CESSA– se enmarca en el MIDAS. El diseño de sus servicios se desprende de este modelo y pretende adaptarse a las condiciones de cada localidad donde se ubican los centros.

El enfoque del MIDAS parte del supuesto de la multifactorialidad de la salud y reconoce explícitamente al acceso a los servicios de salud como uno de los determinantes de esta, y también hace al ciudadano corresponsable de ella: “Mantener la salud es ... un esfuerzo permanente que requiere de la participación activa tanto del individuo como de la sociedad y exige de ambos la inversión de cuantiosos recursos”. Y añade: “Un sistema moderno de salud debe atender por igual los dos polos de esta responsabilidad compartida. Por un lado, debe crear mecanismos y espacios para hacer del usuario de los servicios el depositario de un derecho social fundamental, un sujeto activo ante los procedimientos de la institución médica y un actor en la toma de decisiones. Del lado de las instituciones, debe garantizar la provisión de servicios efectivos, que respondan con calidad a las demandas de la gente”³³

Sobre esta base, este componente de la evaluación se orientó hacia diferentes elementos del modelo de atención. Por una parte, describe la oferta de los servicios que brindan las unidades evaluadas de acuerdo a listas de cotejo de áreas, servicios, infraestructura, equipo y materiales disponibles en las unidades médicas. Otro aspecto

³³ Secretaría de Salud. (2006). *Modelo Integrador de Atención a la Salud: MIDAS* (2a. Edición ed.). México, DF: Secretaría de Salud. Pp. 10-11.

evaluado fueron las percepciones y grado de satisfacción con los servicios ofrecidos por los centros de salud en dos vertientes: usuarios activos, es decir, personas que se encontraban haciendo uso de los servicios al momento de hacer la evaluación y, usuarios potenciales, en este caso definidos como habitantes en la zona geográfica de influencia. Se tomó esta decisión para tener un acercamiento al impacto que pudieran tener los centros entre la población potencialmente usuaria en la medida de que los usuarios activos, por esta condición, podrían sesgar su opinión sobre la unidad médica. Se estimó que este sesgo sería menos probable entre los usuarios potenciales. Un último aspecto tuvo que ver con el proceso de la gestión u organización de citas para la atención.

En cada una de las secciones se describen los detalles metodológicos empleados.

Demanda de servicios

La demanda en salud se define como el deseo de la población de utilizar un determinado servicio de salud. Se considera un bien de inversión porque para lograr un cierto nivel de salud se requiere de un proceso que toma tiempo y es un bien de consumo debido a que ayuda a maximizar la función de utilidad del consumidor³⁴. Actividades como el saneamiento, los servicios médicos de prevención y de curación, los hábitos, entre otros, forman parte de la función de producción para tener una buena salud actual y futura. El hecho de que estos bienes y servicios sean insumos para la producción del bien salud, hace que la demanda de esos bienes y servicios sea una demanda derivada para un factor de producción³⁴.

La demanda en salud se compone por elementos objetivos y subjetivos. Entre los primeros destacan las características demográficas de la población, la situación epidemiológica y la oferta pública o de la seguridad social; por su parte los determinantes subjetivos son la necesidad sentida (que está en función de la confianza del individuo en que el sistema y sus agentes pueden mejorar su salud), los factores

³⁴ Arreola H, Soto H, Garduño J. Los determinantes de la no demanda en México. Caleidoscopio de la Salud, 173-183

psicosociales y los culturales³⁵. La caracterización de la demanda en esta población se centró principalmente en la oferta pública.

Con base en los datos obtenidos a partir de los usuarios fue posible determinar que la población que demanda más servicios fueron los adultos y las mujeres, poblaciones que acuden principalmente para la atención de embarazos y de enfermedades crónicas. A través de las entrevistas con los funcionarios clave fue posible conocer que las características climáticas determinan también el tipo de padecimientos que se atienden en los centros.

“Los principales problemas de salud de la jurisdicción son cuatro, obvio es el dengue por el tipo de clima, de la zona costera, lo que es la franja de la zona costera, el padecimiento de la enfermedad de Chagas, lo que es paludismo. Ahorita se ha trabajado bastante y solo se ha atendido un caso, la problemática de mortalidad materna, desnutrición infantil, enfermedades crónicas degenerativas, son las principales.” (Jefe de Jurisdicción, Oaxaca)

De acuerdo con los entrevistados, parte de los problemas de oferta y demanda se presenta por el crecimiento poblacional, ya que a pesar de contar con la infraestructura y el personal capacitado, estos siempre serán insuficientes para la población que se atiende.

“En algunas localidades o municipios me queda corta (...) me está quedando ya corta, por el crecimiento poblacional. Estamos analizando la plantilla, he tratado de mejorar el número de recursos.” (Jefa de la Jurisdicción, Estado de México)

Este punto es particularmente importante, debido a que se observa una marcada preocupación por la carencia de recursos humanos calificados, situación que afecta directamente a los usuarios,

“...ya nos está rebasando de 2,600 hasta donde sé (...) número de consultas por médico pues realmente se queda corto o sea hay gente, varía de día a día obviamente pero hablamos de tal vez un promedio de rechazo de que será al

³⁵ Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review 1963; 5: 941-73.

*menos 20 o 25 pacientes al día. A reserva de cuando hay alguna urgencia...
(Directora CESSA, Chihuahua)*

Principalmente en el aspecto de la calidad de la atención, debido a que los pocos médicos que atienden, difícilmente pueden dar atención de calidad en el reducido tiempo que tienen para atender pacientes de la consulta externa y a usuarios que acuden con alguna emergencia sentida, independientemente del horario o día de la consulta y de la infraestructura con la que cuenta la unidad.

*“...recuerde que hay dos palabras que no pueden ir de la mano: Cantidad y calidad. O bien otorgamos cantidad o bien otorgamos calidad. Pero no podemos satisfacer la demanda de la población ni con la infraestructura ni con el factor humano que está trabajando en esta unidad. Entonces, sí es necesario inyectarle mayor cantidad de recursos... el factor humano es elemental para cubrir las necesidades, y le repito nuevamente, vespertinas, nocturnas y de fin de semana en el área de especialidad porque si no, no estamos dando la atención.”
(Encargado de CEAPS, Estado de México)*

La mayoría de directores y jefes de jurisdicción concuerdan en que uno de los problemas que propician esta carencia de atención de calidad es que los médicos, generales o especialistas, no están interesados en trabajar en este tipo de centros.

“...pero si nos está costando trabajo retener al médico especialista en una área urbana, meterlo a una zona que queda por lo menos a 30, 60 minutos de viaje, promedio diario de ida y otro tanto de regreso, no iban a aceptar los especialistas no los aceptan.” (Jefe de Jurisdicción, Guanajuato)

Parte de los factores que influyen para que esto ocurra es la situación geográfica como se menciona, pero en una gran parte de los centros esta carencia de personal se da debido a la inseguridad laboral que ofrece trabajar en estas unidades, ya que la mayoría de los médicos se contratan por periodos cortos, sin contar con prestaciones o con un sueldo que les atraiga.

“...el personal, pues en cierta manera está desamparado, en prestaciones, muchas veces hasta para el servicio médico batallan...” (Directora de Centro, Ciudad Juárez)

Otra de las barreras que propician la carencia de personal es la inseguridad que se experimentó por un largo tiempo en algunos municipios, en donde la violencia provocó que muchos médicos migraran a otras ciudades y se negaran a trabajar en estos centros como consecuencia de los secuestros, los asaltos, las extorsiones, entre otros factores.

“...¡¡la gente se fue!! Hace tiempo pues estuvimos viviendo en un problema de violencia muy fuerte, en donde muchos de los especialistas, pues sabemos que aparte de su consulta general, trabajaban en alguna institución, ¿verdad?, este muchos, de ellos trabajaban en el Seguro Social, o bueno otra institución, lo que hicieron fue pedir su cambio, hubo una crisis muy fuerte de extorsiones en Ciudad Juárez ... lamentablemente muchas muertes de médicos por secuestros y esa situación, entonces si hubo un tiempo muy difícil, para el gremio médico, en el que mucha gente pidió su cambio y se la dieron y lamentablemente no hay tantos egresados de especialistas que quieran venir a Ciudad Juárez...” (Directora, Ciudad Juárez)

La alusión a la falta de personal se observó en la mayoría de centros, pero en algunos de ellos esta carencia se inclina hacia los turnos vespertinos, nocturnos y de fines de semana, ya que como el turno matutino es en donde hay más carga de trabajo, se descuidan un poco las necesidades de los otros horarios.

“... yo pudiera pensar obviamente ¡claro! si hay demanda en la noche en el turno en un tercer turno, claro, porque casi siempre a veces las urgencias son en las noches ¿verdad?, pero mayormente yo pienso que el flujo siempre va a ser en las mañanas aún más que en las tardes, pero por ejemplo (...) teníamos un turno vespertino doctor, ahí si teníamos dos médicos, dos en la mañana y dos en la tarde y si era muy beneficioso, porque había gente que salía a trabajar en la mañana y definitivamente no podía ir. Y hay que padre que en la tarde hay. Aquí yo le soy honesta, vienen y me preguntan “¿Y por qué en Sábado no abren?” “¿Y

por qué en la tarde no tienen servicio?” pues es algo que ya se nos sale de las manos, no está bajo nuestro control.” (Directora CESSA, Ciudad Juárez)

El problema se extiende más allá de la carencia de médicos en algunos centros, se reporta incluso falta de personal administrativo y de otro personal de salud, como trabajadoras sociales, nutriólogos y odontólogos, por mencionar algunos.

“...no tenemos personal administrativo, porque no está contemplado en el CISAM y trabajadora social por lo que usted guste no se cuenta, ni apoyo administrativo, entonces las dos enfermeras que están ahí ellas abren expediente, hacen el estudio, hacen la somatometría, apoyan al médico y la verdad trabajan en equipo y a verdad hacen más de lo que les corresponde y pues son parte ya de sus actividades.” (Jefe de Jurisdicción, Guanajuato)

Finalmente, dentro de las problemáticas detectadas que dificultan satisfacer la demanda es que se cuenta con pocas unidades de este tipo, provocando que los usuarios acudan a las que cuentan con mayor equipamiento o bien ofrecen una mayor gama de servicios.

“...que hay muy pocas unidades de este tipo y que de repente se nos carga un poquito el trabajo con pacientitos de otras unidades u otros centros de salud que no están, que tendrían que resolverlo allá, que dicen (...) tiene laboratorio, esta completo y tiene mater a la mano, dentista, vámonos para allá. Y es donde se nos carga un poco más y de por sí es una comunidad muy amplia la que estamos manejando, y todavía nos ponemos el paquete de tratar uno que otro paciente foráneo.” (Directora de centro de salud, Nayarit)

Independientemente de las razones, la mayoría de los directores y jefes de jurisdicción coinciden en que “se les queda a deber” a los usuarios en lo que respecta a la oferta de los servicios, siendo más preocupante, como se mencionó antes, que se sacrifica la calidad por darle atención a la mayor cantidad de gente posible.

Es así como se llega a la conclusión de que una de las modificaciones necesarias para que estos modelos funcionen, es disponer de la plantilla de personal calificado suficiente para

atender las necesidades de la población, ya que de no ser así, aunque se cuente con la infraestructura y la tecnología, la atención será imposible de ofrecerse.

Áreas y servicios

Con el objetivo de otorgar a las Entidades Federativas una herramienta para la toma de decisiones en los procesos de planeación de infraestructura, se elaboró el Modelo de Unidades Médicas, Modelo Integrador de atención a la salud (MIDAS). Una guía para la definición de proyectos y ante proyectos arquitectónicos de nueva infraestructura o de adecuaciones y ampliaciones a la ya establecida. En este modelo se incluye a los CAAPS y los CESSA como parte del conjunto de unidades para ofrecer servicios en el primer nivel de atención con un mayor número de servicios que les permitan tener mayor capacidad resolutive de atención.

Cuadro 4.1. Cartera de Servicios de los CAAPS

Consulta Externa y Especialidades	Medicina Alternativa
<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio de medicina familiar • Epidemiología • Consultorio de estomatología • Consultorio de inmunizaciones • Consultorio de salud mental • Consultorio de ginecología • Consultorio de pediatría 	<ul style="list-style-type: none"> • Homeopatía • Acupuntura • Quiropráctica • Luminoterapia • Magnetos • Mesoterapia
Servicio de Especialidades	Área de Gobierno
<ul style="list-style-type: none"> • Módulo Mater (vigilancia de embarazo de alto riesgo). • Ultrasonido • Mastografía • Laboratorio clínico • Detección y control de riesgo • Radiodiagnóstico • Rayos X, estudios simples 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección • Administración
	Área de Apoyo

Fuente: SS. Modelo de unidades médicas. Modelo Integrador de Atención a la Salud. México, 2005.

El modelo propone que este tipo de Centros deberán contar con una infraestructura que incluye consultorios para consulta externa y de especialidades, además prevé la disponibilidad de servicios auxiliares y de diagnóstico, y en los servicios de apoyo, plantea contar además con telemedicina y servicios de transfusión. Y, en el caso, de los

CAAPS, además se consideró dentro de la cartera de servicios, la medicina alternativa (Cuadro 4.1).

Objetivo

La atención primaria representa el primer contacto con los individuos establecido por el sistema de salud por lo que es necesario conocer la capacidad de respuesta de los centros de atención primaria y en este caso de los de servicios ampliados. Dado que se estableció un esquema bien delimitado para este tipo de Centros, este apartado tuvo como objetivo identificar si estas unidades médicas cuentan con las áreas y servicios previstos que les permitan otorgar la cartera de servicios para la que fueron creados.

Metodología

En virtud de que cada área tiene características diferentes entre sí, para el diseño del instrumento se revisó la NOM-178-SSA1-1998, y el MIDAS como fuentes de información para elaborar la lista de cotejo. Con base en ambos documentos, las áreas y servicios incluidos en el instrumento incluyeron los siguientes rubros:

- Consulta externa
- Urgencias
- Medicina preventiva
- Nutrición
- Psicología/Salud mental
- Estomatología
- Gineco-obstetricia
- Quirófano/sala de expulsión
- Central de equipos y esterilización (CEYE)
- Laboratorio
- Rayos X
- Mastografía
- Ultrasonido
- Telemedicina
- Farmacia
- Archivo
- Caja
- Dirección
- Sanitarios para pacientes

El procedimiento para la obtención de la información estuvo a cargo de un encuestador capacitado, que mediante inspección visual y preguntas directas al responsable o encargado del área verificaba la lista de cotejo.

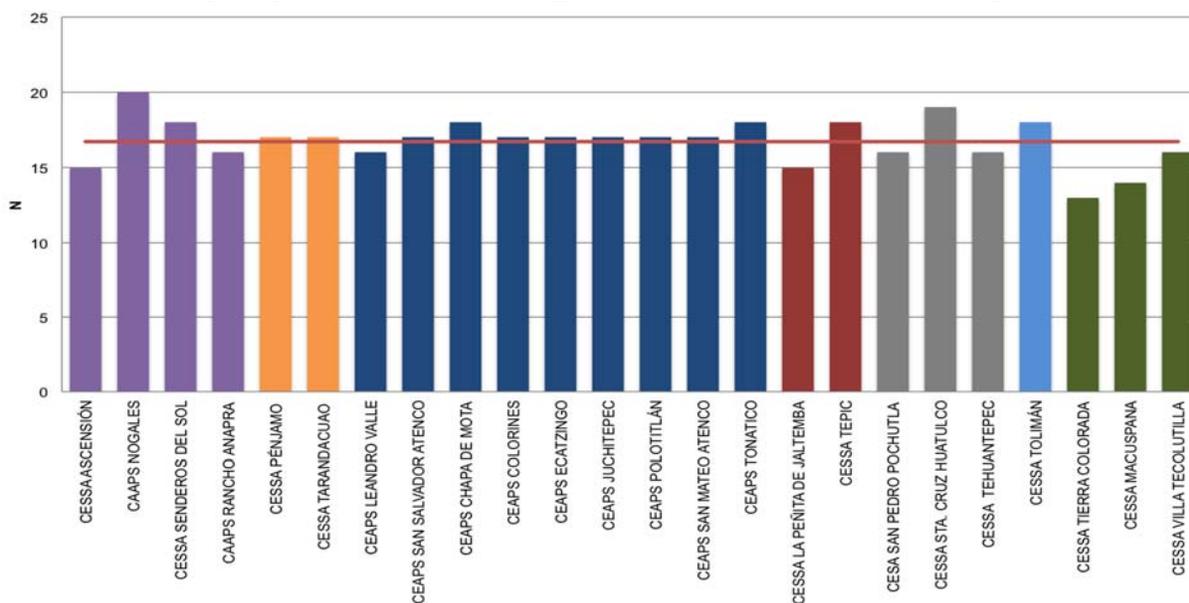
La evaluación se realizó en las siete entidades federativas seleccionadas: Chihuahua, Guanajuato, México, Nayarit, Oaxaca, Querétaro y Tabasco. Originalmente el Estudio contemplaba la evaluación de 25 unidades médicas. Sin embargo, no fue posible la verificación en el CESSA de Ocuilzapotlán en Tabasco por razones ajenas al grupo de investigación.

Resultados

La primera sección de la lista de cotejo de las áreas evaluadas verificó la existencia y el funcionamiento de las áreas establecidas en el MIDAS. El funcionamiento se evaluó con una escala politómica de tres valores: totalmente, parcialmente y no funciona.

La Gráfica 4.1 muestra el número de las áreas y servicios encontrados en cada centro. Se observó que los CAAPS Nogales, CESSA Sta. Cruz Huatulco y CESSA Tolimán cuentan con un el mayor número de áreas y servicios. En cambio, los tres centros de Tabasco son los que presentan la menor cantidad de ambos aspectos.³⁶ No obstante

Gráfica 4.1. Existencia de áreas por Centros.
La línea roja representa la media general del número de áreas y servicios.



³⁶En el CESSA de Tierra Colorada el personal directivo señaló que previo a convertirse en CESSA fueron CAAPS y con la transformación perdieron servicios, entre ellos, el laboratorio.

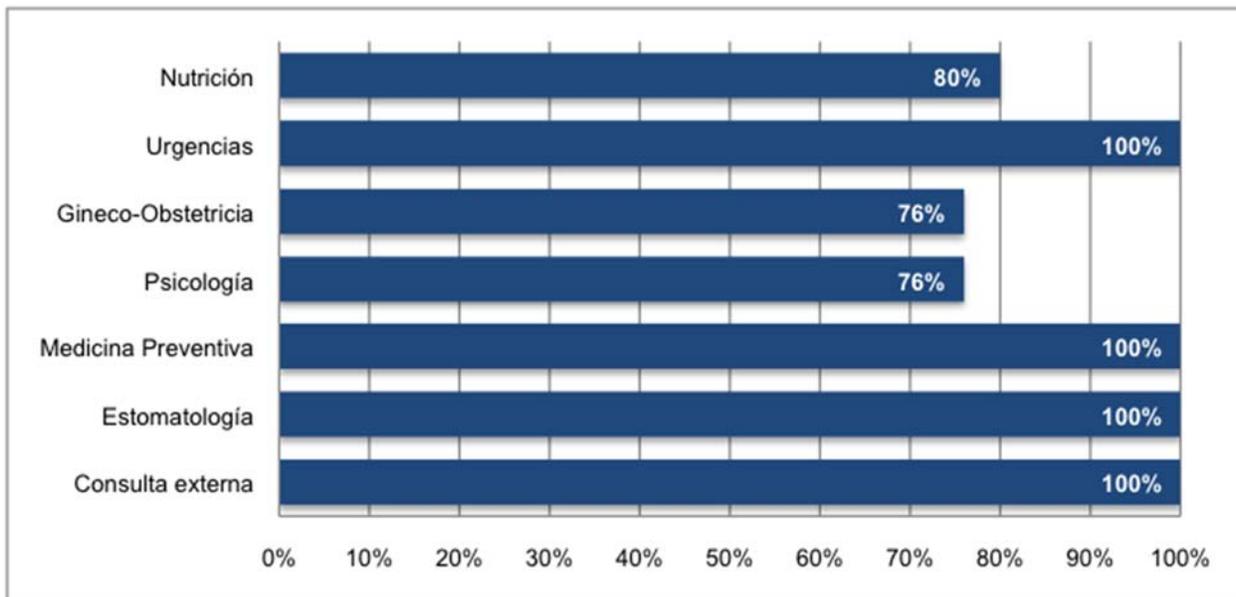
Área de consulta externa y especialidades

En el apartado particular de la consulta externa y especialidades se evaluaron las áreas de:

- Consulta Externa
- Estomatología
- Medicina Preventiva
- Psicología
- Ginecología y Obstetricia
- Urgencias
- Nutrición

Todos los centros contaban con los servicios de consulta externa, urgencias, medicina preventiva y estomatología. En cambio, el servicio de gineco-obstetricia estuvo presente en apenas cuatro de las unidades (Gráfico 4.2). Esto llama la atención porque son centros concebidos para ofrecer este servicio.

Gráfica 4.2. Porcentaje general de existencia del área de consulta externa y especialidades



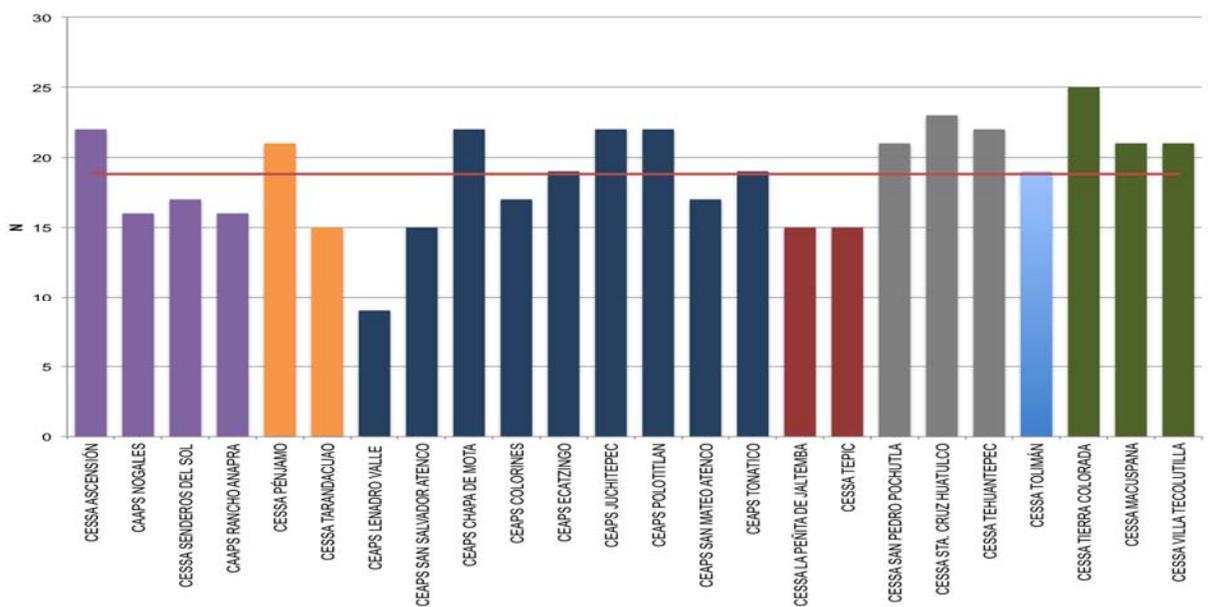
Servicio de Consulta Externa

La lista de cotejo para el área de consulta externa incluyó 29 artículos, 14 se referían a características físicas y mobiliario y 15 a equipo e instrumental (Gráfico 4.3).

Los 24 centros de Salud evaluados cuentan con consulta externa. En 21 funciona adecuadamente y en 3 parcialmente: CESSA La Peñita de Jaltemba, Nayarit; CEAPS Leandro Valle, México, y el CESSA Tehuantepec, Oaxaca.

Existe un promedio de 4.5 consultorios por Centro, de los cuales el 96% cuentan con un área de exploración y entrevista además de contar con el mobiliario adecuado para el otorgamiento de la consulta (escritorio, sillas para el paciente y el acompañante, cama de exploración). Poco más del 85% tienen asientos tanto para pacientes como para acompañante. El 100% de los consultorios cuentan con lavabo, el 91% cuenta con banqueta de altura y mesa de exploración con pierneras, y el 12.5% cuenta con un botiquín de urgencias (Gráfica 4.3).

Gráfica 4.3. Existencia de equipo, mobiliario, material e instrumental del consultorio de medicina general por centros.
La línea roja indica la media general de los ítems cotejados.



El 45% de los centros que no cuentan con instrumental estéril en el área de consulta general lo solicitan en enfermería y el 35% a urgencias.

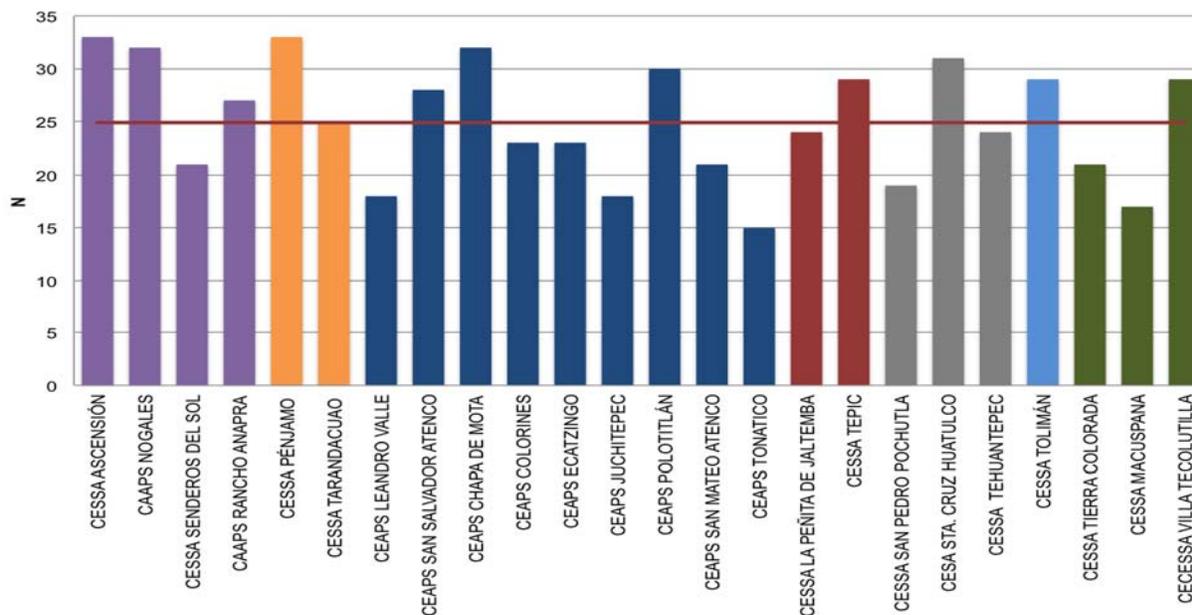
Servicio de urgencias y curaciones

El 100% de los centros cuenta con un área de urgencias/curaciones, pero cuando se revisó el funcionamiento, sólo el 50% funcionaba totalmente. La lista de cotejo del equipo y material evaluados incluyó 35 indicadores (Anexo 1).

Los centros mejor equipados fueron el CESSA Pénjamo, en Guanajuato y el CESSA Ascensión, en Chihuahua. Ambos contaban con el 94% de la totalidad del material, equipo, mobiliario e instrumental evaluado, seguidos por el CAAPS Nogales en Chihuahua y el CEAPS Chapa de Mota, México (Gráfica 4.4). Es importante mencionar que solo el 37.5% de los centros contaban con electrocardiógrafo, el 25% con monitores y el 21% con collarín cervical.

Gráfica 4.4. Existencia general del equipo, mobiliario, material e instrumental en el área de urgencias por Centro.

La línea roja indica la media general de los ítems cotejados



Servicio de Medicina Preventiva

La atención primaria a la salud está basada en la prevención, es por esto que los núcleos básicos de salud deben de contar con esta área funcionando adecuadamente para cumplir las metas de prevención establecidas. Se evaluó la existencia del servicio

de Medicina Preventiva y el grado de funcionamiento de éste. En el 100% de los centros evaluados existe este servicio. En 22 de ellos (92%) funcionaba adecuadamente. Los Centros con funcionamiento parcial de ésta área corresponden al Estado de Tabasco.

Servicio de Nutrición

La Cuadro 4.2 resume la situación del servicios de nutrición en los centros evaluados. En 19 de ellos se contó con el servicio, de los cuales 12 funcionaban totalmente, seis parcialmente y uno no funcionaba.

Cuadro 4.2 Funcionamiento y existencia del servicio de nutrición y psicología/ salud mental.

ÁREA		PSICOLOGÍA/SALUD MENTAL		NUTRICIÓN	
Estado	Centro	Existencia	Funcionamiento	Existencia	Funcionamiento
Chihuahua	CAAPS Nogales	Si	Totalmente	No	
	CAAPS Rancho Anapra	Si	Totalmente	Si	Parcialmente
	CESSA Ascensión	No		Si	Totalmente
	CESSA Senderos del Sol	Si	Totalmente	Si	Totalmente
Guanajuato	CESSA Pénjamo	Si	Totalmente	No	
	CESSA Tarandacua	Si	Totalmente	Si	Parcialmente
México	CEAPS Chapa de Mota	Si	Parcialmente	Si	Totalmente
	CEAPS Colorines	Si	Parcialmente	Si	Totalmente
	CEAPS Ecatzingo	No		No	
	CEAPS Ignacio López Rayón	No		Si	Parcialmente
	CEAPS Leandro Valle	No		Si	Parcialmente
	CEAPS Mariano Matamoros	Si	Totalmente	Si	
	CEAPS Polotitlán	Si	Parcialmente	Si	Totalmente
	CEAPS San Mateo Atenco	Si	Totalmente	Si	Parcialmente
	CEAPS San Salvador Atenco	Si	Totalmente	Si	Totalmente
	Nayarit	CESSA Juan Escutia	Si	Totalmente	No
CESSA La Peñita de Jaltemba		No		Si	Totalmente
Oaxaca	CESSA Santa Cruz Huatulco	Si	Totalmente	No	
	CESSA San Pedro Pochutla	No		Si	Totalmente
	CESSA Tehuantepec	Si	Totalmente	Si	Totalmente
Querétaro	CESSA Tolimán	Si	Parcialmente	Si	Totalmente
Tabasco	CESSA Macuspana	Si	Totalmente	Si	Totalmente
	CESSA Tierra Colorada	Si	Totalmente	Si	Totalmente
	CESSA Villa Tecolutilla	Si	Totalmente	Si	Parcialmente

Servicio de Psicología/salud mental

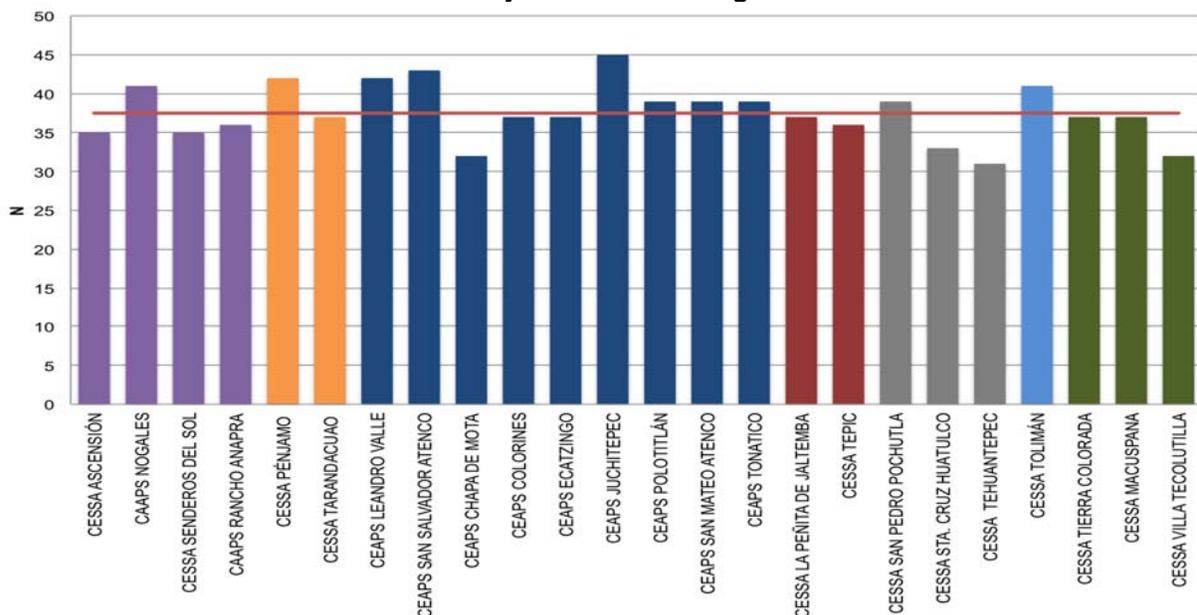
El servicio de psicología está presente en 18 de los Centros evaluados, y de estos 14 funcionaba totalmente y en los 4 restantes de forma parcial, es decir, que el servicio se ofrece solamente en un turno, principalmente el matutino. En la mayoría de los Centros en los que no existía el servicio, se dispone del espacio físico para prestarlo, pero no se cuenta con el psicólogo. El Cuadro 4.2. muestra la situación por estado y por unidad médica.

Servicio de Estomatología

Los 24 centros disponían del área de Estomatología. Funcionaban en su totalidad 22 y dos parcialmente. En los Estados de Chihuahua, Nayarit, Querétaro, Tabasco y Oaxaca el servicio funcionaba en su totalidad. La lista de cotejo incluyó 48 artículos entre instrumental y mobiliario. El promedio general de existencia fue de 37.5 artículos. En el Gráfico 4.5 se puede apreciar que los Centros de Chihuahua y Tabasco fueron los que contaron con los promedios más bajos de existencia. La espátula para preparar alginato o yeso y grapas de aislado fueron los elementos con menor disponibilidad.

Gráfica 4.5 Existencia de material, equipo, mobiliario e instrumental del área de estomatología.

La línea roja indica la media general



Servicio de Gineco-Obstetricia/ quirófano /sala de expulsión

Diecinueve de los centros de salud encuestados contaban con el servicio de gineco-obstetricia. De ellos, 10 funcionaban totalmente y cuatro parcialmente. En los cinco restantes el servicio no funcionaba a pesar de disponer del área respectiva: los CEAPS Ecatzingo, Chapa de Mota e Ignacio López Rayón (Juchitepec) en el Estado de México, el CESSA Senderos del Sol en Cd. Juárez y el CESSA Tehuantepec en Oaxaca. Este indicador es particularmente relevante dado que una de las características básicas con las que fueron concebidos los centros con servicios ampliados fue la oferta de atención de partos no complicados con el propósito de reducir la demanda de servicios en el segundo nivel de atención. Como se aprecia en el Cuadro 4.3, menos del 50% de los centros prestan el servicio en su totalidad, de manera que globalmente este propósito no se consigue. De hecho, en varios centros ha ocurrido un efecto paradójico, ya que los centros ampliados cubren el objetivo de identificar a las mujeres embarazadas en sus respectivas áreas de influencia, pero al no disponer de la capacidad física o humana para atender los partos, el número de referencias a las unidades de segundo nivel se ha incrementado.

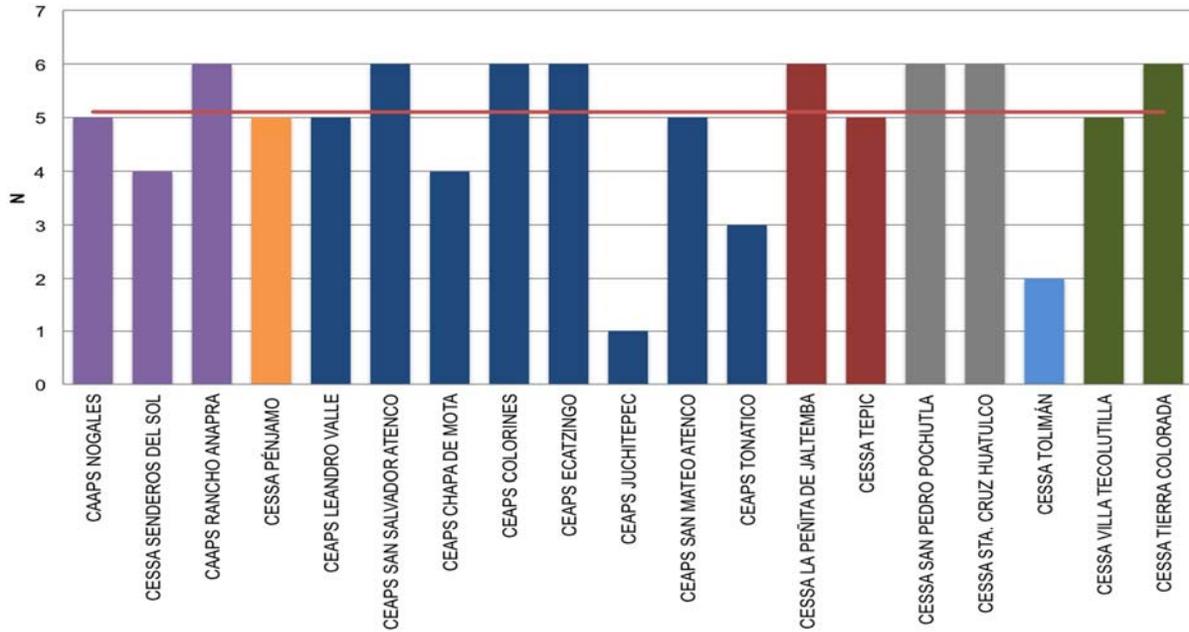
Por otro lado, al haber servicio de ginecología es necesario que exista el área de quirófano y sala de expulsión. De los 24 Centros de Salud, 20 cuentan con quirófano/sala de expulsión. De ellos 13 funcionan totalmente, 5 parcialmente y 2 no funcionan. Es importante mencionar que el CESSA Tolimán cuenta con equipo para realizar cirugías laparoscópicas. Los gráficos 4.6 y 4.7 muestran los números de material y mobiliario existente en ambas áreas. Para ginecología, la lista de cotejo de mobiliario e instrumental incluyó seis artículos, mientras que para la sala de expulsión se consideraron 41 elementos, diez de mobiliario y 31 de instrumental. Tomando en cuenta ambos indicadores, se aprecia que los CESSAS de Oaxaca en donde existen y funcionan ambas áreas, son los mejor equipados. Mientras que existen una notable variabilidad entre los CEAPS del Estado de México.

Cuadro 4.3. Funcionamiento y existencia de los servicios de Gineco-Obstetricia, Quirófano/ sala de expulsión.

ÁREA		GINECO-OBSTETRICIA		QUIRÓFANO/SALA DE EXPULSIÓN	
Estado	Centro	Existencia	Funcionamiento	Existencia	Funcionamiento
Chihuahua	CAAPS Nogales	Si	Totalmente	Si	Parcialmente
	CAAPS Rancho Anapra	Si	Parcialmente	Si	Totalmente
	CESSA Ascensión	No		Si	Totalmente
	CESSA Senderos del Sol	Si	No funciona	Si	No funcionan
Guanajuato	CESSA Pénjamo	Si	Totalmente	Si	Totalmente
	CESSA Tarandacua	No		Si	Totalmente
México	CEAPS Chapa de Mota	Si	No funciona	Si	Totalmente
	CEAPS Colorines	Si	Totalmente	Si	Totalmente
	CEAPS Ecatzingo	Si	No funciona	Si	No funcionan
	CEAPS Ignacio López Rayón	Si	No funciona	Si	Parcialmente
	CEAPS Leandro Valle	Si	Parcialmente	Si	Parcialmente
	CEAPS Mariano Matamoros	Si	Parcialmente	Si	Parcialmente
	CEAPS Polotitlán	No		Si	Totalmente
	CEAPS San Mateo Atenco	Si	Totalmente	Si	Totalmente
	CEAPS San Salvador Atenco	Si	Totalmente	Si	Totalmente
Nayarit	CESSA Juan Escutia	Si	Parcialmente	No	
	CESSA La Peñita de Jaltemba	Si	Totalmente	No	
Oaxaca	CESSA Sta. Cruz Huatulco	Si	Totalmente	Si	Totalmente
	CESSA San Pedro Pochutla	Si	Totalmente	Si	Totalmente
	CESSA Tehuantepec	Si	No funciona	Si	Totalmente
Querétaro	CESSA Tolimán	Si	Totalmente	Si	Parcialmente
Tabasco	CESSA Macuspana	No		No	
	CESSA Tierra Colorada	No		No	
	CESSA Villa Tecolutilla	Si	Totalmente	Si	Totalmente

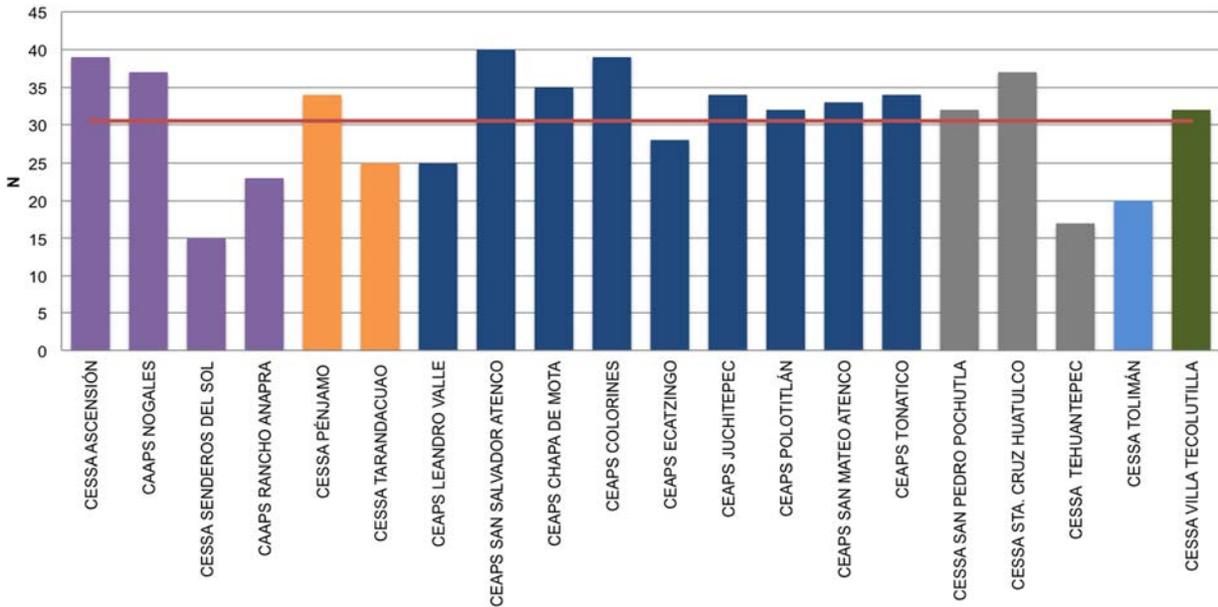
Gráfica 4.6 Existencia de mobiliario y material de gineco-obstetricia en los consultorios.

La línea roja indica la media general de los elementos cotejados.



Gráfica 4.7 Existencia de mobiliario, equipo, material e instrumental de Quirófano/sala de expulsión

La línea roja indica la media general de los elementos cotejados.



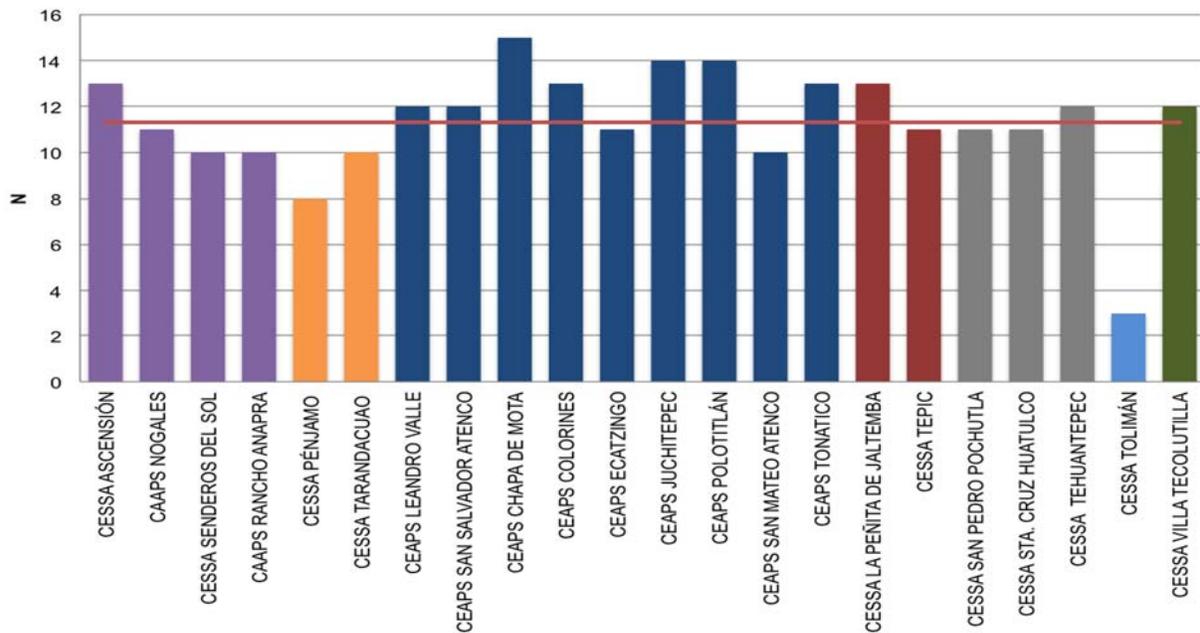
Recuperación/hospitalización

Veintidós de los 24 centros encuestados tienen área de recuperación y hospitalización. De ellos 16 funcionaban adecuadamente, cuatro parcialmente y dos no funcionaban. Los centros donde no se encontró funcionando el área de Hospitalización son el CEAPS Ecatzingo y el CESSA Tolimán (Cuadro 4.4). En total se cotejaron 15 elementos entre mobiliario, instrumental y áreas (Gráfica 4.8). El 100% de los centros tenían mesa de expulsión, el 59% contaba con un estuche de diagnóstico en el área, las sondas nelaton y la lámpara de baterías fueron los artículos con el menor porcentaje de existencia en los centros.

Cuadro 4.4. Funcionamiento y existencia del área de recuperación/hospitalización.

Estado	Centro	Existencia	Funcionamiento
Chihuahua	CAAPS Nogales	Si	Totalmente
	CAAPS Rancho Anapra	Si	Totalmente
	CESSA Ascensión	Si	Totalmente
Guanajuato	CESSA Pénjamo	Si	Totalmente
	CESSA Tarandacua	Si	Totalmente
	CESSA Senderos del Sol	Si	Parcialmente
México	CEAPS Chapa de Mota	Si	Totalmente
	CEAPS Colorines	Si	Totalmente
	CEAPS Ecatzingo	Si	No funciona
	CEAPS Ignacio López Rayón	Si	Parcialmente
	CEAPS Leandro Valle	Si	Totalmente
	CEAPS Mariano Matamoros	Si	Parcialmente
	CEAPS Polotitlán	Si	Totalmente
	CEAPS San Mateo Atenco	Si	Totalmente
	CEAPS San Salvador Atenco	Si	Totalmente
Nayarit	CESSA Juan Escutia	Si	Totalmente
	CESSA La Peñita de Jaltemba	Si	Totalmente
Oaxaca	CESSA Sta. Cruz Huatulco	Si	Totalmente
	CESSA San Pedro Pochutla	Si	Totalmente
	CESSA Tehuantepec	Si	Totalmente
Querétaro	CESSA Tolimán	Si	No funciona
Tabasco	CESSA Macuspana	No	
	CESSA Tierra Colorada	No	
	CESSA Villa Tecolutilla	Si	Parcialmente

Gráfica 4.8 Existencia de material, equipo, mobiliario e instrumental del área de recuperación/hospitalización. La línea roja indica la media general de los elementos cotejados.



Central de Equipos y Esterilización (CEYE)

El área de CEYE es la encargada de la distribución del equipo material e instrumental de manera oportuna para que los servicios médico-quirúrgicos sean proporcionados para el logro de sus actividades. La CEYE es básica para el buen funcionamiento de un centro de servicios ampliados, ya que estos deben de contar con el servicio de ginecología. De los centros evaluados 21 centros contaban con área de CEYE. De los cuales, en 17 funcionaban adecuadamente y cuatro parcialmente (Cuadro 4.5).

Cuadro 4.5. Existencia y funcionamiento del CEYE

Estado	Centro	Existencia	Funcionamiento
Chihuahua	CAAPS Nogales	Si	Totalmente
	CAAPS Rancho Anapra	No	
	CESSA Ascensión	Si	Totalmente
	CESSA Senderos del Sol	Si	Totalmente
Guanajuato	CESSA Pénjamo	Si	Totalmente
	CESSA Tarandacua	Si	Totalmente
México	CEAPS Chapa de Mota	Si	Parcialmente
	CEAPS Colorines	Si	Totalmente
	CEAPS Ecatzingo	Si	Parcialmente
	CEAPS Ignacio López Rayón	Si	Parcialmente
	CEAPS Leandro Valle	Si	Totalmente
	CEAPS Mariano Matamoros	Si	Totalmente
	CEAPS Polotitlán	Si	Parcialmente
	CEAPS San Mateo Atenco	Si	Totalmente
	CEAPS San Salvador Atenco	Si	Totalmente
	Nayarit	CESSA Juan Escutia	Si
CESSA La Peñita de Jaltemba		No	
Oaxaca	CESSA Sta. Cruz Huatulco	Si	Totalmente
	CESSA San Pedro Pochutla	Si	Totalmente
	CESSA Tehuantepec	No	
Querétaro	CESSA Tolimán	Si	Totalmente
Tabasco	CESSA Macuspana	Si	Totalmente
	CESSA Tierra Colorada	Si	Totalmente
	CESSA Villa Tecolutilla	Si	Totalmente

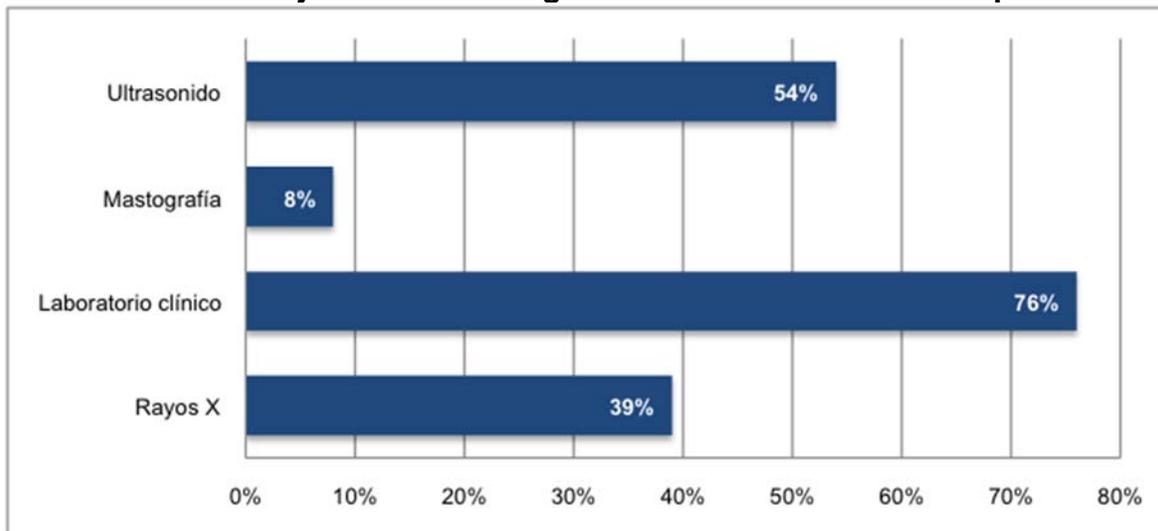
Servicio de Especialidades

En el área de servicios de especialidades se evaluaron los siguientes servicios:

- Servicio de Laboratorio Clínico.
- Servicio de Ultrasonido.
- Rayos X.
- Mastografía.

El servicio encontrado con más frecuencia fue el laboratorio clínico, mientras que el menos frecuente fue el de mastografía (Gráfico 4.9.).

Gráfica 4.9 Porcentaje de existencia general de los servicios de especialidades



Área de Laboratorio

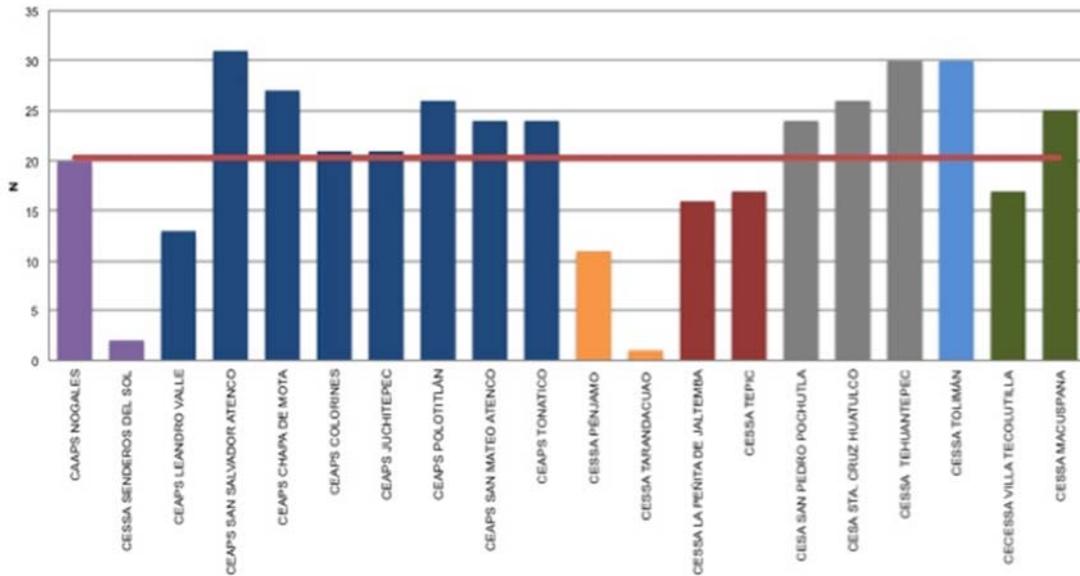
De los 24 centros evaluados, el servicio existía en 21. En 16 (76%) funcionaba en su totalidad, en tres de forma parcial y en dos no funcionaba, a pesar de existir el área: CESSA Senderos del Sol y CEAPS Ecatzingo. (Cuadro 4.6).

Se registró la existencia de 38 artículos entre mobiliario y equipo. Se observó una gran variabilidad en el equipamiento de los laboratorios (Gráfico 4.10). Algunos funcionan de forma muy precaria y ofrecen servicios muy limitados. Como en otros rubros, esto es incongruente con el espíritu con el que fueron concebidos estos centros. El laboratorio debería ser un servicio de apoyo para incrementar la capacidad resolutive de los centros. En donde funciona mejor, el servicio es altamente valorado por los médicos. No obstante, aún en estos casos el servicio no ofrece algunos de los análisis que forman parte del manejo recomendado por las guías de práctica clínica. Por ejemplo, en el caso de la diabetes mellitus se recomienda la medición trimestral de hemoglobina glicosilada, pero los reactivos necesarios no están disponibles, de modo que no es posible verificar el control metabólico de mediano plazo en estos pacientes.

Cuadro 4.6. Existencia y funcionamiento del servicio de laboratorio.

Estado	Centro	Existencia	Funcionamiento
Chihuahua	CAAPS Nogales	Si	Totalmente
	CAAPS Rancho Anapra	No	
	CESSA Ascensión	No	
	CESSA Senderos del Sol	Si	No funciona
Guanajuato	CESSA Pénjamo	Si	Totalmente
	CESSA Tarandacua	Si	Parcialmente
México	CEAPS Chapa de Mota	Si	Totalmente
	CEAPS Colorines	Si	Totalmente
	CEAPS Ecatzingo	Si	No funciona
	CEAPS Ignacio López Rayón	Si	Totalmente
	CEAPS Leandro Valle	Si	Parcialmente
	CEAPS Mariano Matamoros	Si	Totalmente
	CEAPS Polotitlán	Si	Totalmente
	CEAPS San Mateo Atenco	Si	Totalmente
	CEAPS San Salvador Atenco	Si	Totalmente
Nayarit	CESSA Juan Escutia	Si	Totalmente
	CESSA La Peñita de Jaltemba	Si	Parcialmente
Oaxaca	CESSA Sta. Cruz Huatulco	Si	Totalmente
	CESSA San Pedro Pochutla	Si	Totalmente
Oaxaca	CESSA Tehuantepec	Si	Totalmente
Querétaro	CESSA Tolimán	Si	Totalmente
Tabasco	CESSA Macuspana	Si	Totalmente
	CESSA Tierra Colorada	No	
	CESSA Villa Tecolutilla	Si	Totalmente

Gráfica 4.10 Existencia de equipo, material, e instrumental del servicio de laboratorio. La línea roja indica la media general de los elementos cotejados.



Área de Rayos X

Solamente nueve centros contaban con el servicio de Rayos X. De los cuales 6 funcionan totalmente y 3 no (CESSA Juan Escutia en Tepic, CESSA Senderos del Sol en Cd. Juárez y CESSA Sta. Cruz Huatulco en Oaxaca) (Cuadro 4.7). En esta área se consideraron 20 artículos ente mobiliario y equipo. El centro mejor equipado fue el CESSA Tolimán en Querétaro. El sistema para marcar placas, tanque de revelado manual, guantes de protección de plomo son los artículos con menor porcentaje de existencia. Ninguno de los centros en el Estado de México ni en Tabasco contaban con este servicio (Gráfica 4.11).

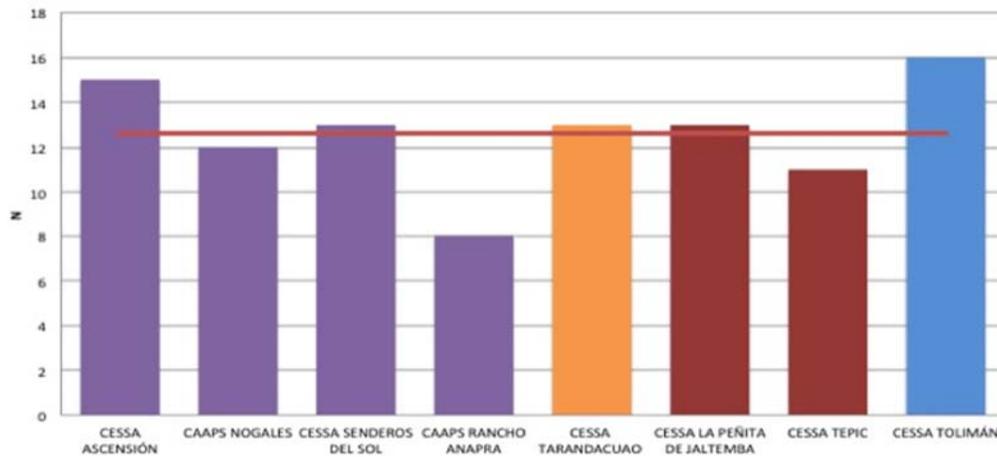
Como en el caso del laboratorio, la disponibilidad del servicio de imagenología tiene un efecto sobre la oportunidad y efectividad de la atención. Cuando está disponible, la oportunidad diagnóstica se incrementa sensiblemente. El grado de subutilización de las áreas es digna de llamar la atención. Con casos en los que se dispone del área y el equipo, pero no se cuenta con el personal o, por el contrario, el recurso humano está

presente pero el equipo está inutilizado por falta de mantenimiento o francamente no existe.

Cuadro 4.7. Funcionamiento y existencia del servicio de rayos X

Estado	Centro	Existencia	Funcionamiento
Chihuahua	CAAPS Nogales	Si	Totalmente
	CAAPS Rancho Anapra	Si	Totalmente
	CESSA Ascensión	Si	Totalmente
	CESSA Senderos del Sol	Si	No funciona
Guanajuato	CESSA Pénjamo	No	
	CESSA Tarandacuao	Si	Totalmente
México	CEAPS Chapa de Mota	No	
	CEAPS Colorines	No	
	CEAPS Ecatzingo	No	
	CEAPS Ignacio López Rayón	No	
	CEAPS Leandro Valle	No	
	CEAPS Mariano Matamoros	No	
	CEAPS Polotitlán	No	
	CEAPS San Mateo Atenco	No	
	CEAPS San Salvador Atenco	No	
Nayarit	CESSA Tepic	Si	No funciona
	CESSA La Peñita de Jaltemba	Si	Totalmente
Oaxaca	CESSA Sta. Cruz Huatulco	Si	No funciona
	CESSA San Pedro Pochutla	No	
	CESSA Tehuantepec	No	
Querétaro	CESSA Tolimán	Si	Totalmente
Tabasco	CESSA Macuspana	No	
	CESSA Tierra Colorada	No	
	CESSA Villa Tecolutilla	No	

Gráfica 4.11 Existencia de mobiliario, material y equipo del área de rayos X por centros. La línea roja indica la media general de los ítems cotejados.



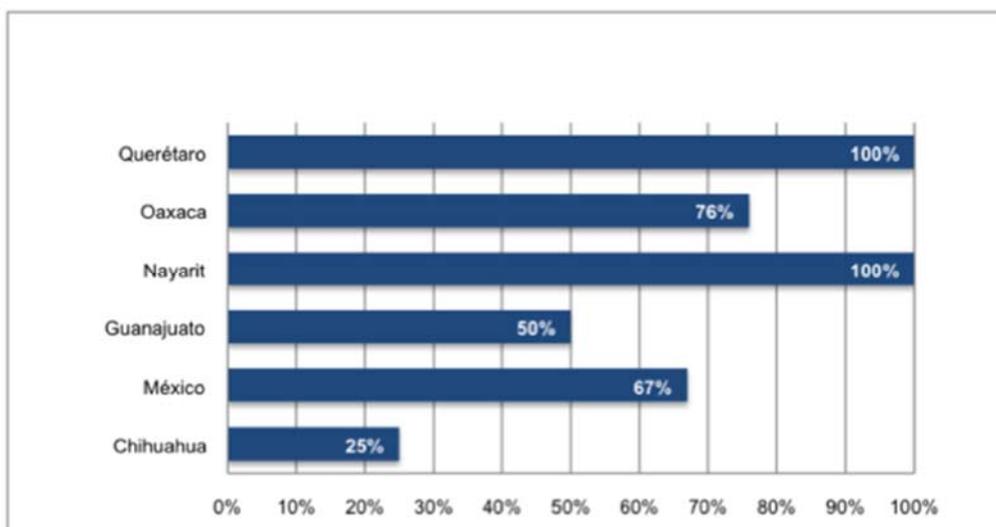
Mastógrafo

El servicio de mastografía sólo se encontró en 2 centros: CESSA Tolimán en donde se encontraban en capacitación para ponerlo en funcionamiento y en el CAAPS Nogales.

Ultrasonido

El 54.2% de los 24 centros evaluados tenían equipo de ultrasonido, de los cuales el 61.5% funciona totalmente, el 15.4% parcialmente y el 23.1% no funcionaba.

Gráfica 4.12 Porcentaje de existencia general del servicio de ultrasonido.



Cuadro 4.8. Existencia y funcionamiento del servicio de Ultrasonido.

Estado	Centro	Existencia	Funcionamiento
Chihuahua	CESSA Ascención	No	
	CAAPS Nogales	Si	Totalmente
	CESSA Senderos del Sol	No	
	CAAPS Rancho Anapra	No	
Guanajuato	CESSA Pénjamo	Si	Totalmente
	CESSA Tarandacuaao	No	
México	CEAPS Chapa de Mota	Si	Totalmente
	CEAPS Colorines	No	
	CEAPS Ecatzingo	Si	No funciona
	CEAPS Ignacio López Rayón	Si	No funciona
	CEAPS Leandro Valle	No	
	CEAPS Mariano Matamoros	Si	Parcialmente
	CEAPS Polotitlán	Si	Parcialmente
	CEAPS San Mateo Atenco	No	
CEAPS San Salvador Atenco	Si	Totalmente	
Nayarit	CESSA La Peñita de Jaltemba	Si	Totalmente
	CESSA Juan Escutia	Si	Totalmente

Estado	Centro	Existencia	Funcionamiento
Oaxaca	CESSA San Pedro Pochutla	Si	Totalmente
	CESSA Sta. Cruz Huatulco	Si	No funciona
	CESSA Tehuantepec	No	
Querétaro	CESSA Tolimán	Si	Totalmente
Tabasco	CESSA Macuspana	No	
	CESSA Tierra Colorada	No	
	CESSA Villa Tecolutilla	No	

Área de Gobierno

Dirección

El 100% de los centros evaluados cuentan con un área para la dirección, y en el 87.5% de ellos este espacio se dedica para esta función. En el CEAPS de Colorines en el municipio de Valle de Bravo en el Estado de México, esta área fue habilitada como consultorio por la demanda de consulta, en el Centro La Peñita de Jaltemba no funcionaba porque no tenían director y en el CESSA Senderos del Sol, el espacio no se utiliza dado que la directora ofrece consulta externa y realiza las funciones administrativas en el consultorio.

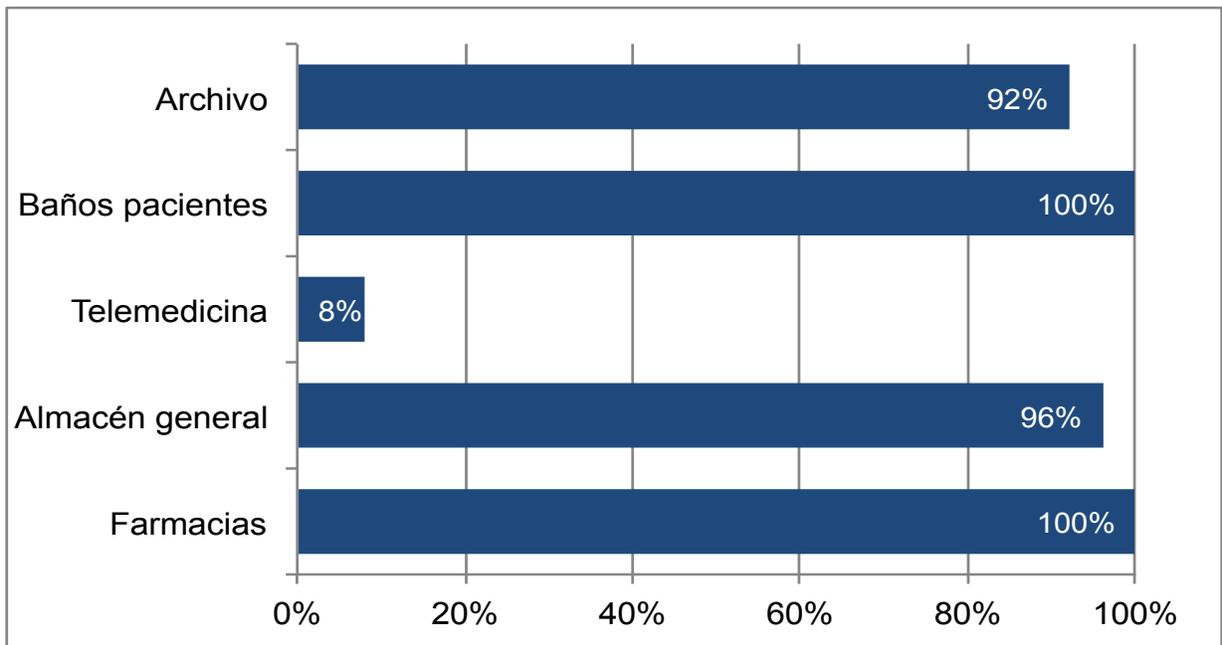
Caja

Los 24 centros evaluados contaron con el área de Caja. De los cuales el 83.3% funciona totalmente, el 12.5% funciona parcialmente y el 4.2% no funciona.

Áreas de apoyo

El panorama general de las áreas de apoyo se muestra en la Gráfico 5.1.

Gráfica 4.13 Porcentaje de existencia general de las áreas de apoyo.



Farmacia

Todos los centros contaban con farmacia funcionando en su totalidad, excepto la del CESSA La Peñita de Jaltemba en Nayarit donde lo hacía parcialmente. En el apartado de abasto de medicamentos se describe de forma detallada la situación de las farmacias.

Almacén

El almacén es el espacio físico establecido para conservar todos los insumos con los que cuenta una unidad médica. En él debe encontrarse todo el material debidamente ordenado, etiquetado y contabilizado a fin de conocer los recursos materiales con los que se cuenta para brindar un servicio de calidad. El inventario permite optimizar la utilización de los recursos y agilizar el reabastecimiento.

Veintitrés de los centros cuentan con un área del almacén general. Sólo el CESSA Tolimán no cuenta con este.

Cuadro 4.9. Funcionamiento y existencia del área de almacén.

Estado	Centro	Existencia	Funcionamiento
Chihuahua	CESSA Ascención	Si	Parcialmente
	CAAPS Nogales	Si	Parcialmente
	CESSA Senderos del Sol	Si	Totalmente
	CAAPS Rancho Anapra	Si	Totalmente
Guanajuato	CESSA Pénjamo	Si	Totalmente
	CESSA Tarandacua	Si	Totalmente
México	CEAPS Chapa de Mota	Si	Parcialmente
	CEAPS Colorines	Si	Totalmente
	CEAPS Ecatzingo	Si	Parcialmente
	CEAPS Ignacio López Rayón	Si	Totalmente
	CEAPS Leandro Valle	Si	Parcialmente
	CEAPS Mariano Matamoros	Si	No funciona
	CEAPS Polotitlán	Si	Totalmente
	CEAPS San Mateo Atenco	Si	Totalmente
Nayarit	CESSA La Peñita de Jaltemba	Si	Totalmente
	CESSA Tepic	Si	Totalmente
Oaxaca	CESSA San Pedro Pochutla	Si	Totalmente
	CESSA Sta. Cruz Huatulco	Si	Parcialmente
	CESSA Tehuantepec	Si	Totalmente
Querétaro	CESSA Tolimán	No	
Tabasco	CESSA Macuspana	Si	Totalmente
	CESSA Tierra Colorada	Si	Totalmente
	CESSA Villa Tecolutilla	Si	Parcialmente

Al explorar las condiciones en que se encontraban estas áreas en los diferentes centros con una lista de cotejo diseñada *ex profeso* e integrada por 25 artículos, se encontró un área de almacén exclusiva en 21 de las unidades evaluadas y de ellas, solo el 48% contaba con señalamientos.

El acceso al personal no se controla en el 30% de las unidades estudiadas, para resguardar el área solo en un Centro existe personal de seguridad, y en 4 no existe ningún tipo de medio de seguridad, en el resto de las unidades las unidades están resguardadas con cerradura (79%, n=19).

Llama la atención que en cinco de los centros no contaban con un inventario, y de ellos tres no contaban con ningún tipo de control de ingreso; esto podría favorecer que cualquier persona tenga acceso a los insumos y pueda hacer mal uso de ellos, además de mermar la capacidad del centro de salud por un eventual desabasto. A este respecto surge la pregunta de cómo se reabastecen estas unidades, o lo hacen independientemente de las necesidades específicas de los servicios. En las unidades que si cuentan con inventario, se encontró que este se realiza de manera electrónica en 10 centros.

En cuanto a las condiciones generales del área donde se almacenan los insumos, en 41% de los casos, el área se observó organizada mientras que en el resto estaba parcialmente o mal organizado (29% para ambos rubros); incluso, ello impidió en algunos Centros hacer un conteo de la existencia de insumos. Once de las unidades no contaban con ningún tipo de ventilación, ni control de temperatura, de ellas, menos de 40% se encontraba libre de humedad, situación que pone en riesgo de deterioro a los empaques que mantienen protegidos a los insumos. En el caso del CESSA de Pénjamo, el almacén es una construcción muy antigua, por lo que el techo se encuentra en malas condiciones. En el CESSA Villa Tecolutilla, el espacio del almacén es muy pequeño y resguardan cajas de soluciones en el cuarto de máquinas, lugar sin dudas, inadecuado para el almacenamiento de este tipo de insumo.

Foto 4.1. Condiciones de los almacenes para resguardo de insumos

CEAPS Leandro Valle, Mex.



CESSA Villa Tecolutilla, Tab.



CESSA Ocuilzapotlán, Tab.



El tiempo de almacenamiento se controla solo en 50% de las unidades estudiadas, lo que también puede repercutir en la calidad de los insumos, si consideramos que entre los materiales que se encuentran en estas áreas, se encuentran aquellos utilizados para curaciones y procedimientos de cirugía ambulatoria, cualquier condición que reduzca la calidad del material (Ej. suturas y antisépticos), se traduce en riesgo para el paciente.

La media de tipos de insumo fue de 16, se encontró que únicamente el CESSA Pénjamo contaba con 24 tipos de insumo, seguido de CESSA Tolimán, CEAPS Chapa de Mota y CESSA Juan Escutia que tenían 96% de ellos. Los dos centros que contaban con menos del 50% de los insumos trazadores fueron los CEAPS Ignacio López Rayón y CESSA La Peñita de Jaltemba (46% y 42% respectivamente). Las jeringas fueron los productos en mayor cantidad, seguidas por las gasas, gel antibacterial y las suturas (Catgut).

En cuanto a la caducidad de los materiales, se encontró vigencia en 96% de los lotes revisados, próximo a caducar³⁷ en 1% y caduco en 3% (n=326), de los productos cuya fecha de caducidad ya había expirado se encontraron el gel para explorar, las jeringas y la sutura nylon, está última llama la atención, debido a que la fuerza tensil de este material de sutura está relacionado con su caducidad, por lo tanto, su uso una vez expirada la fecha de vigencia, puede repercutir en adecuado afrontamiento de los tejidos y la correcta cicatrización.

Archivo

Los Centros CEAPS Mariano Matamoros, CESSA Tolimán, CESSA Senderos del Sol, CESSA Macuspana, CAAPS Rancho Anapra, CESSA Ascensión y CAAPS Nogales cuentan con sistema de expediente electrónico, 14 de los centros tenían personal exclusivo para esta área y en 18 centros había un área exclusiva para archivo. El CESSA Macuspana, CESSA Ascensión, CAAPS Nogales y CESSA San Pedro Pochutla no contaban con un área exclusiva para archivo. El rango de número de

³⁷ Próximo a caducar se consideró una vigencia menor a 30 días.

expedientes con los que cuentan los centros va de 1,126 a 14,046 con una media de 5,858 expedientes.

De los 22 centros que cuentan con archivo el 91% funcionan en su totalidad. Dos Centros no contaban con esta área³⁸

Cuadro 4.10. Funcionamiento y existencia del área de archivo.

Estado	Centro	Existencia	Funcionamiento
Chihuahua	CESSA Ascención	Si	Totalmente
	CAAPS Nogales	Si	Totalmente
	CESSA Senderos del Sol	Si	Totalmente
	CAAPS Rancho Anapra	Si	Totalmente
Guanajuato	CESSA Pénjamo	Si	Totalmente
	CESSA Tarandacua	Si	Totalmente
México	CEAPS Chapa de Mota	Si	Totalmente
	CEAPS Colorines	Si	Totalmente
	CEAPS Ecatzingo	Si	Totalmente
	CEAPS Ignacio López Rayón	Si	Totalmente
	CEAPS Leandro Valle	Si	Totalmente
	CEAPS Mariano Matamoros	Si	Totalmente
	CEAPS Polotitlán	Si	Totalmente
	CEAPS San Mateo Atenco	Si	Totalmente
	CEAPS San Salvador Atenco	Si	Totalmente
Nayarit	CESSA La Peñita de Jaltemba	Si	Totalmente
	CESSA Tepic	Si	Totalmente
Oaxaca	CESSA San Pedro Pochutla	Si	Totalmente
	CESSA Sta. Cruz Huatulco	Si	Totalmente
	CESSA Tehuantepec	Si	Parcialmente
Querétaro	CESSA Tolimán	Si	Totalmente
Tabasco	CESSA Macuspana	Si	Parcialmente
	CESSA Tierra Colorada	No	
	CESSA Villa Tecolutilla	No	

³⁸ En algunos centros cada consultorio lleva un archivo para la población que atiende, mermando el espacio físico del consultorio.

Telemedicina

Contar con el equipo de telemedicina le daba a este tipo de Centros, la oportunidad de incrementar su cobertura. Sin embargo sólo los Centros de Tierra Colorada en Tabasco y de Ascensión en Chihuahua contaban con esta tecnología, la cual se encontraba funcionando adecuadamente.

Baños para Pacientes

Es impensable una unidad médica sin tener servicios sanitarios para pacientes y para el personal, por ello también se revisó en cada unidad, cuáles eran las condiciones de los mismos y para esto se evaluaron 7 indicadores: El 100% de los centros evaluados contaron con baños para pacientes. El Cuadro 4.11 describe la situación particular de este servicio.

Cuadro 4.11 Baños para pacientes

Centros	Limpios	Jabón	Papel Higiénico	Acceso para Discapacitados	Barra de apoyo para Discapacitados	Agua
CAAPS Nogales	A veces	A veces	No	Si	Si	Si
CAAPS Rancho Anapra	No	No	No	Si	Si	Si
CESSA Ascensión	Si	Si	Si	Si	Si	Si
CESSA Senderos del Sol	Si	Si	No	Si	Si	Si
CEAPS Chapa de Mota	Si	No	A veces	No	No	Si
CEAPS Colorines	Si	A veces	No	Si	Si	Si
CEAPS Ecatzingo	Si	Si	No	Si	Si	Si
CEAPS Ignacio López Rayón	A veces	A veces	No	Si	Si	A veces
CEAPS Leandro Valle	Si	Si	No	No	No	Si
CEAPS Mariano Matamoros	Si	No	No	Si	Si	Si
CEAPS Polotitlán	A veces	No	No	No	No	Si
CEAPS San Mateo Atenco	Si	No	No	No	No	No
CEAPS San Salvador Atenco	Si	No	No	Si	No	No
CESSA Pénjamo	Si	Si	Si	No	No	Si
CESSA Tarandacua	Si	Si	Si	No	No	Si
CESSA Tepic	No	No	No	No	No	Si
CESSA La Peñita de Jaltemba	Si	No	No	No	No	Si
CESSA Sta. Cruz Huatulco	Si	Si	No	No	No	Si

Centros	Limpios	Jabón	Papel Higiénico	Acceso para Discapacitados	Barra de apoyo para Discapacitados	Agua
CESSA San Pedro Pochutla	Si	Si	Si	No	No	Si
CESSA Tehuantepec	A veces	Si	No	No	No	Si
CESSA Toluimán	Si	No	No	No	No	Si
CESSA Macuspana	Si	A veces	A veces	Si	Si	Si
CESSA Tierra Colorada	Si	No	No	Si	Si	Si
CESSA Villa Tecolutilla	No	No	No	No	No	Si

Conclusiones

Se encontraron grandes diferencias en los materiales, los servicios ofrecidos y las áreas con las que cuentan los Centros.

- I. Ninguno de los centros contó con el 100% de las áreas y servicios evaluados.
- II. Todos los centros tenían áreas de consulta externa, urgencias, medicina preventiva, estomatología, farmacia, dirección, caja, no obstante en ningún Centro funcionaban en su totalidad.
- III. Los centros con mayor número de servicios funcionando adecuadamente fueron CESSA Pénjamo y CEAPS San Salvador Atenco.
- IV. El centro con el mayor número de servicios sin funcionar fue el CEAPS Ecatzingo.
- V. Los servicios que se encuentran con menor frecuencia son el Servicio de Gineco-Obstetricia que se encuentra solo en el 17% de los centros, y los servicios de mastografía y telemedicina en el 8% de los centros.
- VI. El servicio mejor equipado fue el de Estomatología.

En el análisis de la calidad asistencial, la disponibilidad de áreas y servicios, así como su equipamiento forman parte de la “estructura”. Sobre este elemento se asientan los procesos de atención. Su idoneidad entonces es básica para incrementar la probabilidad de un servicio de calidad. Como se pudo observar en esta sección de la evaluación existen deficiencias importantes en este rubro. Resultó paradójico en varios casos que, a pesar de la existencia de algunas áreas incluso equipadas, estas no funcionaban o lo hacían parcialmente por falta de personal.

Gestión de citas

De acuerdo con el manual de procedimientos de consulta externa en unidades de salud de primer nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)³⁹, todos los pacientes que acudan a los CESSA deben ser atendidos sin necesidad de esperar demasiadas horas o bien largo plazo para obtener una cita. De acuerdo con las entrevistas realizadas, este requisito se cumple en la mayoría de los centros como parte de una política de “*cero rechazo en la atención*”, a pesar de que cada unidad opera de manera diferente dependiendo en gran medida de las necesidades observadas por los líderes de éstas, más que en lo estipulado por los manuales de procedimientos existentes, hecho confirmado por una de las personas entrevistadas.

“...ahorita tenemos un proceso que implementamos hace unos 2 meses, no es mucho, en el que estamos dando citas con horarios para evitarnos este problema (dar más citas a personas que no son del área de influencia, molestando con ello al resto de la población...” (Director CESSA, Oaxaca)

La mayor parte de las unidades brinda consulta externa mediante la asignación de estas fichas; las personas encargadas de este procedimiento son las secretarías o trabajadoras sociales. Se encontró un doble mecanismo dependiendo del Centro

1. El domicilio del paciente, debido a que cada módulo tiene un área geográfica de influencia.
2. El orden en el que acudieron los usuarios. En este caso, los pacientes se asignan de manera aleatoria a los consultorios, con el objetivo de tener una distribución de trabajo “equitativa” para los médicos.

En ambos casos, se atiende a pacientes que no pertenecen al área de influencia, pacientes con necesidades o urgencias sentidas o pacientes que perdieron la cita programada que tenían, existiendo la posibilidad de que se les sugiera retirarse del centro un “par de horas” en lo que pasa a su consulta o bien se le pida que permanezca en el centro para ser llamado.

³⁹ Secretaría de Salud, Instituto de Salud del Estado de México. Manual de procedimientos de consulta externa en unidades de salud de primer nivel de atención del ISEM. Área médica, Abril de 2010.

Debido a que los pacientes bajo este esquema de gestión generalmente no son usuarios a quienes se les cita de manera periódica, no es necesario llenar tantos formatos de atención y seguimiento, por lo que las consultas son más cortas, a diferencia de las citas programadas, en donde se deben llenar varios formatos además de la historia clínica, situación que complica y hace más larga la consulta.

“Es un tanto gravoso el llenado de papeles, pero vamos... el primer nivel de atención solamente así lo podemos ubicar íntegramente en su objetivo que pretende, de otra manera pues no habría tanto primer nivel de atención.” (Director CEAPS, México)

Otro esquema identificado es el de citas en el que se atiende principalmente a personas con padecimientos crónicos, mujeres en control prenatal y familias. Cada módulo atiende entre 15 y 18 citas al día; sin embargo, uno de los centros únicamente brinda 10 con el objetivo de atender a las personas que acuden por ficha. De esta manera, cada médico llega a la *cuota* necesaria para mantener sus cifras de productividad, estipuladas entre 20 y 25 consultas diarias y definidas por la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece cada Centro.

En la encuesta a médicos realizada en uno de los componentes cuantitativos de la evaluación, se encontró que más del 67% realizaba 16 consultas o más al día y solo el 7% atendía a menos de 10 pacientes por jornada de trabajo.

La periodicidad con que se den estas citas depende del padecimiento que presenta el paciente, siendo en promedio cada dos meses siempre y cuando sea posible en función de la cantidad de personas en el área de influencia. El horario en el que se atienden las citas es muy variable entre centros, habiéndose observado que se considera como “cita” un horario abierto de 7 a 10 horas; en el caso de los pacientes con diabetes, uno de los centros reportó que se les cita a las 8 únicamente para medir su glucosa capilar en ayuno, para después darle un horario “probable” en el que se le va a atender.

“A todos los pacientes, por ser crónico degenerativos, mayor parte diabéticos o porque se necesita hacer su cuantificación de glucosa, se les cita a las 8 de la mañana. Se les hace su Dextrostix, se ve que llegan los pacientes, se les checa el turno y se les puede decir: Paciente, mira te va

a tocar a las 10, porque son personas ya de avanzada edad, “gustas ir a desayunar” y conforme a tu turno ya puedes regresar.”

Una vez que se atiende al paciente, se vuelve a citar en ese mismo servicio o bien, se proporciona el formato de interconsulta o de referencia para ser atendido por algún especialista, si así lo requiere.

Para diferenciar y atender urgencias sentidas y reales, en dos Centros de Salud en el CESSA de Pénjamo y en el CESSA de Santa Cruz Huatulco, se encontró un esquema específico para atender este tipo de demanda de atención. En ambos casos, contaban con un área y un médico para atender de inmediato a las denominadas urgencias, y de esta manera, no saturar la consulta normal de los otros consultorios del Centro. Este esquema les permite detectar efectivas urgencias reales y así evitar complicaciones en el estado de salud del paciente, además redundando en la satisfacción del paciente. En los Centros que no tienen un esquema para atención de urgencias, el único primer contacto es la enfermera que únicamente realiza la toma de signos vitales y en ocasiones decide, si el paciente debe atenderse en urgencias o en algún turno disponible. Estos Centros de Salud suelen verse saturados en su atención cotidiana y para el paciente representa obtener ficha y esperar al menos dos horas para ser atendidos, o bien regresar al siguiente turno o al día siguiente para obtener atención.

Estos esquemas de gestión de citas dejan ver la carencia de uniformidad en los procedimientos a nivel local y nacional, situación que se presenta en otros rubros como el de la referencia y la contrarreferencia y el uso de guías de práctica clínica.

Percepción y satisfacción de la atención

La atención primaria de salud (APS) es el nivel de un sistema de salud que proporciona la entrada al mismo. Es considerada como la base de los sistemas de salud, y cuyas características principales son la atención centrada en la persona, la integralidad y la coordinación, así como en la atención centrada a las familias, comunidades y la cultura de la población atendida⁴⁰.

Los sistemas de salud que se fundamentan en la APS alcanzan mejores resultados y son más equitativos, eficientes, presentan menores costos de atención y logran una mayor satisfacción con el usuario en comparación con los sistemas de salud cuya orientación a la APS es escasa⁴¹.

La satisfacción de usuarios de los servicios de salud con la atención es un indicador para evaluar la estructura, los procesos y los resultados de la atención, es decir es un acercamiento a la calidad. La satisfacción es la forma en la que las personas evalúan un servicio o un proveedor mediante la percepción de la atención recibida⁴². La evaluación de la calidad y la satisfacción de los servicios de salud permite encontrar oportunidades de mejora dirigidas a aumentar la calidad de los servicios⁴³.

⁴⁰ Starfield B, Shi L. *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Baltimore: Johns Hopkins University; 2009.

⁴¹ Pan American Health Organization. *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO)*. Washington, D.C: PAHO; 2007.

⁴² Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6(32):1–244.

⁴³ Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de calidad asistencial*. 2002;17(1):22–9.

A. De los usuarios

Introducción

Un Sistema de Salud se compone de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal propósito es mejorar la salud de la población. Para hacerlo, requiere de personal, financiamiento, infraestructura, suministros, así como de orientación y dirección. Un buen Sistema de Salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible, es por ello que merece ser evaluado desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares.

La satisfacción del usuario es, una de las variables que afecta la utilización de los servicios de salud. En la medida que una persona se siente satisfecha con una atención o servicio recibido, la probabilidad de que lo vuelva a emplear se incrementa.

Las relaciones profesional de la salud-paciente, son elementos fundamentales para valorar parte de los resultados finales de la atención médica. La atención es un elemento básico en el trato del paciente para el logro de un resultado positivo. Es decir, no sólo son importantes los aspectos de estricto trasfondo fisiopatológico, sino también las circunstancias del cuidado, el trato y la comunicación entre el equipo de salud y los pacientes⁴⁴.

En las últimas décadas se ha producido un auge en la aparición de estudios encaminados a promover en los usuarios de los servicios de salud una sensación de agrado con los servicios recibidos. La motivación de este tipo de estudios es doble. Por un lado, responde a la presión social ejercida por los usuarios en su derecho de opinar sobre el servicio recibido; y, por el otro, a la evidencia de que la satisfacción del paciente es un indicador del cumplimiento adecuado de los servicios ofrecidos.

Con base principalmente en esta segunda idea, el propósito de este componente de la evaluación fue acercarse a describir el perfil sociodemográfico de los usuarios de los centros de salud bajo evaluación, sus percepciones sobre la disponibilidad de los servicios, así como su grado de satisfacción con la atención recibida.

⁴⁴De Los Ríos Castillo J, Ávila Rojas T. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2004;22:128–37.

Objetivo general

Dar cuenta de la percepción, la satisfacción y la cobertura real que tienen los usuarios de estos centros de salud, de acuerdo con el modelo de atención primaria.

Objetivos específicos

- Caracterizar el tipo de población que solicita servicios en estas unidades de salud.
- Averiguar el acceso que tienen los usuarios de estos centros de salud, si asisten con regularidad, y de no ser sí a qué otros prestadores de servicios de salud acuden.
- Explorar las posibilidades de contar con atención en caso de emergencias.
- Verificar con los usuarios los servicios que recibe del centro,
- Conocer cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios de estos centros.
- Obtener la opinión de los usuarios y las sugerencias para la mejora del servicio.

Metodología

El instrumento de percepción y satisfacción de los usuarios se basó en el modelo de Atención Primaria a la Salud de Barbara Starfield⁴⁵. Para su elaboración se retomaron los ejes que plantea este modelo y se adaptaron a la población de interés. Mediante este instrumento se pretende dar cuenta del conocimiento, percepción, satisfacción y cobertura que tienen los usuarios de estos centros de salud. Permite apreciar la información de la que disponen los usuarios. Indirectamente, ofrece información sobre la difusión de los servicios que ofrecen los centros.

El instrumento está compuesto por 116 reactivos distribuidos en ocho apartados: datos generales, acceso a los servicios de salud, disponibilidad de servicios, percepción sobre

⁴⁵ Starfield B, Shi. L. *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Johns Hopkins University Baltimore. (2009).

la atención del médico, servicios auxiliares, utilización de servicios del centro, satisfacción del servicio y opinión general del usuario.

Selección de la muestra

- Usuarios de los 25 centros de salud seleccionados (Tanto CESSA como CAAPS).
- Mayores de 18 años de edad.
- La selección de los pacientes fue por conveniencia. Se solicitó la participación de personas que esperaban atención de algún servicio en la sala de espera del centro de salud.

Se realizaron 473 encuestas de 490 planeadas originalmente, debido a que en el Centro de Salud Ocuiltzapotlán en el estado de Tabasco, no se presentaron las condiciones idóneas para el levantamiento de las encuestas. En cada centro de salud se distribuyeron las encuestas en partes iguales entre los días de la evaluación y los turnos. La duración de cada una de ellas osciló entre 15 y 20 minutos.

Resultados

En cuanto al perfil sociodemográfico de los entrevistados se puede observar que el mayor porcentaje de usuarios son mujeres, dato que es consistente con otros trabajos que han dado cuenta de la demanda y el uso de servicios⁴⁶ por parte de este grupo poblacional. Un elevado porcentaje de personas son casadas y cuentan apenas con educación básica, teniendo como ocupación principal las labores del hogar (Cuadro 4.12).

⁴⁶Arreola Héctor, Soto Herman, Garduño Juan. *Los determinantes de la no demanda de atención a la salud en México*. FUNSALUD/Financiamiento en Salud/Libro caleidoscopio de la Salud. 173-183

Cuadro 4.12. Datos sociodemográficos de los usuarios entrevistados

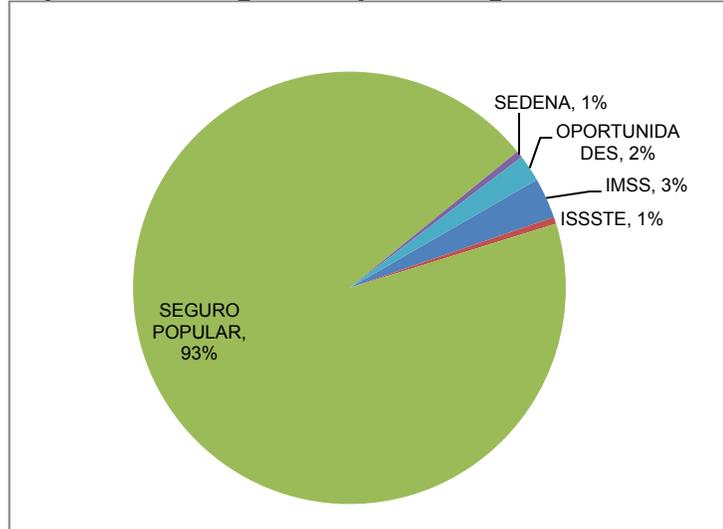
Variables	% (N=468)
Edad promedio (d.e.)	38.4 (13.9)
Sexo	
Mujeres	84.0
Hombres	16.0
Estado civil	
Soltero(a)	11.0
Casado(a)	82.0
Separado(a) Viudo(a)	7.0
Escolaridad	
No sabe leer ni escribir	10.0
Primaria (completa e incompleta)	41.0
Secundaria	32.0
Preparatoria o Carrera Técnica	15.0
Profesional o Posgrado	2.0
Ocupación	
Profesional o Técnico, Comerciante	4.0
Trabajador manual, obrero, chofer	16.0
Ama de casa	71.0
Estudiante	3.0
Agricultura	4.0
Desempleado, jubilado o pensionado	2.0

En lo que se refiere a la afiliación a servicios de salud, la mayor parte de las personas entrevistadas refirieron contar con seguro popular (Gráfica 4.14), lo que de manera indirecta refleja el índice de desempleo o empleo informal existente en las comunidades de la zona de cobertura de las unidades médicas.

Cuadro 4.13. Distribución porcentual sobre el uso de servicios en los Centros de Salud.

	Consulta externa		Salud bucal		Medicina Preventiva		Cirugía ambulatoria		Psicología		Atención Obstétrica		Nutrición		Laboratorio		Imagenología		Consulta de Seguimiento		Pediatria		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estado	71	93	29	38	21	27	2	3	4	5	21	28	12	16	34	57	13	17	12	16	1	1	
Chihuahua	40	97	12	29	20	49	2	5	3	7	6	15	5	12	13	65	7	17	12	29	2	5	
Guanajuato	180	99	81	44	83	46	3	2	6	3	39	22	59	33	47	78	2	1	48	27	29	16	
Edo. de México	32	91	16	46	17	49	2	6	2	6	8	23	3	9	17	49	7	20	2	6	0	0	
Nayarit	55	92	15	25	20	33	1	2	4	7	23	38	8	13	111	61	0	0	11	18	9	15	
Oaxaca	20	100	10	50	3	15	2	10	0	0	3	15	5	25	24	59	9	45	4	20	5	25	
Querétaro	56	93	12	20	21	35	3	5	5	8	8	13	9	15	27	36	5	8	28	46	11	18	
Tabasco	454	96	175	37	185	39	3	3	24	5	108	23	101	21	273	58	43	9	117	25	27	12	
Utilización general	19	4	298	63	288	61	458	97	449	95	375	77	372	79	200	42	430	91	356	75	446	82	
No utilizan el servicio																							

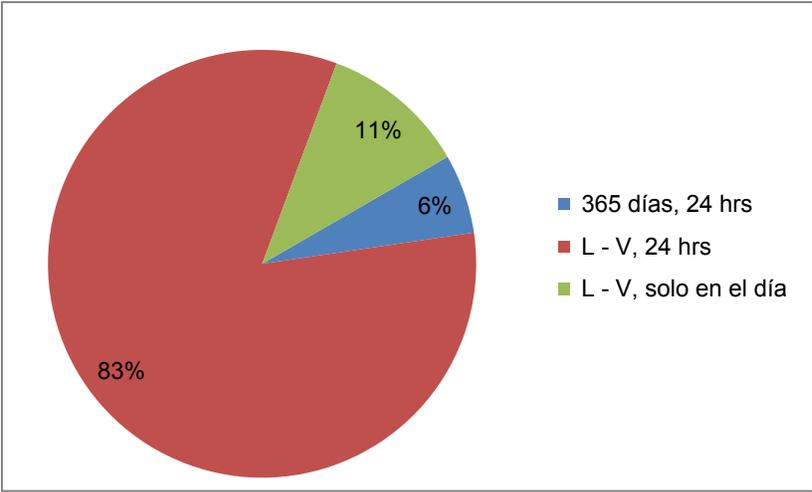
Gráfica 4.14. Distribución porcentual de los pacientes según el tipo de seguridad social



Un alto porcentaje de usuarios reportó acudir regularmente a los centros de salud al servicio de consulta externa; los servicios menos utilizados fueron cirugía ambulatoria, psicología e imagenología (Cuadro 4.13). Las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes tipo 2 y la hipertensión fueron las que más refirieron los pacientes y por las que demandan más atención.

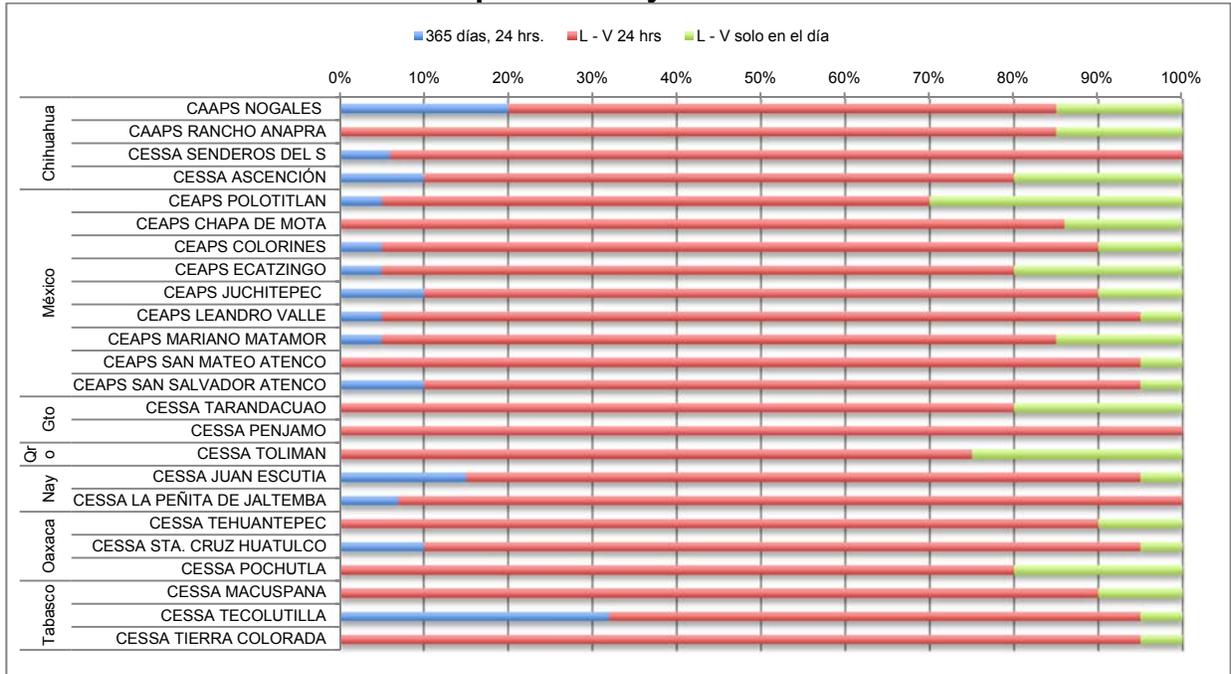
Un alto número de usuarios (78%) considera que el tiempo de traslado de su casa a los centros no representa un impedimento para acudir a ellos.

Gráfica 4.15 . Distribución porcentual del conocimiento sobre la disponibilidad del servicio en los centros de salud



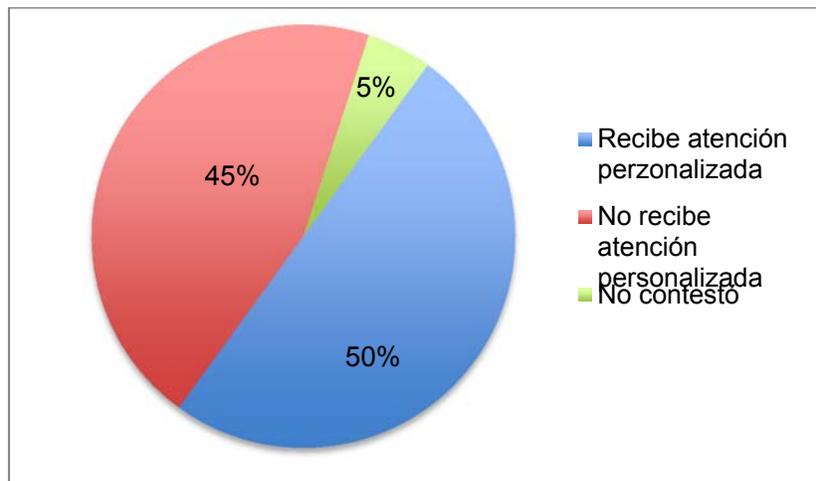
Este tipo de centros de salud debe ofrecer servicios los 365 días del año durante las 24 horas del día. Como se observa en la Gráfica 4.16, un alto porcentaje de usuarios reportó que puede acceder a los servicios del centro únicamente de lunes a viernes, tanto en el día como en la noche. Es limitado el número de personas que reportó saber si podía solicitar atención los 365 días del año a cualquier hora del día o la noche. Asimismo, es posible aproximarse a la difusión que hacen los centros del horario de sus servicios. La mayoría de los usuarios percibe que el centro funciona como un centro de salud convencional, en donde la atención es brindada únicamente de lunes a viernes (Gráfica 4.16). Incluso, hubo casos, como el del CESSA Senderos del Sol que sólo brinda servicios en el horario matutino y la gente dijo saber que funciona las 24 horas del día.

Gráfica 4.16. Distribución porcentual de la percepción de la disponibilidad de la atención por estado y centro de salud



La atención a los usuarios en la APS debe considerar que se trata a individuos con necesidades específicas y no a pacientes que padecen enfermedades, por esta razón es importante conocer la percepción que tienen los usuarios sobre el trato que el personal de salud, principalmente los médicos, les brinda. Al preguntar acerca de la atención que recibían, la mitad de los usuarios del servicio expresó que la atención recibida es personalizada, lo cual supone que los médicos tratantes toma en cuenta sus necesidades, percepciones y deseos. En particular, en aquellos centros que funcionan con núcleos básicos, la atención por el mismo personal favorece esta atención más personalizada en la medida que los pacientes son usualmente atendidos por el mismo personal de salud (Gráfica 4.17).

Gráfica 4.17 Distribución porcentual sobre la percepción de una atención personalizada.

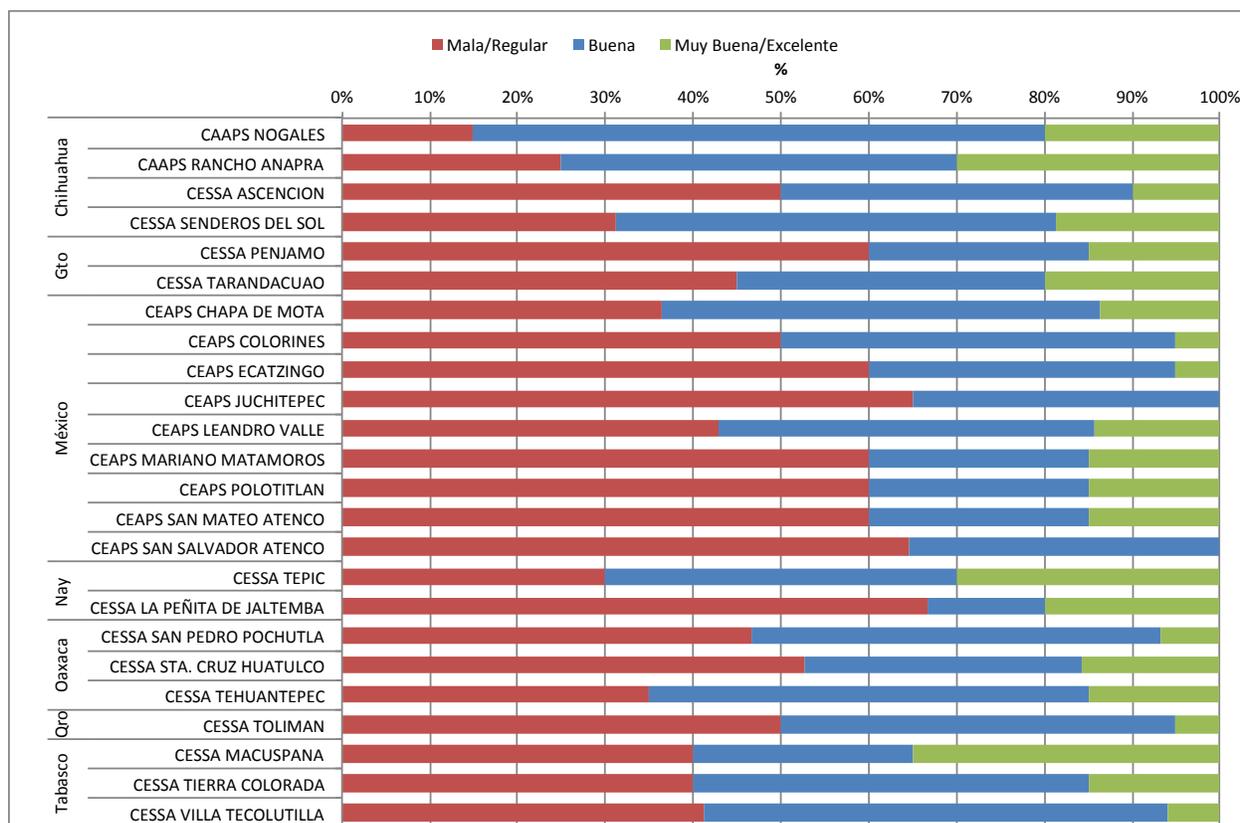


Mediante un reactivo, se preguntó acerca de la satisfacción general con la atención de los centros. Las respuestas se colapsaron en tres categorías: Mala/Regular, Buena y Muy buena/excelente. El 47% de los usuarios evaluaron la atención como Mala o regular; el 39% como buena y el 14% restante como Muy buena o excelente. Estas cifras contrastan notablemente con lo reportado por la ENSANUT 2012 respecto a la calidad de los servicios ambulatorios. En ésta, el 85% de los usuarios percibieron la atención como muy buena o buena, el 12.1% la considera regular y 3.2 la consideró mala o muy mala⁴⁷.

Por estado, una minoría de centros fue evaluada con opiniones predominantemente favorables. Destacan especialmente tres de los cuatro centros de Chihuahua y dos de los tres de Tabasco. Salvo un caso, todos los CEAPS del Estado de México recibieron evaluaciones negativas (Gráfica 4.18).

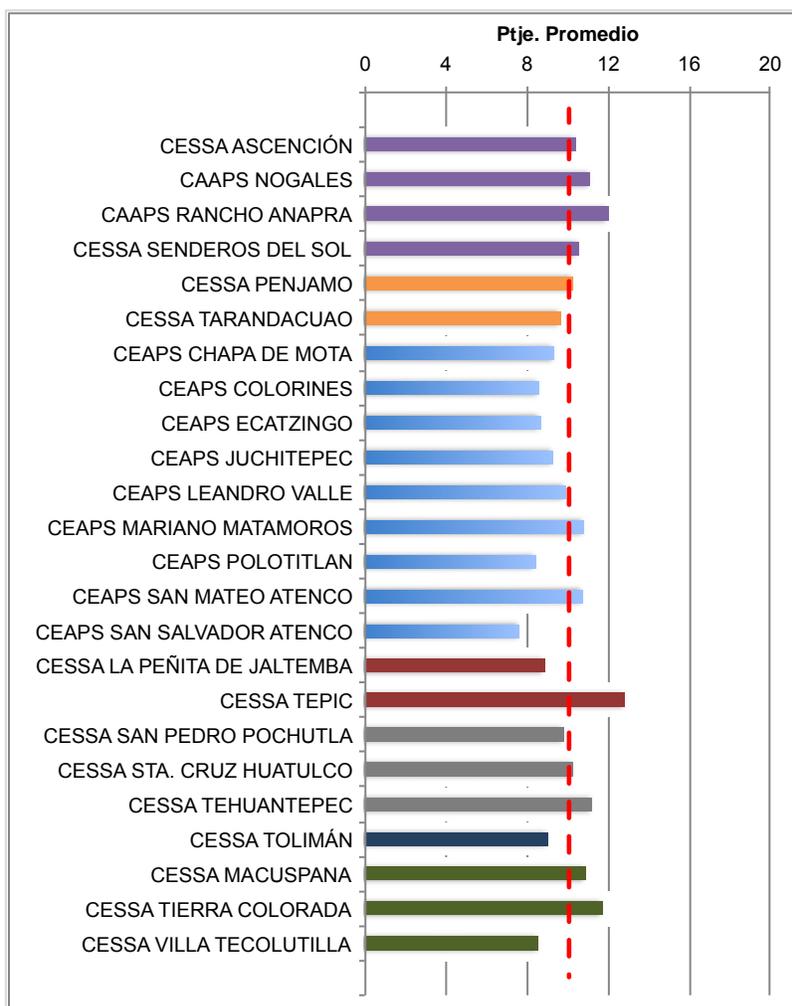
⁴⁷ Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

Gráfica 4.18. Distribución de la evaluación de la calidad de la atención percibida por centro y estado.



De forma más particular, respecto al rubro de atención médica, mediante un análisis de factor exploratorio se construyó un indicador de satisfacción con la atención médica con 5 reactivos que indagaban aspectos relacionados la calidad de la atención brindada por el médico, su actitud de respeto y amabilidad, tiempo dedicado a la consulta, etc. El coeficiente alfa de Cronbach de consistencia interna fue de 0.89. La media general de toda la muestra fue de 10.1 (d.e.=3.8) con un rango de puntajes posible entre 0 y 20. Como se observa en la Gráfica 4.19, los usuarios que mejor evaluaron a su centro fueron los del CESSA de Tepic, mientras que el peor calificado fue el CEAPS de San Salvador Atenco en el Estado de México. Por estado, Chihuahua tuvo los puntajes más altos con una media de 11.0 (d.e.=3.8), mientras que Querétaro y el Estado de México tuvieron los promedio más bajos (9.0 y 9.3, respectivamente) con la consideración de que en Querétaro solo se evaluó un centro, mientras que en el Estado de México, fueron nueve centros.

Gráfica 4.19 Percepción sobre la calidad de la atención médica recibida. La línea roja es el promedio general del indicador



Por su parte, más del 75% de los usuarios juzgó la atención del personal de enfermería entre buena y excelente. Por Centro el CESSA de la Peñita de Jaltemba en Nayarit, y los CEAPS Colorines y San Salvador Atenco en el Estado de México fueron los evaluados más negativamente. Mientras que los CESSA de Tepic y Tierra Colorada, así como el CAAPS Nogales fueron los mejor calificados. Por entidad federativa, Querétaro fue la entidad peor calificada y Chihuahua fue la mejor apreciada (Gráfica 4.20).

En general, se observa una correlación en las evaluaciones de médicos y enfermeras. Lo cual sugiere revisar la situación de la atención en aquellos centros donde los

usuarios aprecian de forma más negativa la atención. La coincidencia en la evaluaciones de ambos tipos de personal puede indicar deficiencias, no solo en la calidad y calidez de la atención, sino en el plano de estructuras y procesos más generales.

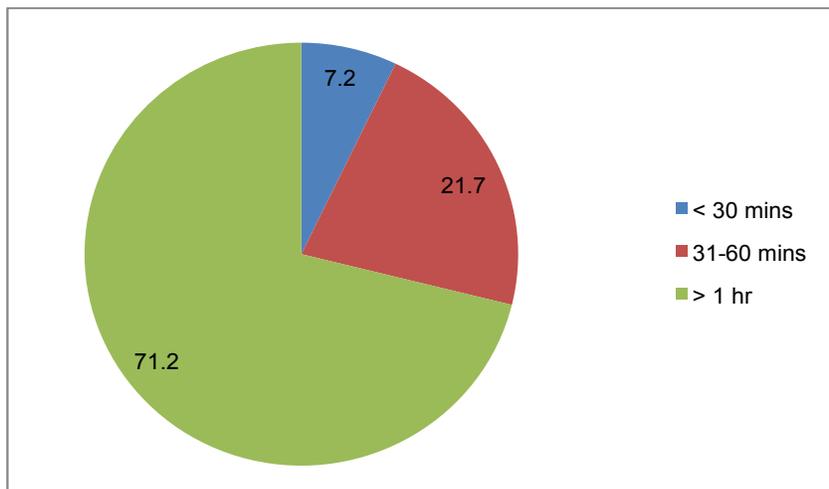
Gráfica 4.20. Percepción sobre la calidad de la atención recibida por el personal de enfermería por entidad y centro



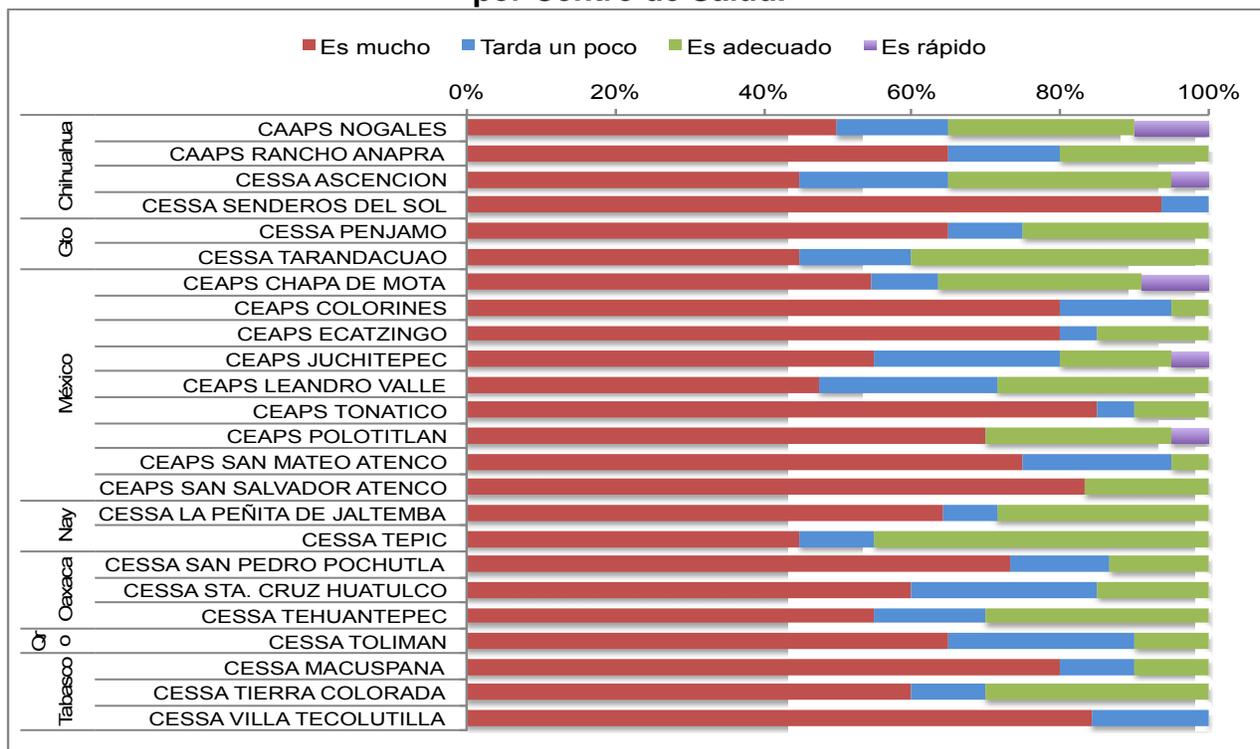
Dentro de los aspectos de mayor relevancia para que un usuario exprese sentir satisfacción por un servicio, se encuentra el tiempo de espera. De acuerdo con la percepción de los usuarios, los tiempos de espera son más largos de lo que se esperaría (Gráficas 4.21 y 4.22), a pesar del programa especial para reducir el tiempo de espera que se puso en marcha en centros de salud como CESSA Tarandacua y CESSA Pénjamo. El impacto positivo del programa únicamente se refleja en el CESSA

Tarandacua, en donde cerca del 35% de los usuarios expresa que el tiempo de espera es adecuado.

Gráfica 4.21 Distribución porcentual sobre los tiempos de espera en los Centros de Salud.



Gráfica 4.22. Distribución porcentual de la opinión sobre los tiempos de espera por Centro de Salud.



Debido a que desde la perspectiva de los usuarios la atención completa es aquella que concluye con el otorgamiento de los insumos (medicamentos) para atender y resolver el problema de salud por el cual solicitaron atención, el abasto de medicamentos y surtimiento de recetas es otro de los aspectos que se deben considerar en la evaluación de la satisfacción de los usuarios. A este respecto se preguntó a los usuarios sobre el surtimiento de medicamentos por el centro. Una minoría, poco más del 6%, refirió no recibirlos, mientras que el 57% contestó “a veces” y el 37% contestó afirmativamente. Por centro, los reportes de entrega de medicamentos más inconsistente (reportes de no entrega o “a veces”) fueron los CESSA Ascención en Chihuahua, La Peñita de Jaltemba en Nayarit y Villa Tecolutilla en Tabasco con porcentajes de usuarios superiores al 90% que reportaron una entrega inconsistente de medicamentos. Aunque en general, los centros del Estado de México, cuyo servicio de farmacia está subrogado, la entrega fue más consistente; aun así, en los CEAPS Colorines, Mariano Matamoros y San Mateo Atenco el reporte de entrega inconsistente fue del 70%.

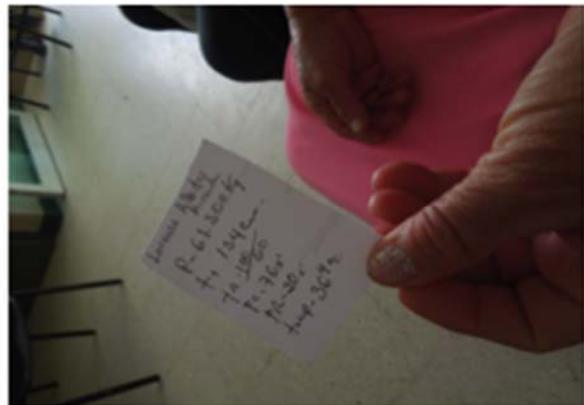
De quienes reportaron la falta de entrega de medicamentos o una entrega incompleta o inconsistente, el 85% reportó comprarlos por su cuenta. Porcentajes iguales del 7% indicaron suspender el tratamiento o regresar en otra ocasión al centro a buscar el medicamento. Esto indica una deficiencia en el abasto de medicamentos en las farmacias. Aparentemente el esquema de subrogación palia un poco el desabasto, pero aun así, no es suficiente para satisfacer las necesidades de surtimiento de fármacos.

Otro de los factores indispensables para que exista satisfacción por parte de los usuarios es la obtención de la información pertinente que ayude al paciente a entender su padecimiento y las alternativas de tratamiento existentes. En el caso de la población de estudio, el 75% de los usuarios declararon haber recibido, por parte de los médicos, información acerca de su padecimiento, del tratamiento a seguir y de la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad, aunque sólo para el 65% de ellos la información que se les otorgó fue clara. El resto la apreció como confusa o muy confusa. De esta forma, una cuarta parte de la población encuestada no percibe una atención que satisfaga sus necesidades de información y entre quienes reportan si recibirla, ésta carece de la claridad que favorezca una mejor comprensión de su

situación de salud. Evidentemente, hay aquí un escenario para identificar las deficiencias en la comunicación médico-paciente y capacitar en mejores habilidades de comunicación.

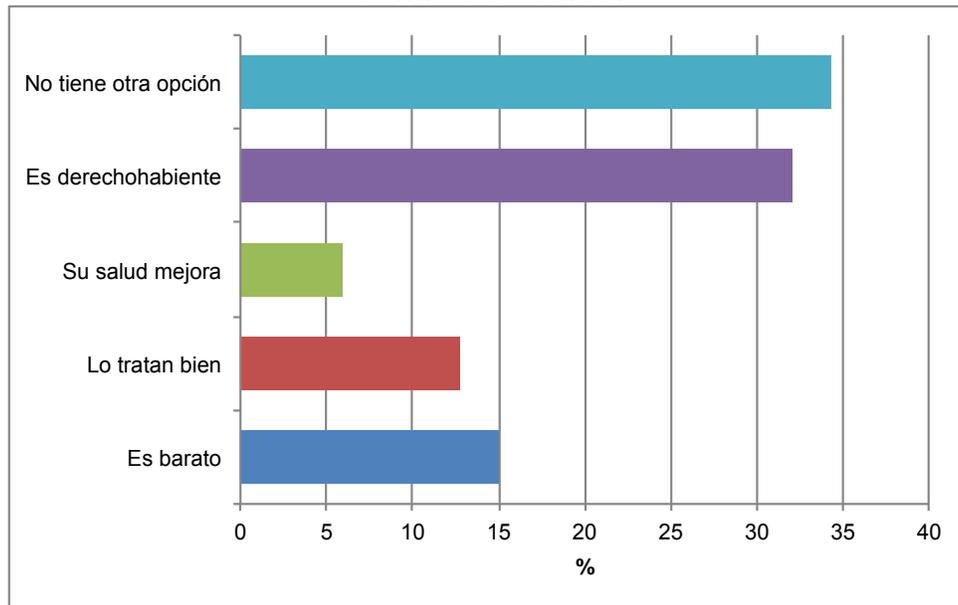
Otro de los aspectos de importancia para la satisfacción de los usuarios es el primer contacto establecido por el personal de enfermería, el cual se encarga de identificar el motivo de consulta y si este es urgente o de atención rutinaria así como registrar los signos vitales (presión arterial, temperatura, pesar al paciente, revisarlo, preguntar síntomas). En este sentido el 96% de los pacientes aseguró que se les toman los signos vitales previo a la consulta.

Foto 4.2. Toma de signos vitales



Sin duda, un primer elemento para hablar de una atención eficaz y de calidad, es la resolución del motivo por el cual el usuario acude a consulta. En la Gráfica 4.23 se observan las razones por las cuales los usuarios acuden al centro de salud. En este sentido, la mayor proporción de los usuarios acude a estos servicios porque no tiene otra opción en donde atenderse, o porque es derechohabiente y el 15% se atiende ahí porque los costos son más accesibles. Llama la atención que un bajo porcentaje acude porque la atención es eficaz o bien porque la atención recibida es.

Gráfica 4.23. Distribución porcentual de las razones para solicitar atención en los Centros de Salud.



A pesar de las carencia que puedan tener los servicios, el 72% de los usuarios respondió que de ser necesaria la atención regresaría a ese centro. Un dato que debe alertar acerca de la satisfacción y por tanto de la calidad de los servicios es que el 42% de los usuarios expresó que, de poder hacerlo, cambiaría de médico tratante. No obstante, el 84% mencionó que recomendaría el centro al que acude a un familiar o amigo.

Conclusiones

La satisfacción del paciente es, sin duda, el mejor reflejo del nivel de la calidad de la atención médica que se presta. Las expectativas y experiencias de cada uno de los usuarios, determinan la percepción que un paciente tiene de los servicios de salud recibidos y, en ello, influyen diversos factores: disponibilidad, accesibilidad, calidad de la atención, etc.

El tipo de población que se atiende en estos Centros de Salud, es predominantemente población cubierta por el Seguro Popular. De tal forma que algunas de las variables de este estudio pueden compararse con la información disponible de la población cubierta por el SP. La información recopilada indica, entre varias cosas, que los usuarios no

disponen de cierta información básica sobre el funcionamiento de los centros, por ejemplo, los horarios sobre la disponibilidad de los servicios. El grado de satisfacción general discrepa sustancialmente de lo reportado para esta variable por la SSA para los usuarios con seguro popular de centros de primer nivel urbanos⁴⁸. De acuerdo a la SSA, el porcentaje de usuarios que evalúa como bueno el trato que reciben es superior al 80%, mientras que en este trabajo el 53% evaluó la calidad de la atención entre buena y excelente. Desde luego, la muestra de centros empleada en este estudio no fue probabilística, como tampoco lo fue la de usuarios entrevistados. Es claro, que puede existir un sesgo en esta estimaciones; sin embargo, la descripción por centro, permite apreciar unidades en las que valdría la pena prestar especial atención para identificar procesos específicos a modificar. Otro dato en el que tampoco hay consistencia con lo reportado por la SS son los reportes de tiempo de espera para recibir atención. Para el segundo cuatrimestre de este año, el programa INDICAS II de la SS reportó que poco más del 90% de los usuarios de seguro popular atendidos en centros urbanos de primer nivel reciben atención en menos de 30 minutos⁴⁹; en cambio, los datos encontrados en este reporte indicaron que solamente el 7% de los usuarios dijo ser atendido en ese rango de tiempo. Aunque se ha señalado que las encuestas cara a cara, la deseabilidad social o el temor a que la atención se vea afectada por una respuesta desfavorable⁵⁰, pueden inducir respuestas a favor de la atención, este no pareció ser el caso en este estudio. En todas las entrevistas se aseguró la confidencialidad de la información y se hizo explícito de la inexistencia de alguna repercusión por el tipo de respuestas ofrecidas. De esta forma, la demanda de atención

⁴⁸Secretaría de Salud,. Reporte para la evaluación. Porcentaje de usuarios que consideran bueno el trato recibido en la unidad médica de consulta externa de primer nivel Nacional 02 - 2013 del programa seguro popular [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2013. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/ReporteDesGov.php?gobierno=N00000&mesurando=v8&anio=2013&bimestre=02&institucion=01&programa=SP&Usuario=J>

⁴⁹ Secretaría de Salud, Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta 1er Nivel Urbano. [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2013. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/indicall.php?gobierno=N00000&mesurando=v27&bimestre=02&anio=2013&institucion=01&programa=SP>

⁵⁰Hamui-Sutton L, Fuentes-García R, Aguirre-Hernández R, Ramírez-de la Roche. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.

junto con las limitaciones en las plantillas de recursos humanos disponibles en los centros parecen estar en el centro de la explicación de los reportes de largos tiempos de espera y de la baja satisfacción reportada. La mitad de los usuarios refirió recibir un trato personal por parte de los médicos, el desabasto de medicamentos tiene una fuerte carga en la falta de adherencia al tratamiento, lo cual es preocupante porque el 85% de la población que se atiende aquí padece enfermedades crónico-degenerativas y de no tener el tratamiento adecuado las complicaciones de las enfermedades son más probables. El indicador generado para medir calidad de la atención médica muestra diferencias inter e intraestatales. De particular relevancia fueron los promedios observados en el Estado de México, donde la mayoría de los centros obtuvo promedios por debajo de la media general. El balance general, no es favorable. Los diferentes indicadores evaluados apuntan a oportunidades de mejora en prácticamente todos ellos. La situación se hace más compleja cuando se observa que menos del 10% de los usuarios identifica una baja capacidad resolutive de la atención que recibe y el 60% asiste a los centros porque no tiene otra opción o por su condición de asegurado. Se debe reiterar que estas consideraciones se hacen con base en una muestra no representativa de centros. Sin embargo, al menos en ellos es importante atender los procesos de atención a la población así como de estructura para acercarse al resultado de la atención de calidad.

B. De la población abierta

Introducción

La evaluación de los servicios suele hacerse con los usuarios que acuden a la unidad médica en búsqueda de atención, lo cual puede sesgar las valoraciones que hagan al momento de la evaluación por una posible deseabilidad social. Con esta consideración, esta parte de la evaluación se realizó en viviendas de la comunidad aledaña a los centros de salud. En el ánimo también de indagar el grado de familiaridad de la población con estas unidades médicas y tener un acercamiento a la utilización de los servicios que ofrece.

Objetivos

1. Identificar el grado de conocimiento y uso de los servicios de los CESSA y CAAPS, en la población que reside en la zona de influencia de los Centros de Salud.
2. Identificar el tipo de servicios de salud utilizados por la población que reside en la zona de influencia de los Centros de Salud.
3. Evaluar el grado de satisfacción percibida con los servicios de salud utilizados por la población que reside en la zona de influencia de los Centros de Salud, con base en el modelo de atención primaria.

Método

Se realizó una entrevista a personas residentes de la zona de influencia de los centros de salud evaluados. Se eligió un radio de 2 km alrededor de cada Centro de Salud. Se enumeraron las manzanas incluidas en esta área y mediante una lista de números aleatorios se eligieron 10 manzanas, para esto se utilizó un mapa con la ubicación y área de cobertura del Centro de Salud. De cada una de ellas se seleccionaron por conveniencia dos viviendas. En cada una se entrevistó con previo consentimiento, a un

adulto que reportara ser residente en el lugar al menos durante los últimos seis meses. La entrevista fue realizada por personal previamente capacitado.

Instrumento

Se desarrolló una entrevista basada en el modelo de atención primaria de Barbara Starfield (2009). Esta entrevista evaluó la percepción de la calidad de los servicios de atención primaria a la salud utilizados por la población. Incluyó cuatro secciones, la primera correspondió a la información del Centro de Salud: nombre, CLUES (clave única de establecimientos de salud), dirección, estado, municipio y el tipo de unidad (CESSA o CAAPS). La sección dos recabó los datos de identificación de cada participante: nombre completo, dirección, datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico), afiliación a servicio de salud e información sobre la salud actual del entrevistado. La sección tres estaba dirigida a las personas que reportaron conocer y ser usuarias del Centro de Salud. Consistió de 110 preguntas, las cuales estaban divididas en utilización y acceso de los servicios, calidad de la atención, servicios auxiliares y de especialidad, una evaluación del servicio en general y un apartado de comentarios finales. La sección cuatro era para las personas que reportaron ser No usuarias de los Centros de Salud. Incluyó 103 preguntas divididas en los mismos apartados que la sección tres, los cuales estaban diseñados para evaluar la atención recibida en lugares que no son los servicios de atención primaria a la salud CESSA y CAAPS y conocer los motivos por los cuales no utilizan los centros de salud evaluados.

Análisis de Datos

Los datos se analizaron con el programa STATA V 10. Se utilizó estadística descriptiva para determinar las características sociodemográficas de la muestra. Se generó una variable indicadora de la sección de calidad de la atención a través de un análisis factor exploratorio y se determinó su consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach. Asimismo se realizó un análisis de correlación por medio de la prueba rho de Spearman

para determinar la asociación de los reactivos de aquellos factores que solo estaban constituidos por dos reactivos.

Resultados

Se entrevistó a un total de 437 personas, El 80% de la muestra fueron mujeres, la media de la edad fue de 43 años con un rango de 17 a 93 años. En cuanto al estado civil el 71% reportó estar casado o en unión libre, el 76% tenía una escolaridad de secundaria o menos. Mientras que la ocupación del 53% de los entrevistados fue de ama de casa (Cuadro 4.14). El nivel socioeconómico, se evaluó con una escala subjetiva de 10 niveles en donde a medida que aumenta el nivel, más alta es la percepción de la posición económica. La media general obtenida fue de 4 (de= 1.87). Se encontraron diferencias significativas ($p=0.001$) entre los identificados como usuarios y los no usuarios de los Centros de Salud (Gráfica 4.24).

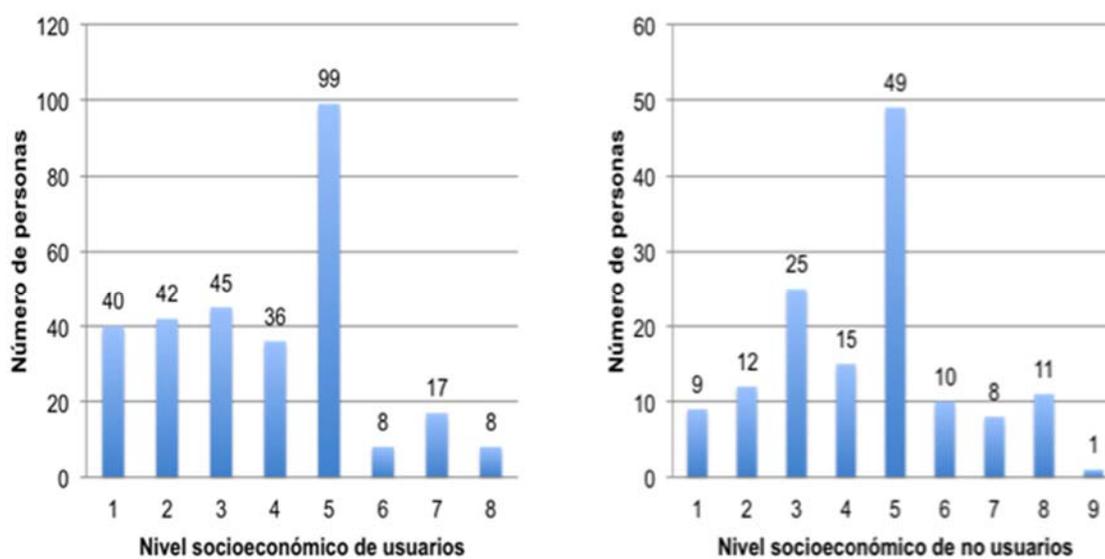
Entre los aspectos que se exploraron para conocer la utilización de los servicios el 94.5% de los entrevistados reportaron conocer los Centros de Salud; y de ellos, casi el 72% ha usado los servicios al menos una vez, para atención propia o de algún miembro de su familia.

Con respecto a la salud actual de los entrevistados el 29% reportó la presencia de alguna enfermedad, con el predominio de las enfermedades crónico degenerativas, con un 58% que correspondió a hipertensión arterial y diabetes, estos resultados coinciden con lo encontrado entre la población de usuarios.

Cuadro 4.14. Descripción de la Muestra

Variables sociodemográficas	N	(%)
SEXO		
Femenino	349	79.9
Masculino	88	20.1
ESTADO CIVIL		
Soltero	82	18.8
Casado/unión libre	308	70.6
Otro	46	10.6
ESCOLARIDAD		
Primaria o menos	182	41.9
Secundaria	147	33.9
Preparatoria o carrera técnica	73	6.8
Profesional o Posgrado	32	0.4
OCUPACIÓN		
Profesional o técnico especializado	16	3.7
Comerciante, trabajador administrativo	75	17.2
Trabajador manual no calificado	79	18.0
Ama de casa	230	52.6
Estudiante	16	3.7
Agricultura	8	1.8
Desempleado, pensionado o jubilado	13	3
Total	437	100

Gráfica 4.24. Distribución porcentual de usuarios y no usuarios según nivel socioeconómico percibido, $z= 3.2$; $p=0.001$



Usuarios

De los 437 encuestados, 296 aceptaron ser usuarios del Centro de Salud correspondiente, y 141 no usuarios (Cuadro 4.15).

Cuadro 4.15. Distribución de personas entrevistadas por entidad federativa

ENTIDAD FEDERATIVA	Usuarios N (%)	No usuarios N (%)	Total N
Chihuahua	42 (58.3)	30 (41.7)	72
Guanajuato	29 (72.5)	11 (27.5)	40
México	124(75.1)	41(24.9)	165
Nayarit	16(51.6)	15(48.4)	31
Oaxaca	29(64.4)	16(35.6)	45
Querétaro	10(66.7)	5 (33.3)	15
Tabasco	46 (66.7)	23 (33.3)	69
TOTAL	296	141	437

Entre las poblaciones cercanas a los Centros de Salud existe un predominio de personas que son usuarias de los servicios (Cuadro 4.16); sin embargo, llama la atención que la mayoría de la población encuestada del CESSA Senderos del Sol en Ciudad Juárez, el CAAPS en Ascención, Chih., el CESSA de Ocuilzapotlán en Tabasco, CESSA Tehuantepec en Oaxaca y CESSA Juan Escutia en Tepic Nayarit no utiliza los servicios del Centro. Las razones son diversas, los porcentajes de no usuarios del CESSA de Ocuilzapotlán y CESSA Ascención se debieron a una opinión de una mala calidad de la atención, lo cual coincide con la percepción registrada por los usuarios de ambos centros. En el CESSA de Tepic, aunque muy grande y con mucha demanda, al estar ubicado en plena zona centro de la capital del estado, la prestación de los servicios compite con otros proveedores de salud. Asimismo, el poder adquisitivo de los habitantes de la ciudad les permite optar por otros servicios, de manera que el centro atiende a personas en mayor desventaja socioeconómica. En el caso del CESSA de Ciudad Juárez, éste se encuentra ubicado en una zona con elevados índices de inseguridad de modo que un porcentaje muy alto de las viviendas circundantes se

encuentran deshabitadas y, aunque el Centro registra una demanda importante de servicios, estos son solicitados por personas que residen fuera de la zona de influencia del centro y que eran usuarias de otros centros de salud que fueron cerrados para dar lugar a este nuevo.

Cuadro 4.16. Distribución de usuarios y no usuarios entrevistados por Centro de Salud

ENTIDAD FEDERATIVA Y CENTRO DE SALUD	USUARIOS N (%)	NO USUARIOS N (%)	TOTAL N= 437 (100%)
Chihuahua			
CESSA Senderos del Sol	8 (42.1)	11 (57.9)	19
CAAPS Rancho Anapra	13 (72.2)	5 (27.8)	18
CESSA Ascensión	12 (80)	3 (20)	15
CAAPS Nogales	9 (45)	11 (55)	20
Total			72
Guanajuato			
CESSA Tarandacua	18 (90)	2 (10)	20
CESSA Pénjamo	11 (55)	9 (45)	20
Total			40
México			
CEAPS Juchitepec	12 (60)	8 (40)	20
CEAPS Ecatzingo	16 (80)	4 (20)	20
CEAPS San Mateo Atenco	16 (80)	4 (20)	20
CEAPS San Salvador Atenco	11 (55)	9 (45)	20
CEAPS Tonicaco	11 (73.3)	4 (26.7)	15
CEAPS Colorines	12 (60)	8 (40)	20
CEAPS Leandro Valle	19 (95)	1 (5)	20
CEAPS Chapa de Mota	14 (93.3)	1 (6.7)	15
CEAPS Polotitlán	13 (86.7)	2 (13.3)	15
Total			165
Nayarit			
CESSA Juan Escutia	6 (30)	14 (70)	20
CESSA La Peñita de Jaltemba	10 (90.9)	1 (9.1)	11
Total			31
Oaxaca			
CESSA Santa Cruz Huatulco	12 (80)	3 (20)	15
CESSA San Pedro Pochutla	11 (73.3)	4 (26.7)	15
CESSA Tehuantepec	6 (40)	9 (60)	15
Total			45
Querétaro			
CESSA Tolimán	10 (66.67)	5 (33.33)	15
Total			15
Tabasco			
CESSA Macuspana	15 (79)	4 (21)	19
CESSA Ocuilzapotlan	7 (46.7)	8 (53.3)	15
CESSA Tierra Colorada	17 (81)	4 (19)	21
CESSA Villa Tecolutilla	7 (50)	7 (50)	14
Total			69

Con respecto a la afiliación, se encontró que el 83% de las personas estaban afiliadas a servicios médicos de seguridad social, de los cuales el 65% contaban con Seguro Popular (Cuadro 4.17) y casi 26% contaba con derechohabiencia a otras instituciones del sector salud. Del subgrupo de no usuarios, el 72% eran derechohabientes de algún servicio de seguridad social, mientras que los identificados como usuarios solo lo eran poco más del 17%.

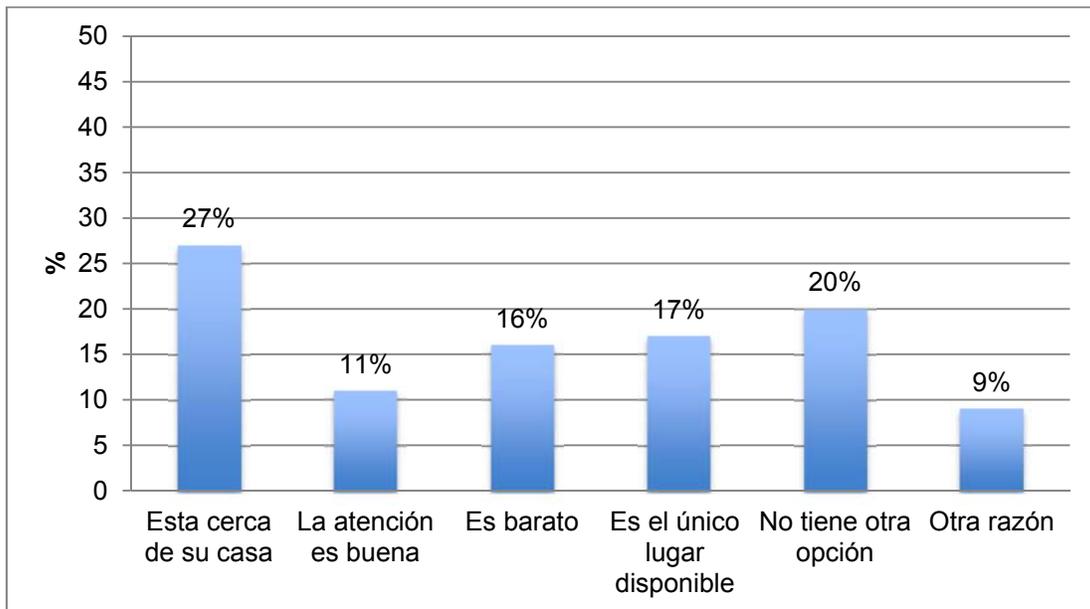
Cuadro 4.17. Distribución porcentual de personas afiliadas a servicios de seguridad social

INSTITUCIÓN	USUARIOS N (%)	NO USUARIOS N (%)	TOTAL N (%)
IMSS	12 (4.5)	53 (54.6)	65 (18.0)
ISSSTE	9 (3.4)	11 (11.3)	20 (5.5)
SS/Seguro Popular	217 (81.6)	18 (18.6)	235 (64.7)
Oportunidades	5 (1.9)	---	5 (1.4)
Pemex	3 (1.1)	4 (4.1)	7 (1.9)
Semar/Sedena	1 (0.4)	1 (1.0)	2 (0.5)
Particular	---	2 (2.1)	2 (0.5)
Seguro Popular y Oportunidades	8 (3.0)	1 (1)	9 (2.5)
IMSS Y Seguro Popular	9 (3.4)	---	9 (2.5)
Otro	2 (0.7)	7 (7.2)	9 (2.5)
Total	266 (100)	97 (100)	437 (100)

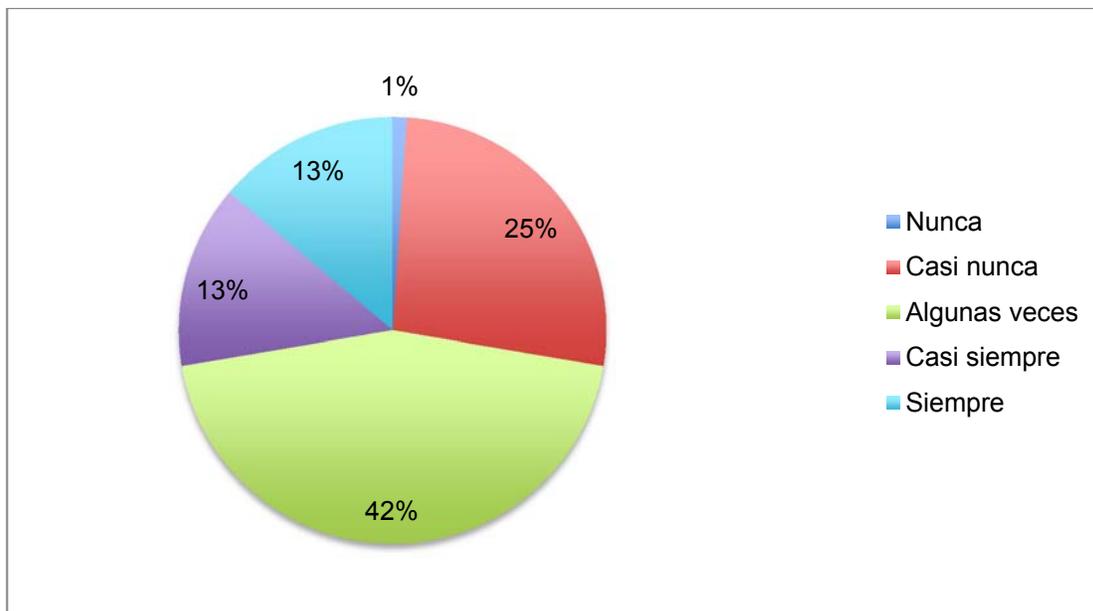
Accesibilidad y utilización de los Centros de Salud

Del 72% que reportó haber utilizado los servicios del centro de salud al menos en una ocasión, el 27% mencionó utilizar los CS debido a la cercanía a su casa y el 20% porque no tenía otra opción (Gráfica 4.25). El 13% mencionó utilizar los servicios ofrecidos con frecuencia mientras el 42% sólo algunas veces (Gráfica 4.26). Dentro de las principales razones expuestas por la población que ha utilizado el centro de salud, destacó la atención de padecimientos (58%), y para la prevención de alguna posible enfermedad (25%). (Gráfica 4.27).

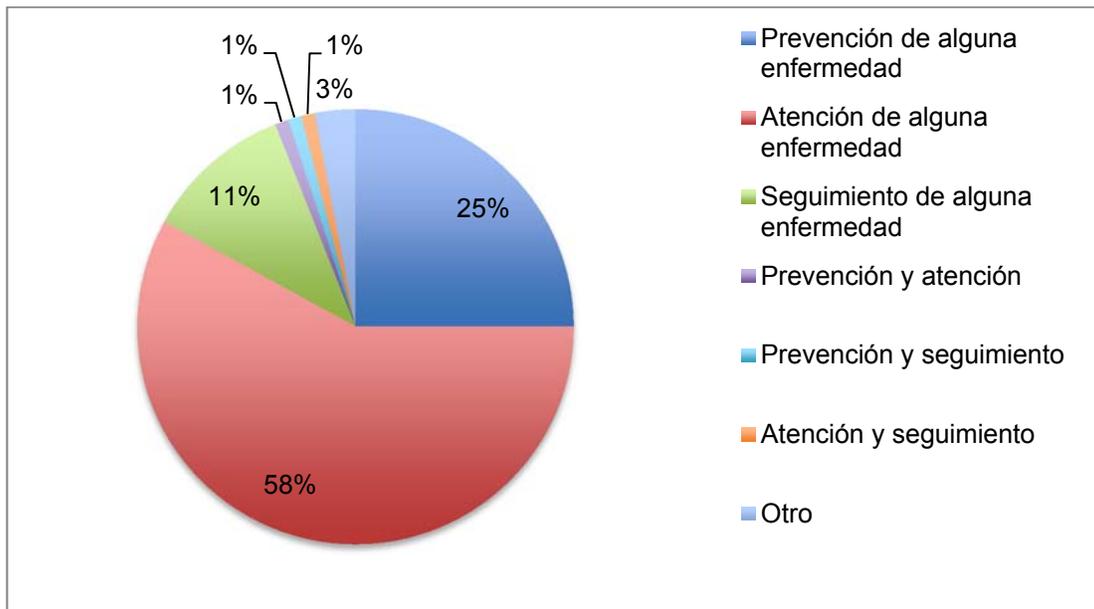
Gráfica 4.25. Distribución porcentual de las razones por las cuales los usuarios acuden a atención médica.



Gráfica 4.26. Distribución porcentual de la población que utiliza los Centros de Salud según frecuencia de uso.



Gráfica 4.27. Principales causas por las que los usuarios de los centros de salud acuden a recibir atención médica.



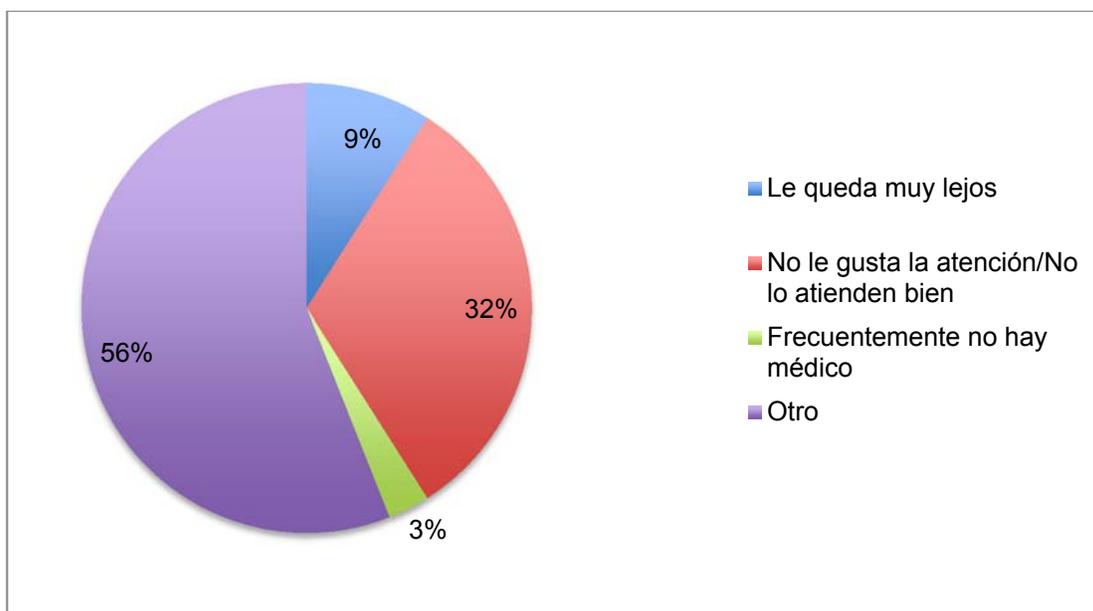
No usuarios

Del 28% de la población que sí conoce el CS pero que no es usuaria, sus principales motivos por los que no utilizan los servicios fueron: porque no le gusta la atención/no lo atienden bien, estas causas equivalen al 32%; mientras que el 56% es debido a otras causas como contar con otro servicio médico o bien, porque prefieren ir a otro lugar para recibir atención médica, en algunos lugares fue importante la referencia a atenderse en Farmacias Similares (Gráfica 4.28).

Esta población no usuaria refirió asistir con un médico general, 35% perteneciente al IMSS y un 31% a médicos particulares (Cuadro 4.18). Asimismo el 50% mencionó que el tiempo de recibir atención médica en estos lugares es desde hace 5 años o más. Por otro lado mencionaron utilizar o acudir otros servicios o lugares para recibir atención médica además de los ya mencionados (Cuadro 4.19). Estos datos también han sido reportados en la ENSANUT 2012, donde se menciona el aumento en la participación

del sector privado y donde aproximadamente una tercera parte de la población fue atendida en consultorios de farmacias⁵¹.

Gráfica 4.28 Principales razones de los no usuarios, para no utilizar los servicios de los CESSA o CAAPS



Cuadro 4.18. Institución a la que pertenece el médico, clínica u hospital al que acude la población no usuaria

Variables	N=141	(%)
Tipo de médico		
Médico general	108	76.6
Médico especialista	15	10.6
Ninguno	6	4.3
No sabe	6	4.3
No contesto	6	4.3
Institución		
IMSS	50	35.5
ISSSTE	8	5.7
SSA	10	7.1
PEMEX	4	2.8
SEMAR/SEDENA	2	1.4
PARTICULAR	44	31.2
Otro	7	4.9
No sabe	6	4.3
No contesto	4	2.8
No aplica	6	4.3

⁵¹ Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados Nacionales. Primera ed. México, DF; 2012.

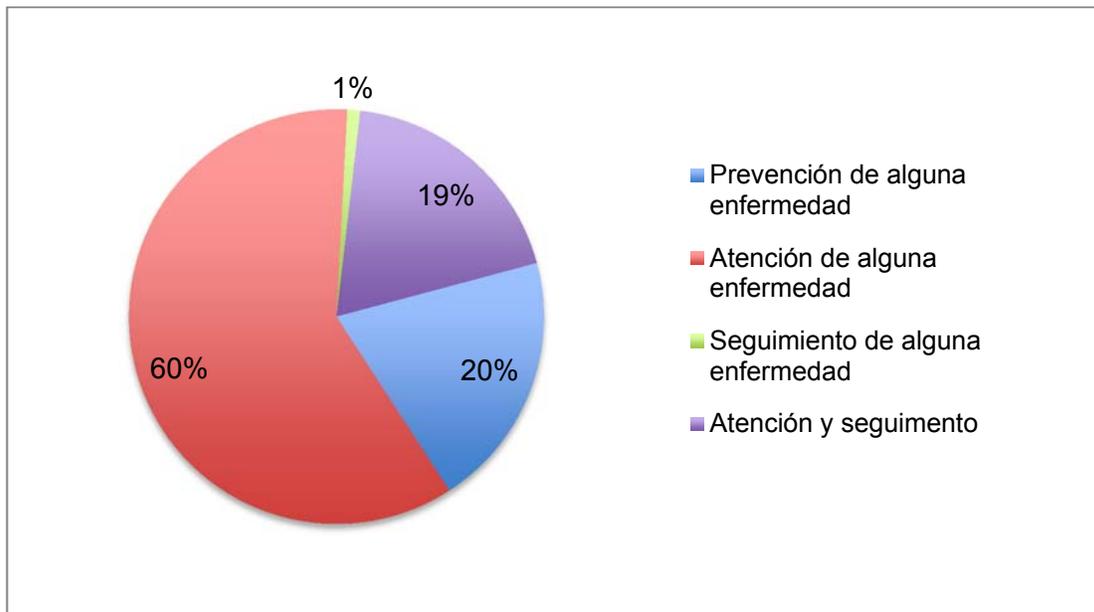
Variables	N=141	(%)
Tiempo de asistir		
Menos de 6 meses	3	2.1
Entre 6 meses y 1 año	7	5.0
Entre 1 año y 2 años	17	12.1
Entre 3 y 4 años	20	14.2
Más de 5 años	71	50.3
No lo recuerda	13	9.2
No contestó	4	2.8
No aplica	6	4.3

Cuadro 4.19. Otras personas a las que acuden los no usuarios para solicitar atención médica

PERSONA	N=141	(%)
Familiar/amigo/vecino	3	2.1
Farmacéutico	2	1.4
Curandero/yerbero	1	0.7
Homeópata/naturista/acupuntura	3	2.1
Enfermera	2	1.4
Quiropráctico	1	0.7
Médico particular	51	36.2
Otro	19	13.5
Ningún otro servicio	56	39.8
No contestó	3	2.1

Existe una coincidencia entre la población usuaria y no usuaria de los CESSA y CAAPS, por lo que se refiere a la razón principal para demandar servicios de salud, el 60% es para la atención de padecimientos (Gráfica 4.29).

Gráfica 4.29. Principales causas por las que los no usuarios de los Centros de Salud evaluados acuden a recibir atención a otros lugares.



El 45% de los no usuarios tuvo que pagar por la atención que recibió, el rango del precio de la atención fue de \$25.00 a \$3,000.00 pesos con una media de \$331.00 (de= 492.5). Cuando se preguntó a la población no usuaria su percepción de que a mayor gasto mejor es la atención, el 43% indicó estar de acuerdo con esta idea.

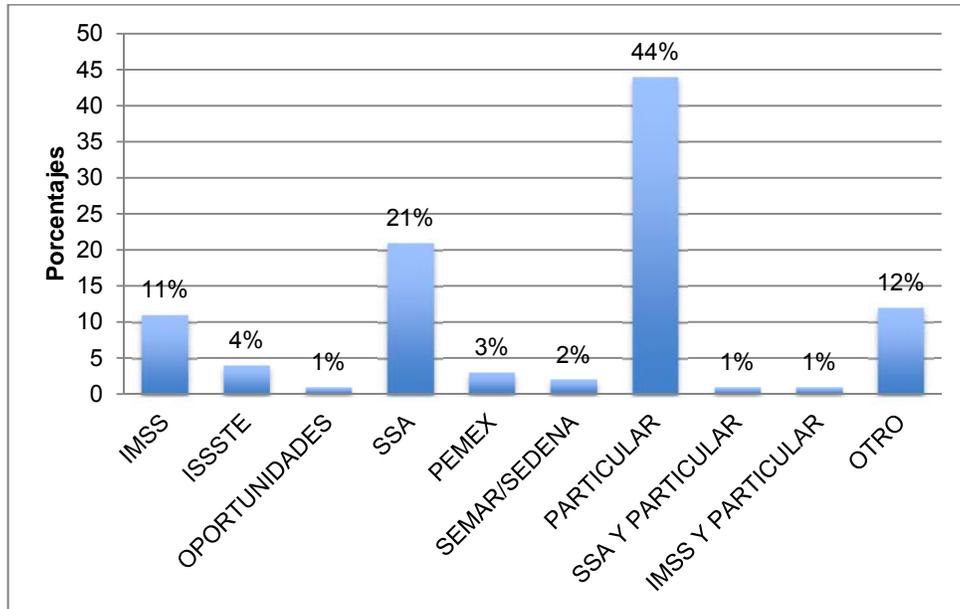
De las personas usuarias de los CS, el 68% mencionó haber utilizado otros servicios médicos además de la consulta externa, el 53% ha utilizado medicina preventiva, 4% cirugía ambulatoria, 3% psicología, 16% atención ginecoobstétrica, 53% laboratorio, 30% estomatología, 18% nutrición, 13% imagenología mientras que el 1% ha utilizado otros servicios como el servicio de urgencias.

Con respecto al tiempo de traslado, el 91% requiere aproximadamente de 30 minutos para llegar desde su casa hasta el Centros, mientras que solo el 1% tarda más de 2 horas. Llamó la atención que el 88% mencionó que la distancia no es impedimento para utilizar los servicios ofrecidos por los Centros.

La población usuaria de los CESSA y CAAPS también hacen uso de otros servicios de salud (59%), sobre todo los servicios médicos particulares (44%), aunque la proporción de uso es baja ya que el 41% refiere utilizarlos sólo algunas veces y el 30% casi nunca

(Gráfica 4.30). Al evaluar la preferencia de parte de los usuarios para asistir a los Centros se encontró que el 61% prefiere ir a los Centros (CESSA Y CAAPS) si requieren de una revisión general, el 51% solo cuando tiene un nuevo problema de salud prefieren acudir a estos centros antes de ir a otro lado.

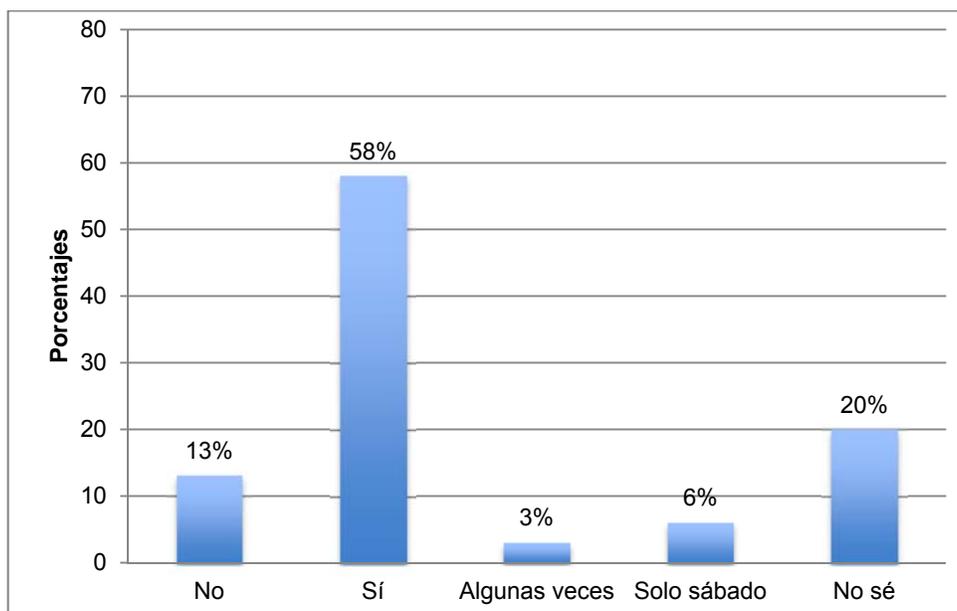
Gráfica 4.30. Porcentajes de otros servicios de salud utilizados por la población de Usuarios de los CESSA y CAAPS



Acceso

El horario de atención de los centros de salud evaluados debe ser las 24 horas los 365 días del año, a este respecto el 65% de los usuarios reconoció que al menos un día, estos Centros están abiertos hasta las 8 de la noche. Con respecto al conocimiento sobre la disponibilidad del servicio durante los fines de semana, el 58% de los entrevistados dijeron sí saberlo, mientras que, el 3% mencionó que solo se encuentran abiertos algunas veces, y el 6% mencionó que solo en sábado se encuentran abiertos (Gráfica 4.31.). El 72% consideró adecuados los horarios de funcionamiento de los CS.

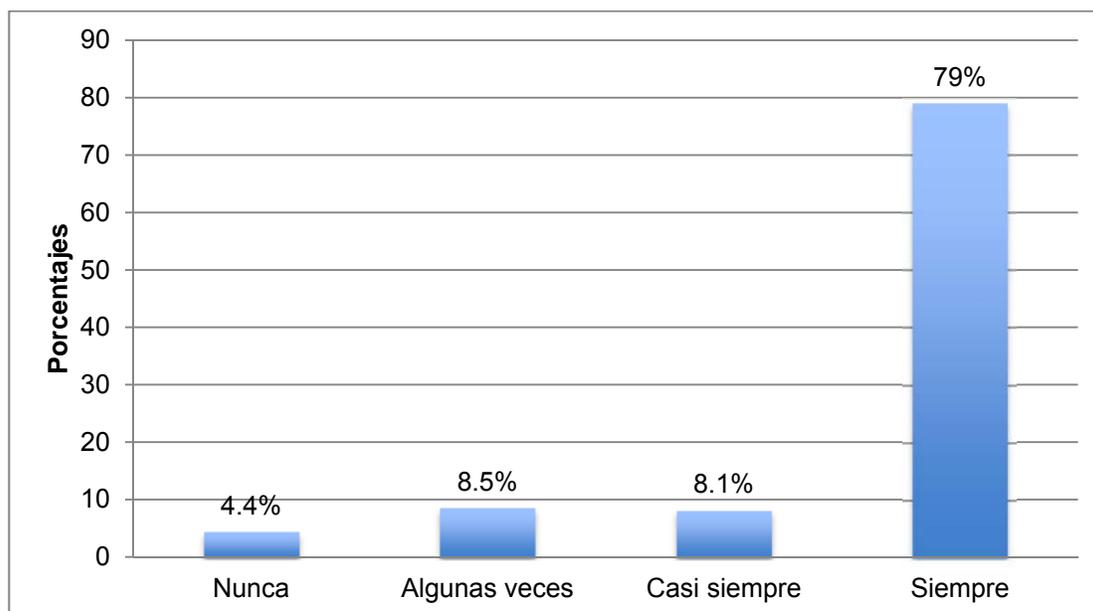
Gráfica 4.31. Porcentajes de conocimiento de los Centros de Salud que brindan Servicios en sábado y domingo.



Con respecto a la atención el 71% de la población usuaria mencionó que si se enferma y el centro de salud está abierto la atienden ese mismo día siempre y cuando alcance ficha aunque tiene que esperar mucho tiempo para recibir atención, el 47% mencionó que si se enferma en fin de semana, no hay nadie en el Centro de Salud que le pueda atender. Por otro lado el 49% mencionó que si se enferma por la noche y el centro de salud se encuentra cerrado si lo pueden atender esa misma noche. Asimismo sólo el 13% dijo saber que los Centros de Salud cuentan con número telefónico o radio al que pueden llamar si se enferman o requieren atención médica.

Para el 49% de los entrevistados resulta fácil obtener una cita en el CS para una revisión general y el 46% consideró como difícil obtener atención médica. Mientras que el 65% indicó que tiene que esperar mucho tiempo para poder obtener la atención médica, por lo que el 87% refiere que para poder asistir a consulta médica tienen que dejar de realizar sus actividades cotidianas siempre o casi siempre, como por ejemplo el trabajo y la escuela siempre o casi siempre (Gráfica 4.32). Esto habla de que la oferta de servicios completos suele restringirse a un turno, principalmente el matutino.

Gráfica 4.32. Porcentaje de población usuaria que tiene que dejar de hacer sus actividades cotidianas para poder asistir a atención médica al Centro de Salud.



Calidad de la atención médica del personal de salud

El análisis factorial identificó 4 factores para evaluar la calidad de la atención, las dimensiones identificadas fueron: calidad de la atención por parte de médicos, calidad de la atención por parte de enfermeras, percepción del tiempo de espera, calidad de las instalaciones y mobiliario. (Cuadro 4.20).

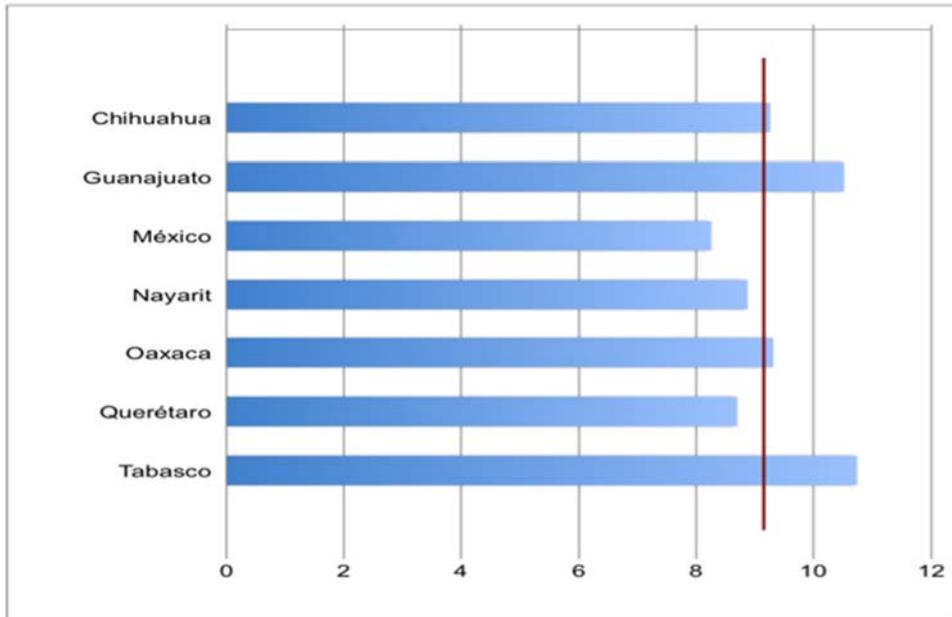
Cuadro 4.20. Resultados del análisis factorial exploratorio de la dimensión de calidad de la atención

FACTOR	Número de reactivos	Coefficiente de correlación	Alfa de Cronbach
1. Calidad de la atención por médicos	5	---	0.88
2. Calidad de la atención por enfermeras	2	0.88	---
3. Percepción/calidad del tiempo de espera	2	0.62	---
4. Calidad de las instalaciones y mobiliario	2	0.59	---

La media general de la calidad de la atención fue de 9.15, que está por debajo de la media teórica estimada en 10 unidades. Se encontró que la percepción de calidad de la

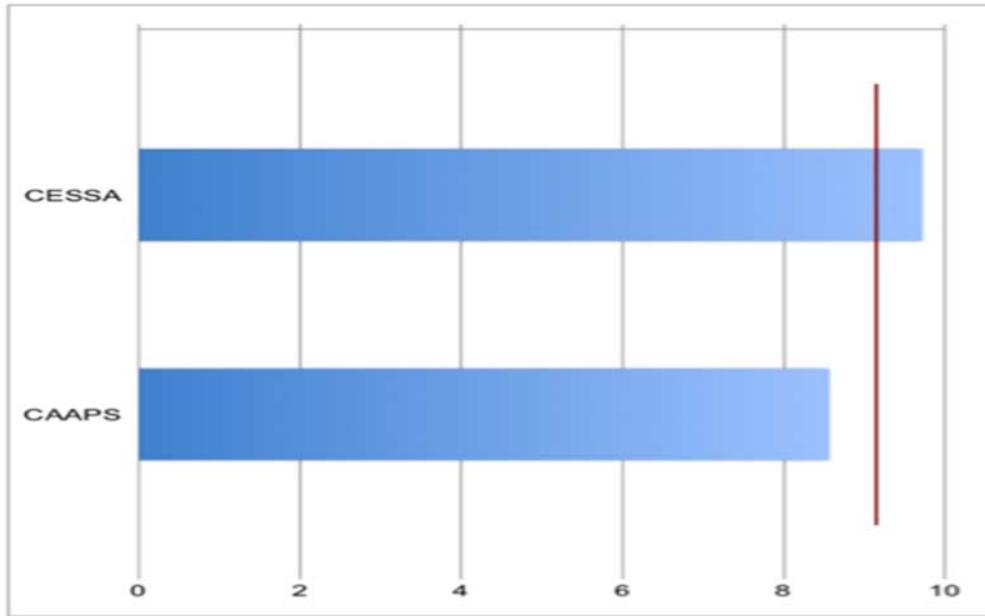
atención por parte de los médicos es mayor en las unidades de los estados de Chihuahua, Guanajuato, Oaxaca y Tabasco con respecto a la media general (Gráfica 4.33).

Gráfica 4.33. Promedios de la calidad de la atención brindada por médicos por entidad federativa. La línea roja indica el promedio general del indicador.

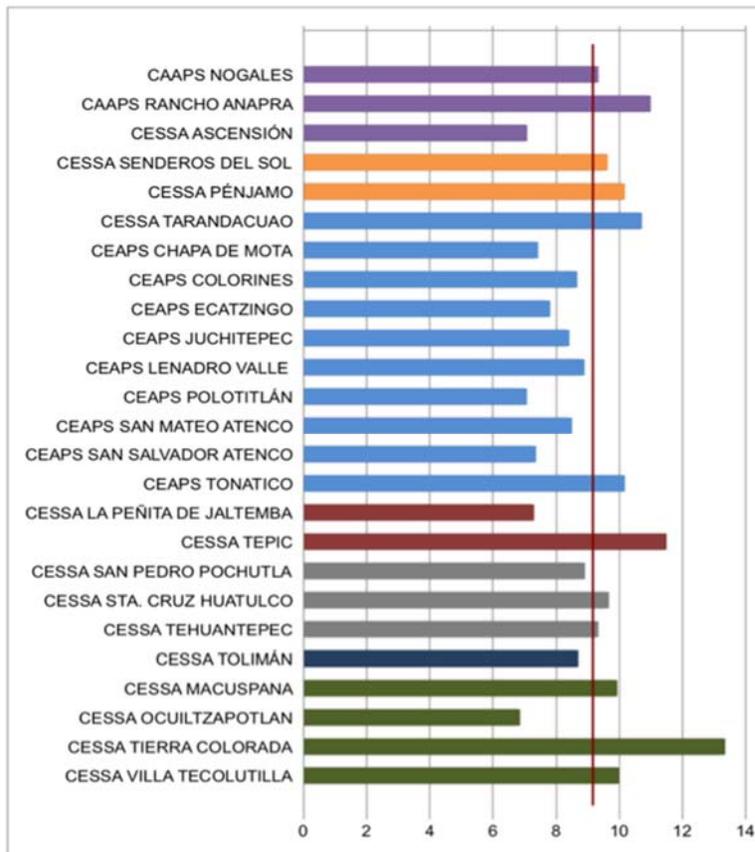


Al evaluar la calidad de la atención por tipo por centro de salud se encontró que los usuarios de los CESSA, son los que presentan una mejor percepción en cuanto a la calidad de la atención (Gráfica 4.34). Del mismo modo el CAAPS Rancho Anapra, los CESSA Tierra Colorada y Juan Escutia fueron los mejor evaluados respecto a la media general (Gráfica 4.35).

Gráfica 4.34. Promedios de la calidad de la atención brindada por parte de los médicos por tipo de centro de salud evaluado. La línea roja indica el promedio general del indicador.

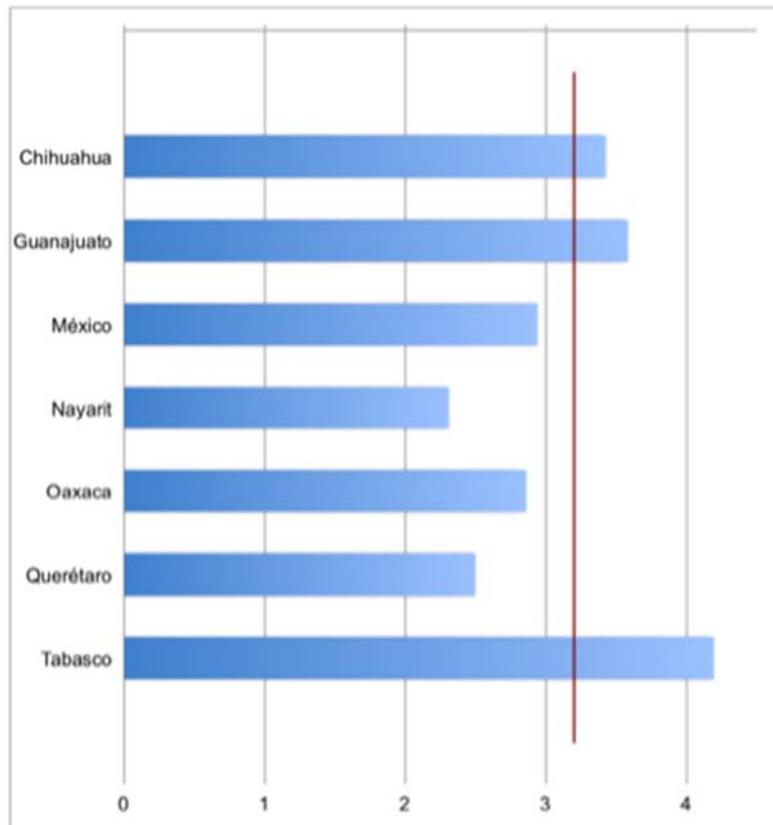


Gráfica 4.35. Promedios de la percepción de la calidad de la atención brindada por parte de médicos en los diferentes Centros de Salud evaluados. Puntajes altos representan mejor atención.

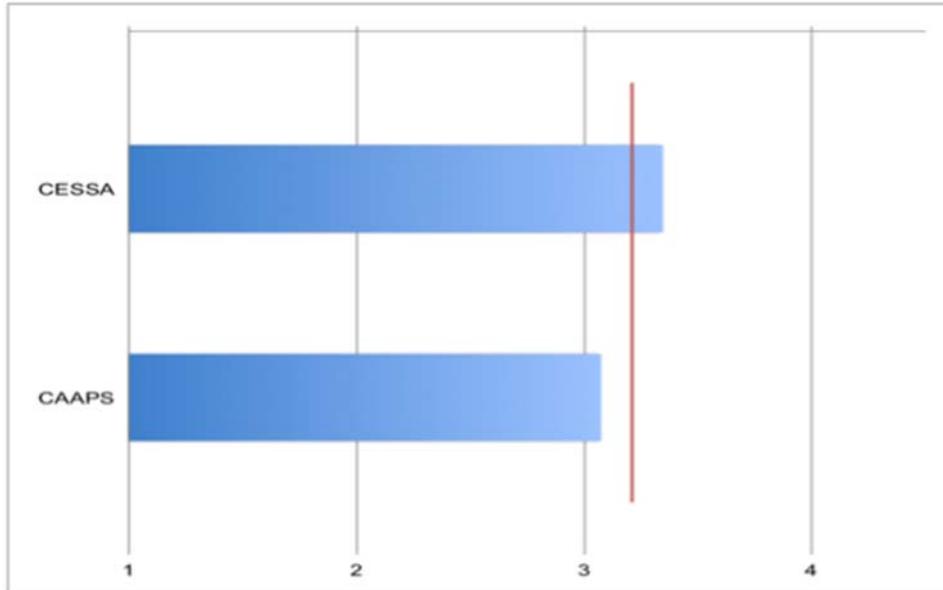


Al evaluar la percepción de la calidad de la atención brindada por el personal de enfermería se obtuvo una media general 3.2 y se estimó una media teórica de 4. Los CESSA de Chihuahua, Guanajuato y Tabasco se encuentran por arriba de la media general (Gráfica 4.36), lo mismo ocurre en los centros CESSA (Gráfica 4.37). Los CS donde la población usuaria indicó mayor percepción en la calidad de la atención de parte del personal de enfermería son CAAPS Rancho Anapra, CESSA Macuspana y CESSA Tierra Colorada, mientras que CESSA La Peñita de Jaltemba, CEAPS San Mateo Atenco y CEAPS Polotitlán corresponden a una menor percepción de la calidad de la atención por parte del personal de enfermería. (Gráfica 4.38).

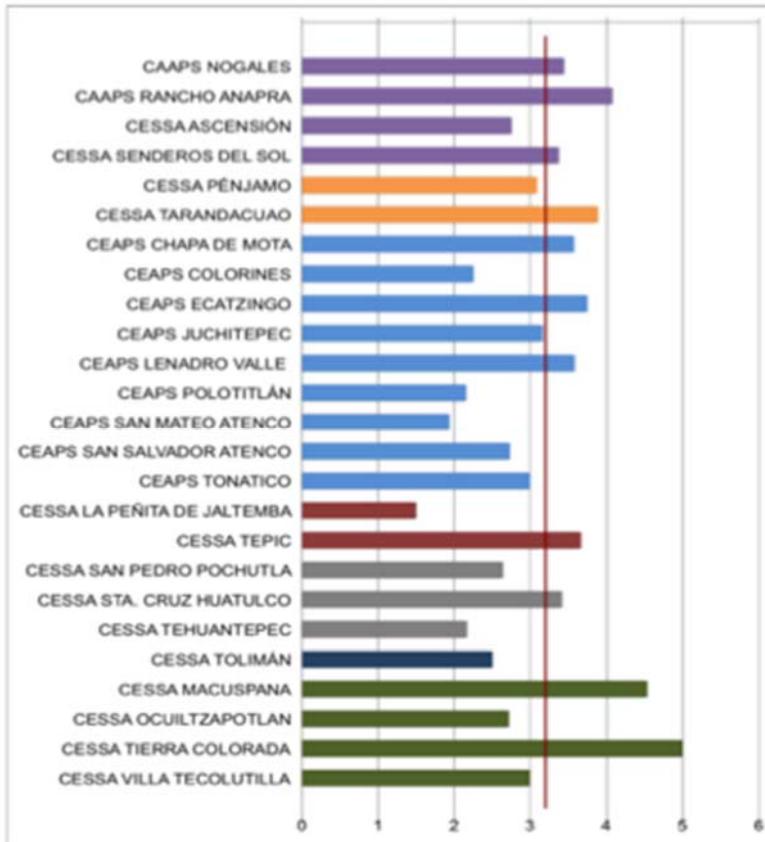
Gráfica 4.36. Promedios de la calidad de la atención brindada por el personal de enfermería por entidad federativa.



Gráfica 4.37. Promedios de la calidad de la atención brindada por parte de las enfermeras por tipo de centro de salud evaluado.



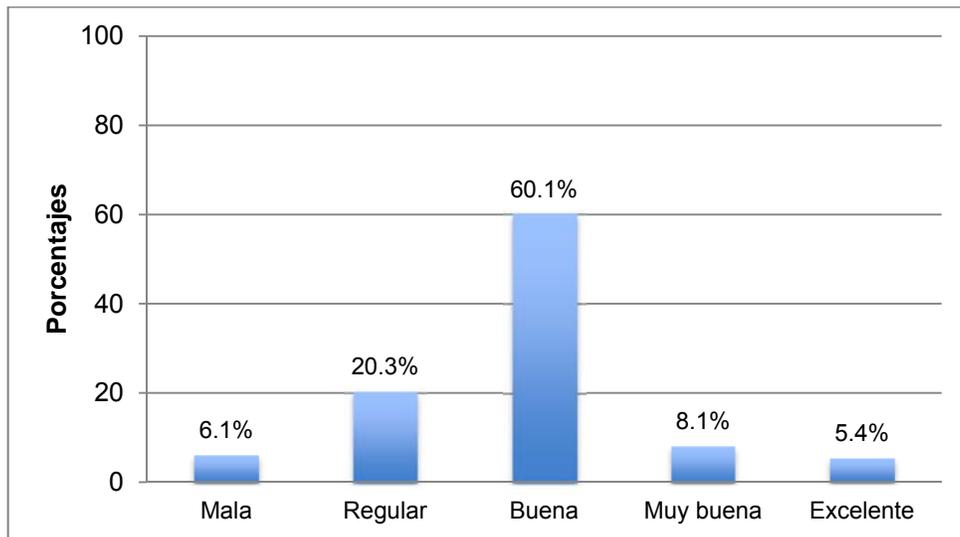
Gráfica 4.38. Promedios de la percepción de la calidad de la atención por parte de las enfermeras en los diferentes Centros de Salud evaluados.



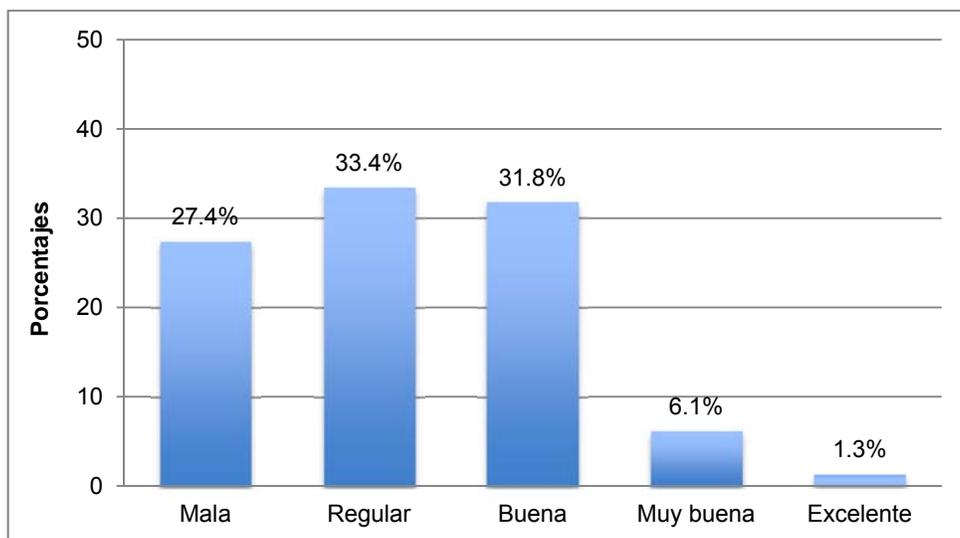
Farmacia

Con respecto a la calidad de la farmacia se evaluó la calidad de la atención y la disponibilidad de medicamentos. El 60% consideró a la atención brindada por el personal de farmacia como buena (Gráfica 4.39). Sin embargo, la disponibilidad de medicamentos fue evaluada como mala o regular por poco más del 60% de las personas (Gráfica 4.40).

Gráfica 4.39. Percepción de la atención por parte del personal de farmacia.



Gráfica 4.40. Percepción de la disponibilidad de medicamentos en los Centros de Salud CESSA Y CAAPS.



No obstante, el 56% afirmó que el centro de salud sí les proporcionaba los medicamentos (Cuadro 4.21.).

Cuadro 4.21. Distribución de entrega de medicamentos a usuarios por parte de los Centros de Salud evaluados

MEDICAMENTOS	N	(%)
Sí, se proporcionan	167	56.4
No, se proporcionan	85	28.7
Algunas veces, se proporcionan	44	14.9
Total	296	100

El 84% de los usuarios a los que no se les entregó el medicamento en los Centros o bien se les entregó en algunas ocasiones, tuvieron que comprarlos en una farmacia privada y los pagaron de su bolsillo (Cuadro 4.22).

Cuadro 4.22. Medidas utilizadas por los usuarios de los Centros de Salud para adquirir medicamentos

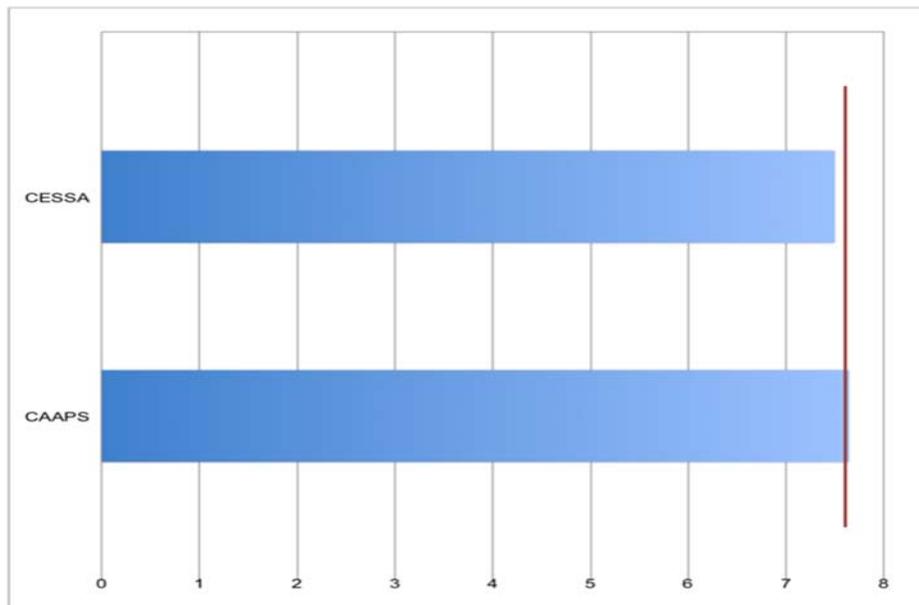
MEDIDAS UTILIZADAS	N	(%)
No comprarlos y suspender el tratamiento	11	8.5
Comprarlos en farmacia privada y pagarlos de su bolsillo	109	84.5
Buscarlos una vez más en su unidad	6	4.6
Regresar a que el médico le recete otro medicamento	1	0.8
No contesto	2	1.5
Total	129	100

Tiempo de espera

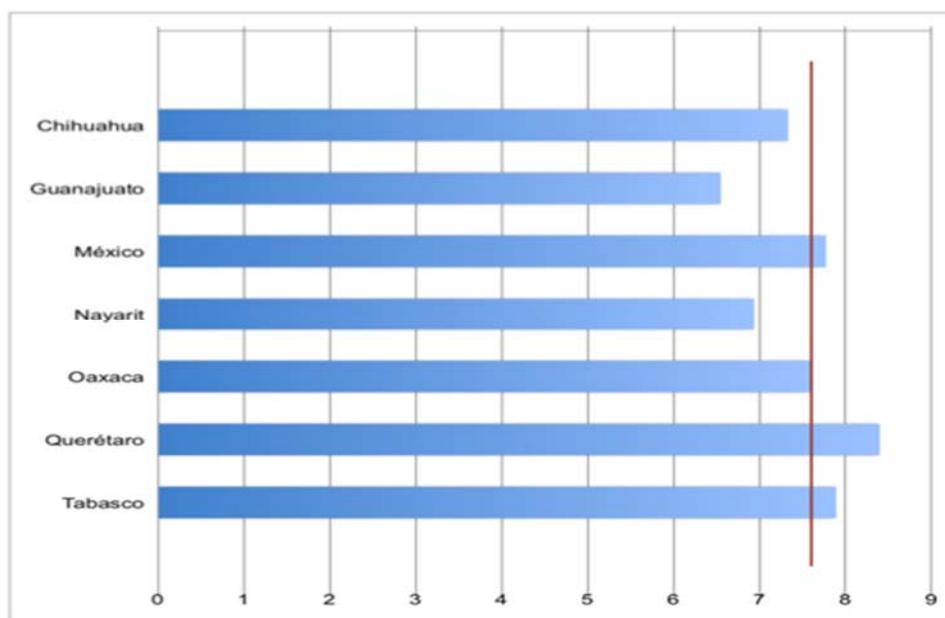
Se evaluó la calidad del tiempo de espera para recibir atención médica por parte de la población en donde se tomó en cuenta el tiempo de espera en minutos y la percepción de parte del entrevistado, con respecto a sí este tiempo era mucho o poco para recibir la atención, la media general fue de 7.6. En este caso, los puntajes altos indican una peor calidad del tiempo de espera. Se encontró que la percepción del tiempo de espera es mejor en los Centros de Salud CESSA (Gráfica 4.41), en los Centros de Salud de los estados de Chihuahua, Guanajuato y Nayarit poseen un mejor tiempo de espera

(Gráfica 4.42). Los CS en donde se tuvo mejor percepción con respecto a la calidad del tiempo de espera (es muy rápido y tarda menos de 30 minutos para recibir la atención médica), fueron el CAAPS Nogales, CEAPS Leandro Valle, CEAPS San Salvador Atenco, CESSA Juan Escutia, CESSA Senderos del Sol, CESSA Tarandacua y CESSA Tehuantepec (Gráfica 4.43).

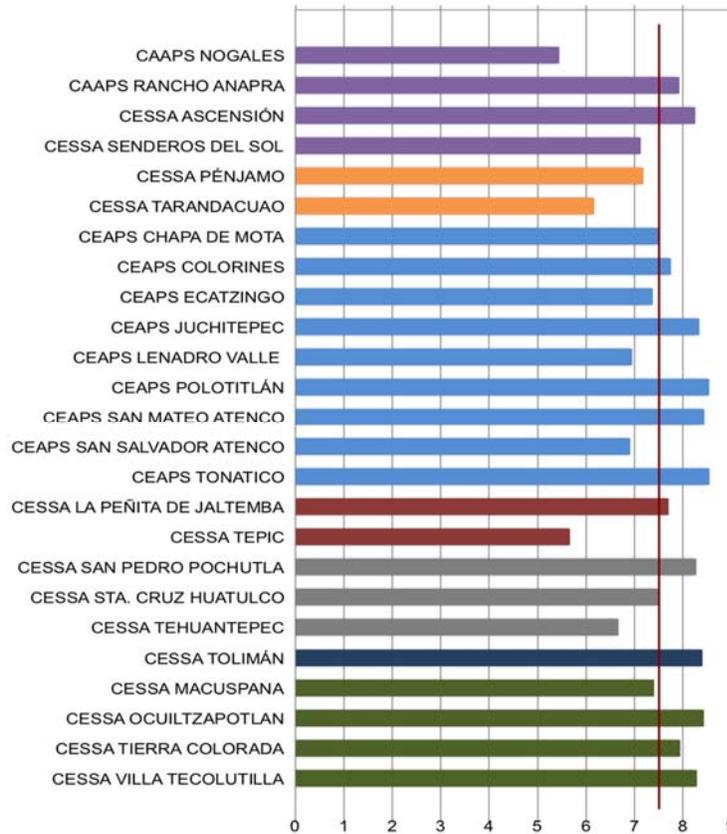
Gráfica 4.41. Promedio de la calidad del tiempo de espera para recibir atención médica por entidad federativa.



Gráfica 4.42. Promedio de la percepción del tiempo de espera por tipo de centro evaluado.



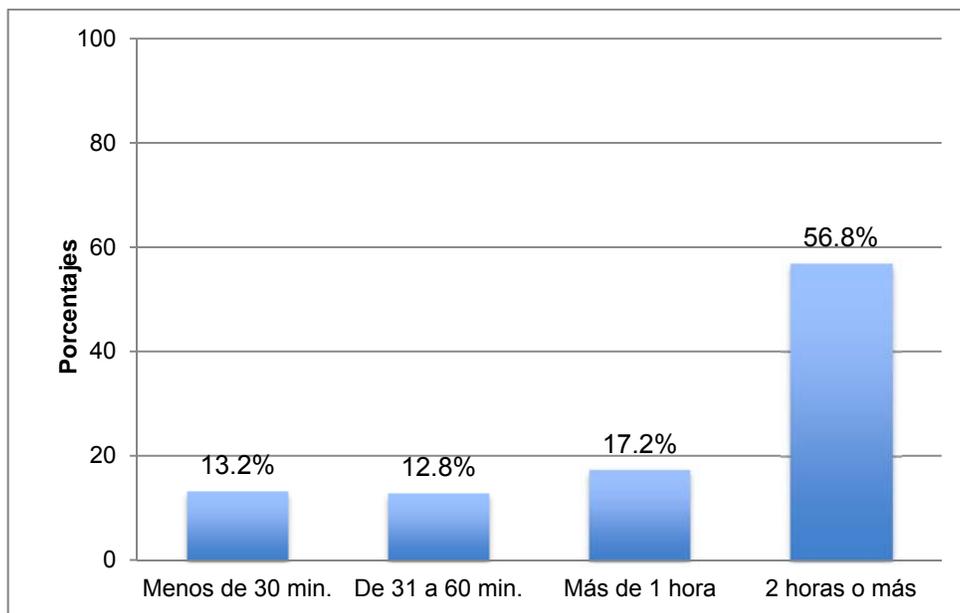
Gráfica 4.43. Promedio de la percepción de la calidad del tiempo de espera para recibir atención médica. Puntajes bajos representan menor tiempo de espera.



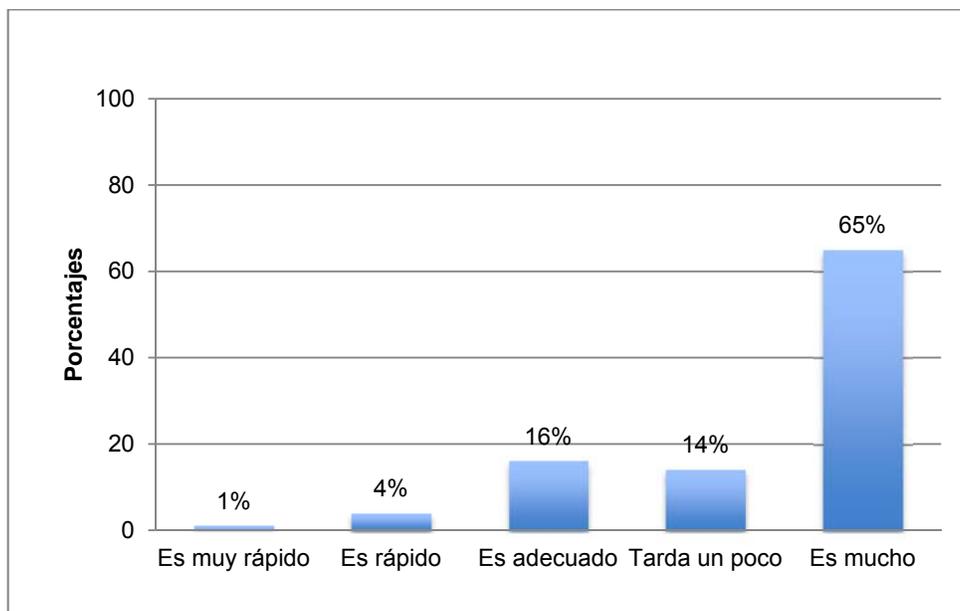
Con base a lo reportado anteriormente el 57% de la población mencionó que tiene que esperar 2 horas o más para recibir atención médica (Gráfica 4.44), siendo considerado este tiempo como mucho por el 65% de la población (Gráfica 4.45). Por otro lado el programa Si calidad establece como tiempo de espera aceptable 30 minutos⁵².

⁵² El Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

Gráfica 4.44. Porcentajes del tiempo de espera para recibir atención médica.



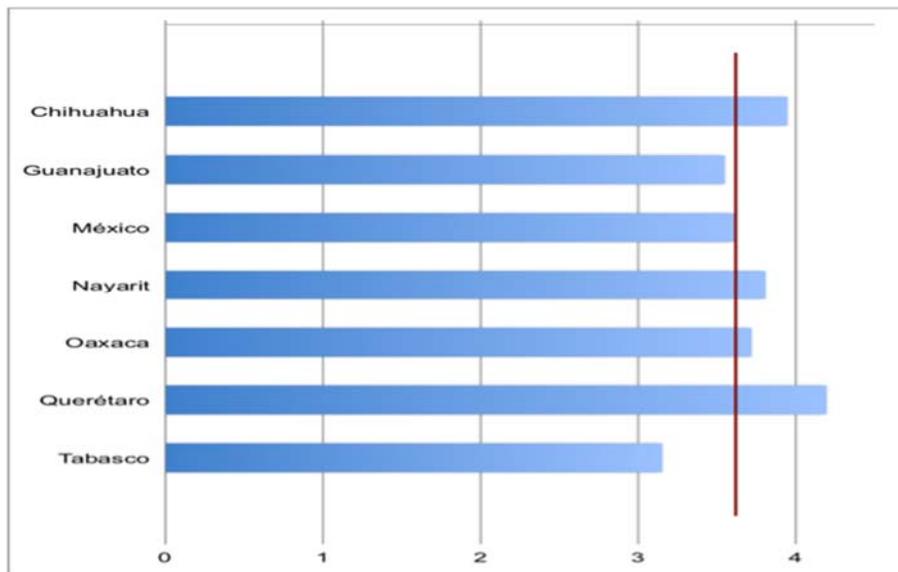
Gráfica 4.45. Percepción del tiempo de espera para recibir atención médica por parte de la población usuaria de los Centros de Salud evaluados.



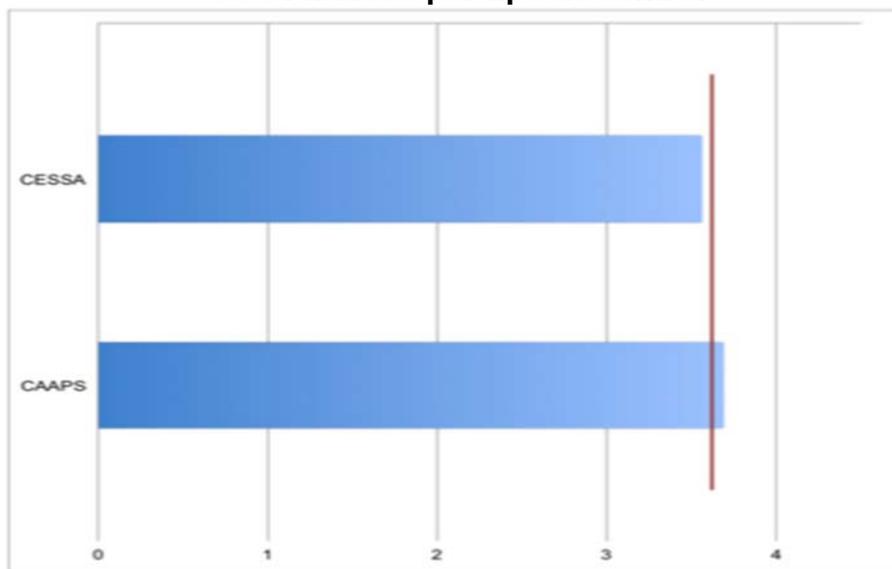
Se evaluó la calidad de las instalaciones de los Centros de Salud y mobiliario con los que cuentan con una media de 3.6. Encontrando que la percepción de calidad de las instalaciones de los centros de salud por parte de la población fue mayor en los estados de Chihuahua, Nayarit, Oaxaca y Querétaro (Gráfica 4.46). Con respecto al tipo de

Centro de Salud la percepción es mayor en los CAAPS (Gráfica 4.47). Los Centros que la población percibe como mejores en cuanto a instalaciones y mobiliario fueron el CAAPS Rancho Anapra, CEAPS Tonicato, CESSA Tehuantepec y CESSA Tolimán, este último es el único que sobrepasa la media general (Gráfica 4.48).

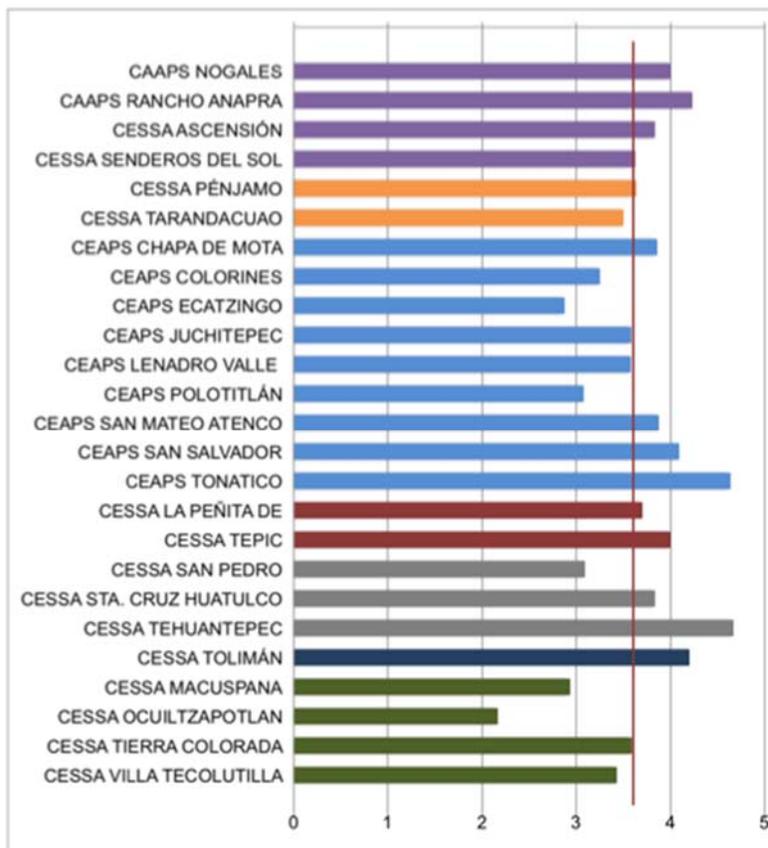
Gráfica 4.46. Promedio de la percepción de la calidad de las instalaciones de los Centros de Salud evaluados por entidad federativa.



Gráfica 4.47. Promedio de la percepción de la calidad de las instalaciones de los CS evaluados por tipo de centro.



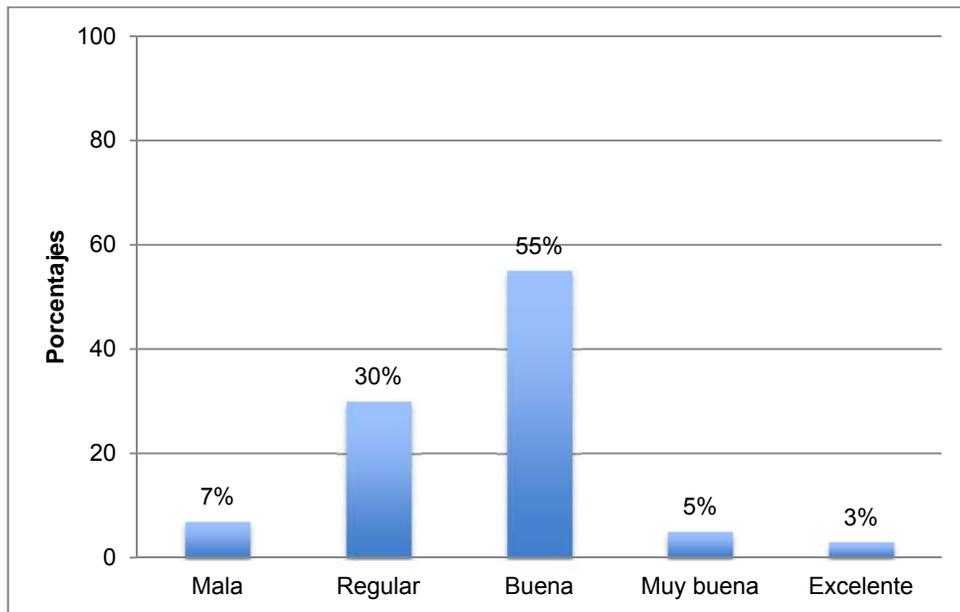
Gráfica 4.48. Promedio de la percepción de la calidad de las instalaciones en los diferentes Centros de Salud evaluados.



Personal administrativo

La calidad de la atención brindada por el personal administrativo (caja, archivo, informes, etc.) fue considerada como buena por el 55% de los usuarios (Gráfica 4.49).

Gráfica 4.49. Distribución de la percepción de la calidad de la atención brindada por el personal administrativo de los Centros de Salud evaluados

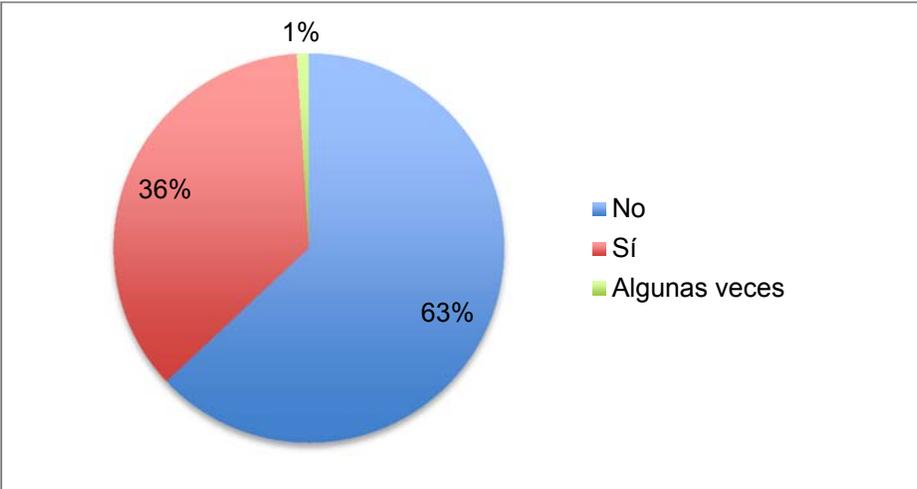


Calidad de la consulta

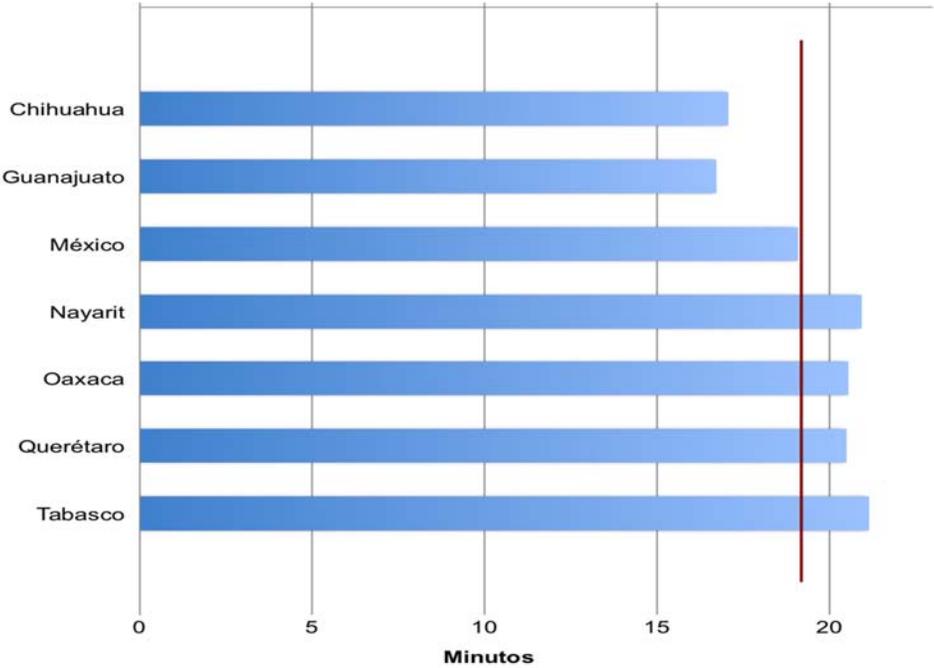
Una de las características deseables de la APS es la atención personalizada, la cual se favorece cuando un paciente es atendido regularmente por el mismo médico. En este aspecto se encontró que cuando acuden a consulta el 63% de los usuarios no siempre son atendidos por el mismo médico (Gráfica 4.50).

La estimación del promedio de la duración de las consultas fue de 19 minutos ($de=9.4$) con un rango de 2 minutos a 1 hora. Este tiempo fue considerado por el 52% de los entrevistados como bueno. Las entidades federativas donde el horario total de las consultas es mayor a 19 minutos son Nayarit, Oaxaca, Querétaro y Tabasco (Gráfica 4.51). Asimismo en la Gráfica 4.52 se pueden observar los diferentes Centros en donde la duración de las consultas es mayor a la media reportada.

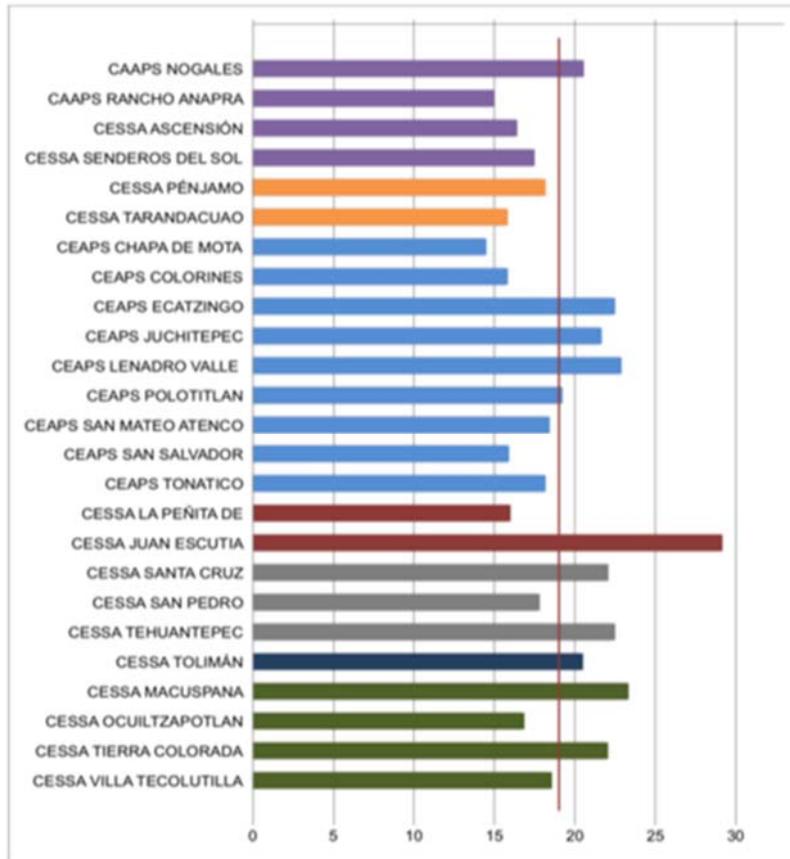
Gráfica 4.50. Porcentaje de usuarios que cuando acuden a consulta médica son atendidos por el mismo médico.



Gráfica 4.51. Promedio del tiempo total de la consulta por entidad federativa.



Gráfica 4.52. Promedio del tiempo total de la consulta en los diferentes Centros de Salud evaluados.



Relación médico-paciente

Respecto a la relación médico-paciente se apreció una percepción general favorable de una interacción adecuada. La mayoría percibe que el médico que los atiende entiende lo que ellos le dicen o piden, les brinda confianza y el tiempo suficiente para hablar de sus preocupaciones o problemas (salud y personales); mientras que el 60% mencionó sentirse cómodo con su médico para hablar de sus problemas de salud.

En este mismo sentido la percepción de la atención como persona más que como paciente fue menos favorable. El 56% de los usuarios indicó que el médico sabe con quién vive, 48% mencionaron que el médico conoce cuáles son los problemas más importantes para ellos, 49% refieren que el médico no se preocupa si tienen problemas para conseguir los medicamentos.

Con respecto al conocimiento del expediente el 54% de los entrevistados indicaron que su médico conoce completamente su expediente mientras que el 53% de los médicos conocen que medicamentos están tomando los usuarios. El 52% refirió no poder cambiar de médico si lo deseara (Cuadro 4.23).

Cuadro 4.23. Porcentajes de percepciones de la población usuaria de los Centros de Salud con respecto al médico y la atención durante la consulta

N=296	Nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	No contestó N (%)
El médico entiende lo que le dice o pide	15 (5.1)	61 (20.6)	57 (19.3)	162 (54.7)	1 (0.3)
El médico le da confianza	16 (5.4)	70 (23.6)	38 (12.8)	171 (57.7)	1 (0.3)
El médico le da el tiempo suficiente para hablar de sus problemas y preocupaciones (salud y personales)	32 (10.8)	58 (19.6)	37 (12.5)	168 (56.7)	1 (0.3)
Se siente cómodo al hablar con el médico de sus problemas y preocupaciones	31 (10.5)	57 (19.3)	29 (9.8)	177 (60.0)	1 (0.3)
El médico se interesa si tiene problemas para conseguir el medicamento	145 (49.1)	47 (15.9)	14 (4.7)	88 (29.8)	1 (0.3)
El médico conoce todos los medicamentos que está tomando	75 (25.3)	36 (12.1)	26 (8.8)	158 (53.4)	1 (0.3)
	Sí	No	No sé	Total	
El médico conoce cuáles son los problemas más importantes para el paciente	142 (48.0)	152 (51.3)	1 (0.3)	1 (0.3)	
El médico conoce completamente el expediente del paciente	159 (53.7)	81 (27.4)	55 (18.6)	1 (0.3)	
Podría cambiar de médico si lo deseara	128 (43.8)	153 (52.4)	9 (3.1)	2 (0.7)	

Se preguntaron también aspectos específicos de la información brindada por el médico, tanto en contenido, como en la calidad. En general, la mayoría percibió adecuadamente la cantidad y calidad de la información en los distintos rubros interrogados: padecimiento, estudios de laboratorio necesarios, tratamiento, evolución y complicaciones del padecimiento. No obstante un 15% de usuarios reportó encontrar la información recibida como confusa o muy confusa (Cuadro 4.24).

Cuadro 4.24 Porcentajes de explicación del médico sobre el padecimiento del usuario y claridad de la explicación.

BRINDO INFORMACIÓN SOBRE...	N	(%)	SI SE DIO INFORMACIÓN, ÉSTA FUE?	N	(%)
	296			296	
Padecimiento			Muy confusa	4	1.3
Sí	243	82.1	Confusa	41	13.8
No	52	17.6	Clara	171	57.8
No contestó	1	0.3	Muy clara	32	10.8
			No aplica	47	15.9
			No contestó	1	0.3
Estudios a realizar			Muy confusa	4	1.4
Sí	242	81.8	Confusa	38	12.9
No	53	17.9	Clara	172	58.3
No contestó	1	0.3	Muy clara	31	10.5
			No aplica	49	16.6
			No contestó	1	0.3
Tratamiento a seguir			Muy confusa	7	2.4
Sí	271	91.5	Confusa	41	13.8
No	24	8.1	Clara	192	64.9
No contestó	1	0.3	Muy clara	34	11.5
			No aplica	21	7.1
			No contestó	1	0.3
La evolución y complicaciones de la enfermedad			Muy confusa	4	1.3
Sí	245	82.8	Confusa	35	11.8
No	50	16.9	Clara	181	61.1
No contestó	1	0.3	Muy clara	34	11.5
			No aplica	41	13.8
			No contestó	1	0.3

Evaluación de servicios auxiliares y de especialidad

Se preguntó acerca de la realización de procedimientos de exploración y somatometría previos a la consulta. Se encontró que en más del 80% de los casos, se hizo esta revisión (Cuadro 4.25).

Cuadro 4.25. Frecuencia con que se realizan procedimientos a población usuaria antes de pasar a consulta

N= 296	Nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Casi siempre N (%)	Siempre N (%)	No contestó N (%)
Toma de peso	4 (1.3)	16 (5.4)	14 (4.7)	261 (88.2)	1 (0.3)
Toma de talla	7 (2.4)	17 (5.7)	11 (3.7)	260 (87.8)	1 (0.3)
Toma de temperatura	26 (8.8)	17 (5.7)	12 (4.0)	240 (81.1)	1 (0.3)
Toma de presión arterial	9 (3.0)	10 (3.4)	12 (4.0)	264 (89.2)	1 (0.3)
Le preguntaron sobre sus problemas de salud	26 (8.8)	22 (7.4)	16 (5.4)	231 (78.0)	1 (0.3)
Lo revisan	25 (8.4)	43 (14.5)	17 (5.7)	210 (70.9)	1(0.3)

Se evaluó la entrega de resultados por parte del laboratorio. El 83% de los entrevistados indicaron recibir siempre sus resultados, así mismo el 87% mencionó que las pruebas son realizadas y entregadas en el horario acordado (Cuadro 4.26).

Cuadro 4.26. Entrega y realización de pruebas de laboratorio, sólo en usuarios que han utilizado el servicio de laboratorio

Resultados y pruebas de laboratorio	N	%
Recibe los resultados de las pruebas de laboratorio		
Nunca	9	5.11
Algunas veces	12	6.82
Casi siempre	8	4.55
Siempre	147	(83.52)
Total	176	(100.00)
Las pruebas son realizadas y entregadas en la fecha acordada		
Sí	156	88.64
No	20	11.36
Total	176	100%

Con respecto a la disponibilidad del expediente cuando los entrevistados acuden a consultas médicas se encontró que el 72% se encuentra disponible y solo el 33% puede solicitar y ver su expediente. (Cuadro 4.27)

Cuadro 4.27. Distribución porcentual del conocimiento de la disponibilidad del expediente clínico

N= 296	Sí N (%)	No N (%)	No sé N (%)	No contestó N (%)
El expediente está disponible cuando asiste al Centro de Salud	214 (72.3)	28 (9.5)	52 (17.6)	2 (0.7)
Puede solicitar y ver su expediente	99 (33.4)	52 (17.6)	143 (48.3)	2 (0.7)

Como su nombre lo indica, una característica básica de los CAAPS y CESSA ampliados es la oferta de servicios más allá de la consulta ambulatoria, enfermería y medicina preventiva. En este sentido se preguntó a los participantes acerca de su conocimiento sobre los servicios que otorgaba el centro de salud. Se incluyeron aquellos que deberían existir en cada unidad. Como era de esperarse, la consulta de medicina general fue el servicio mejor identificado, junto con los de medicina preventiva. Menos

disponibles estuvieron servicios más especializados como los exámenes auditivos y visuales (Cuadro 4.28).

Cuadro 4.28. Distribución porcentual del conocimiento sobre la disponibilidad de servicios en los Centros de Salud reportados por la población usuaria.

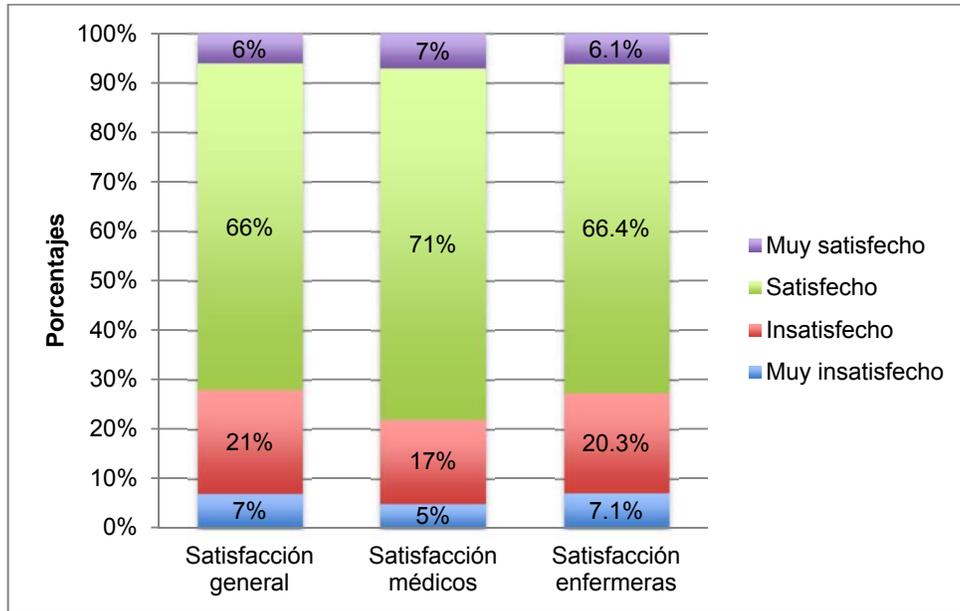
N=296	Sí N (%)	No N (%)	No sé N (%)	No contestó N (%)
Consulta de medicina general	285 (96.3)	5 (1.7)	3 (1.0)	3 (1.0)
Nutrición	182 (61.5)	44 (14.9)	66 (22.3)	4 (1.3)
Medicina preventiva	236 (79.7)	20 (6.7)	35 (11.8)	5 (1.7)
Aplicación de vacunas	271 (91.5)	14 (4.7)	7 (2.4)	4 (1.3)
Odontología (revisión y tratamiento)	234 (79.0)	30 (10.1)	29 (9.8)	3 (1.0)
Información sobre planificación familiar	228 (77.0)	27 (9.1)	37 (12.5)	4(1.3)
Información sobre abuso de sustancias	147 (49.6)	56 (18.9)	88 (29.7)	5 (1.7)
Información sobre tabaquismo	159 (53.7)	46 (15.5)	89 (30.1)	2 (0.7)
Suturas y curaciones	232 (78.4)	23 (7.8)	39 (13.2)	2 (0.7)
Información de enfermedades de transmisión sexual	193 (65.2)	37 (12.5)	64 (21.6)	2 (0.7)
Exámenes auditivos	80 (27.0)	86 (29.0)	127 (42.9)	3 (1.0)
Exámenes visuales	101 (34.1)	89 (30.1)	102 (34.5)	4 (1.3)
Prueba de papanicolaou	240 (81.1)	21 (7.1)	34 (11.5)	1 (0.3)
Prueba para VPH	160 (54.0)	34 (11.5)	101 (34.1)	1 (0.3)
Prueba para VIH	133 (44.9)	42 (14.2)	120 (40.5)	1 (0.3)
Atención ginecoosbétrica	185 (62.5)	55 (18.6)	52 (17.6)	4 (1.3)
Atención prenatal	216 (73.0)	30 (10.1)	47 (15.9)	3 (1.0)
Psicología	124 (41.9)	63 (21.3)	105 (35.5)	4 (1.3)
Información sobre salud mental	74 (25.0)	80 (27.0)	140 (47.3)	2 (0.7)
Imagenología	77 (26.0)	105 (35.5)	110 (37.2)	4 (1.3)
Apoyo de suplementos alimenticios	84 (28.4)	78 (26.3)	133 (44.9)	1(0.3)

Satisfacción de los usuarios

Por último, se averiguó acerca de la satisfacción percibida con la atención brindada por los centros en tres rubros: satisfacción general, con la atención de los médicos y con el personal de enfermería. La correlación entre las tres variables fue muy alta ($p < .00$). La mayoría de la población encuestada se encontraba satisfecha en los tres ámbitos investigados (Gráfica 4.53), esto es consistente con lo reportado previamente en el

Observatorio del desempeño ambulatorio 2010⁵³, en donde los usuarios se mostraron satisfechos y muy satisfechos con la atención recibida.

Gráfica 4.53. Satisfacción con la atención en general.



Con respecto a los servicios auxiliares de diagnóstico, el 73% de los usuarios se encontraban satisfechos con la atención en general del laboratorio, mientras que el 68% estaba satisfecho con la atención general del servicio de imagenología. El 75% refirió estar satisfecho con la atención de la farmacia y el 74% con el personal administrativo (caja, informes, archivo, etc).

Al evaluar la percepción de la experiencia de los médicos para brindar atención médica se encontró que únicamente el 35% de los entrevistados perciben que los médicos cuentan con suficiente experiencia para brindar atención médica y el 78% afirmó que el Centro de Salud cuenta con personal debidamente capacitado para brindar la atención. El 60% dijo que cambiaría al Centro de Salud por otro para recibir atención médica si tuviera la oportunidad de hacerlo, y el 73% recomendaría a familiares y amigos utilizar el Centro de Salud.

⁵³ Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Primera ed. México, D.F; 2011.

Conclusiones

El propósito de este componente de la evaluación fue tener un acercamiento a la opinión de los usuarios potenciales acerca de los centros de salud evaluados. Eran potenciales en la medida de que no eran usuarios activos de los servicios al momento de la encuesta, sino que residían en la zona de influencia de cada centro. En general, se puede decir que la gran mayoría de encuestados conocía la existencia de los centros y además eran usuarios de los servicios de los mismos. Pero también se encontró que si la oferta de servicios en la localidad era variada, en alguna medida el poder adquisitivo podría definir la elección de acudir al centro de salud, con el principal argumento de que la atención brindada en el centro no era de su agrado.

La principal razón para utilizar los servicios médicos de los Centros de Salud por los usuarios y los servicios de otras instituciones por los no usuarios es para la atención de alguna enfermedad, con un porcentaje del 58% y 60% respectivamente. Es importante mencionar que la prevalencia de enfermedades crónicas en la población entrevistada fue muy elevada. El 58% reportó padecer Hipertensión arterial o Diabetes Mellitus.

Con respecto a la calidad de la atención brindada por los médicos y las enfermeras se observó una importante variabilidad entre los centros. Se encontró una mejor percepción promedio en los centros de salud de los estados de Chihuahua, Guanajuato y Tabasco con puntajes por arriba de la media general. Sin embargo, aún éstos estaban por debajo de un desempeño promedio ideal. Los tiempos de espera, la calidad de la relación médico-paciente, el abasto y surtimiento de medicamentos, etc. son todos aspectos que en su conjunto definen esta evaluación. Esto apunta a una revisión de la forma en la que están funcionando los centros y a revisar aquellos procesos que minan su desempeño.

Para la mayoría de los usuarios, al ser los CAAPS y CESSA las principales y únicas fuentes de atención a su salud, el balance de ventajas y desventajas de los servicios recibidos favorece a las primeras. En general se muestran satisfechos con la atención que reciben en ellos. No obstante, este componente documenta las áreas que vale la pena revisar y fortalecer para asegurar la prestación de un servicio con el mínimo de calidad.



5. Efectividad de la Atención. Diabetes mellitus y atención prenatal.

A. Diabetes Mellitus

Introducción

Los CESSA y CAAPS se crearon teniendo como objetivos principales lograr una mayor capacidad resolutive, así como una mejor y mayor cobertura, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad de pacientes con padecimientos crónicos, como la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2).

Para lograr su cometido, además de la ampliación de los servicios ofertados (diagnósticos y terapéuticos) estos centros deben contar con médicos generales y especialistas en gineco-obstetricia y pediatría, así como con nutriólogos y psicólogos, lo que permitiría un manejo más integral de los pacientes. El impacto de dicha estrategia se vería reflejado en el mejor control de la enfermedad y la menor incidencia de complicaciones, disminuyendo a la vez la gravedad de las mismas. Por otra parte, la optimización en la distribución de los recursos en salud fortalecería el primer nivel de atención transformándolo en un servicio más eficiente y resolutive, capaz de atender las necesidades inmediatas de la población sin necesidad de referir a los pacientes a los siguientes niveles de atención.

Objetivos

1. Evaluar la calidad de la información asentada en los expedientes clínicos, así como el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM004-SSA3-2012).⁵⁴
2. Identificar la efectividad de la atención médica que prestan los CAAPS y CESSA en cuanto al tratamiento, cumplimiento de metas terapéuticas y referencia oportuna de los pacientes adultos con DMT2.
3. Evaluar la calidad general de los expedientes clínicos, de acuerdo a las recomendaciones del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECID) de Sicalidad.⁵⁵

Metodología

Para la elaboración del presente estudio se utilizó la metodología de trazadores en salud. Un trazador en salud es una patología, problema de salud o actividad específica que puede servir para evaluar la atención que se brinda en un sistema de salud⁵⁶. Para la selección de los trazadores se utilizan los criterios de Kessner⁵⁷ que contemplan aspectos como el impacto funcional, la definición del problema, la facilidad diagnóstica del mismo, las tasas de prevalencia, el tamaño de la muestra, entre otros indicadores.

La fuente de información utilizada fueron los expedientes clínicos, que funcionan como documentos legales, informativos y de investigación. A partir de ellos se obtuvo

⁵⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. DOF 15 octubre 2012, Cuarta Sección. Pp. 18

⁵⁵ SSA. Sicalidad. Modelo de Evaluación del Expedientes Clínico Integrado y de Calidad (MECIC). Instrucción 187/2009. México, octubre 2009. Disponible en: www.calida.salud.gob/doctos/calidad/Instrucción_187.pdf

⁵⁶ Jiménez Cangas, Leonor; Báez Dueñas, Rosa María; Pérez Maza, Benito Y Reyes Álvarez, Iliana. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 1996, vol. 22, n.1 [citado 2013-11-14], pp. 15-16 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

⁵⁷ Kessner, David M; Kalk, Carolyn E; Singer, James; White, Kerr L. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores / Assessing health quality--The case for tracers. Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 1992. p.555-563, tab. (OPS. Publicación Científica, 534).

información acerca de atención médica, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como de las medidas preventivas que se llevan a cabo para evitar complicaciones.

Se seleccionó como trazador la DMT2 por varias razones; en primer lugar se consideró que se trata de una condición médica de muy alta prevalencia ocupando el segundo lugar en los motivos de atención en salud⁵⁸, se trata de un padecimiento en el cuál los métodos diagnósticos y terapéuticos están bien definidos; asimismo, se tomó en cuenta que el tema debe ser conocido ampliamente por los médicos generales o especialistas. También se seleccionó como segundo trazador la Atención Prenatal, porque de manera similar, forma parte de los 10 primeros motivos de atención en salud, requiere un manejo multidisciplinario e integral y de la misma manera, forma parte de los conocimientos básicos de los médicos generales.

Mediante este método se evaluó el seguimiento al paciente y los procedimientos llevados a cabo por el personal médico, el cumplimiento de las metas terapéuticas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica (GPC) y el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas sobre el tema

Selección de la muestra

Durante el estudio se evaluaron 20 expedientes por cada uno de los 25 centros evaluados, dando un total de 500 expedientes clínicos de pacientes con DMT2. Todos los expedientes fueron elegidos de manera sistemática con inicio y selección aleatoria.

El número de expediente se obtuvo de los ficheros para pacientes crónicos de cada Centro y los expedientes seleccionados se solicitaron al archivo para su revisión.

⁵⁸ Gutiérrez JP, et. al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

Instrumentos

Los instrumentos de *lista de cotejo para revisión de expedientes de pacientes con diabetes tipo 2* y *lista de cotejo para revisión de expedientes de pacientes con atención prenatal* fueron concebidos para evaluar tres dimensiones básicas:

1. Si la información de los expedientes se encontraba debidamente asentada y completa.
2. El cumplimiento de los lineamientos y metas de control que proponen las GPC (Control ambulatorio y referencia oportuna de Prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención y Control prenatal con enfoque de riesgo).⁵⁹
3. La calidad y estado de los expedientes clínicos.

Ambos instrumentos se componen de las mismas secciones básicas, a saber:

I. Datos de identificación del centro de salud, expediente y fecha de levantamiento. Esta sección permite la plena identificación del centro donde fue recabada la información, así como el número de expediente que fue revisado y la fecha de revisión. Esto facilita la identificación de los expedientes y su procedencia, a la vez que evita duplicidades y permite corroborar datos en caso de ser necesario.

II. Datos del último médico tratante. En esta sección se obtuvo el nombre del médico y su especialidad, con el fin de conocer si se cumple con los requisitos estipulados en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012.

II. Identificación del paciente. Mediante esta revisión se obtuvieron los datos de la ficha de identificación y la información demográfica, tomando en cuenta los lineamientos de la NOM-004 SSA3-2012 del expediente clínico.

⁵⁹ Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: Secretaría de Salud; 2008.

⁶⁰ Guía de Práctica clínica para el Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud; 21/MARZO/2013

IV. Antecedentes y comorbilidades del paciente: Recaba información sobre antecedentes personales no patológicos, heredofamiliares y personales patológicos de importancia para la DMT2 y el embarazo, basándose en las GPC correspondientes.

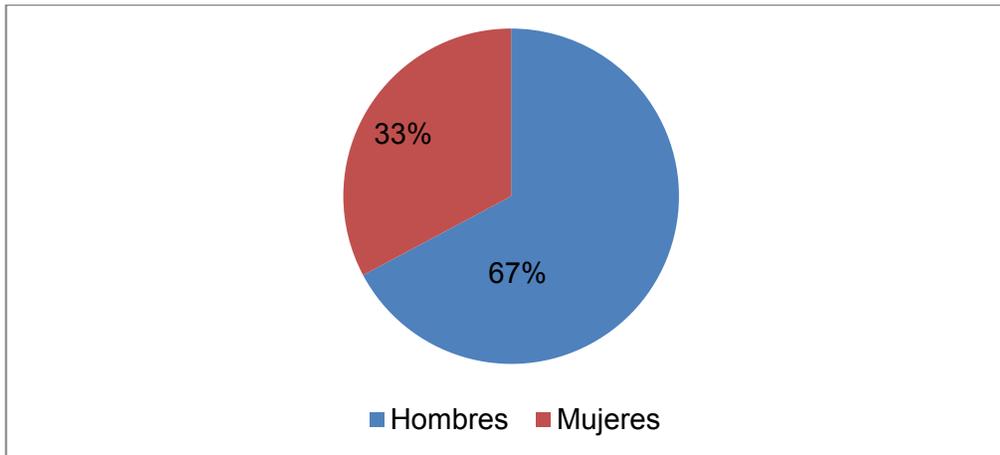
V. Datos de cumplimiento de los lineamientos y metas terapéuticas: Se recabó información puntual sobre la fecha de realización de estudios de laboratorio y los resultados de los mismos, así como de las complicaciones que se hayan presentado y las medidas para diagnosticarlas y evitarlas de manera oportuna.

Calidad del expediente clínico. Esta sección está basada en un instrumento realizado por Sicalidad para la evaluación de expedientes clínicos; recaba información sobre el estado físico de los mismos y algunos aspectos de forma y contenido que le dan carácter legal y se estipulan en la norma del expediente clínico.

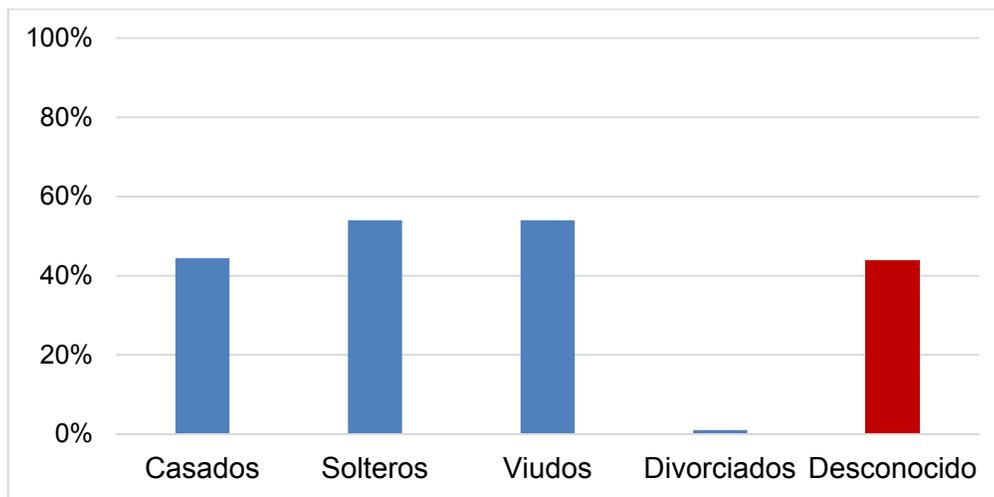
Resultados

De los expedientes revisados de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se encontró que la mayoría de los pacientes eran hombres (Gráfica 5.1) con una media de edad de 56 años lo que concuerda con lo reportado en la ENSANUT 2012, donde se obtuvo una razón en diabéticos mujer:hombre de 4:1 y en donde los grupos de edad con prevalencia más alta de esta patología fueron de los 50 a 80 años de edad. Del total de la población, aproximadamente la mitad eran casados y cerca de 12% solteros, viudos o divorciados; aunque alrededor del 44% del total de expedientes revisados no contaban con la datos del estado civil (Gráfica 5.2).

Gráfica 5.1. Distribución por sexo de pacientes con diabetes tipo 2



Gráfica 5.2. Distribución porcentual de los pacientes con diabetes tipo 2 por estado civil

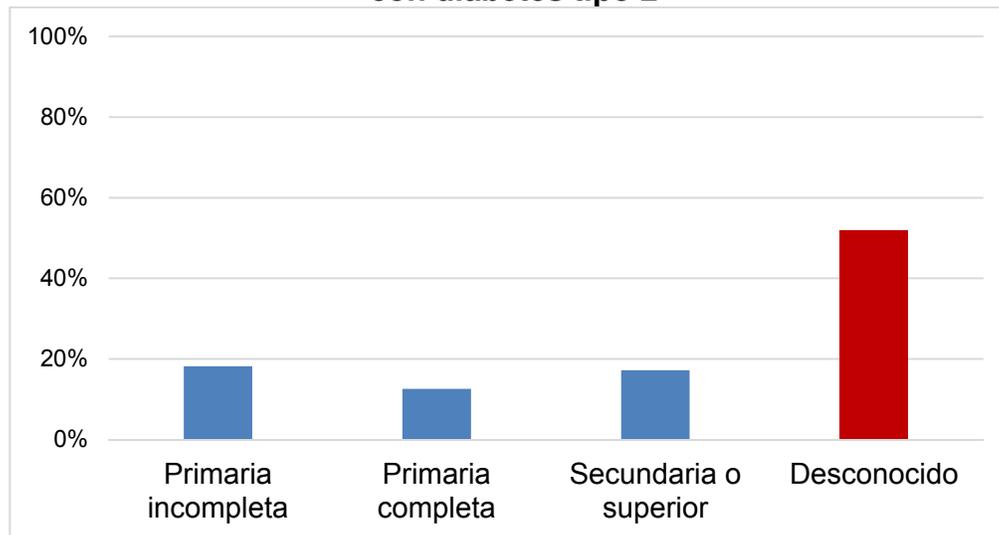


Un alto porcentaje de expedientes (28.6%) no contaban con datos de la ocupación; sin embargo, en aquellos en los que el dato estaba consignado se pudo observar que la ocupación más frecuente fue la de labores del hogar (42.6%), desempeñada principalmente por las mujeres. El conocimiento de esta información es importante debido a que se ha observado una estrecha asociación entre el desarrollo de DMT2 y las actividades desempeñadas por chofer, secretarias, personal de salud, personal del sistema educativo y personal de oficinas, quienes presentan mayor riesgo de padecer la

enfermedad en comparación con individuos que desempeñan actividades laborales de predominio físico⁶¹.

El grado de escolaridad más frecuente fue primaria incompleta, observándose que el grado máximo de estudios de poco más del 10% de pacientes fue primaria concluida como se observa en la Gráfica 5.3. Alrededor del 52% de los expedientes no contaron con información acerca de la escolaridad.

Gráfica 5.3. Distribución por grado de escolaridad de los pacientes con diabetes tipo 2



Conocer la escolaridad de los pacientes resulta importante para tener una aproximación al grado de comprensión que el paciente tendrá sobre su padecimiento, así como para determinar el tipo de abordaje que se dará y las acciones que se llevarán a cabo para mejorar el control y el nivel de apego de estos pacientes.

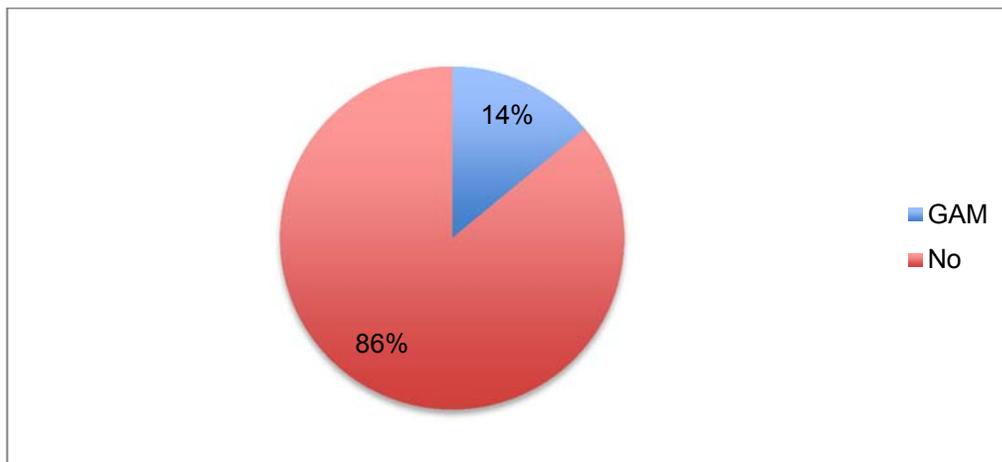
Grupos de ayuda mutua

Un programa importante para la atención de estos pacientes son los grupos de ayuda mutua (GAM) se encontró que únicamente 13.8% de los pacientes participaban en este

⁶¹ Jiménez Cangas, L; Báez Dueñas, RM; Pérez Maza, B y Reyes Álvarez, I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 1996, vol. 22, n.1 [citado 2013-11-14], pp. 15-16. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100008&Ing=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

tipo de grupos (Gráfica 5.4). Estos grupos fueron implementados con el propósito de aumentar los conocimientos de los pacientes sobre su enfermedad (especialmente las crónicas), formar redes de apoyo y capacitar a los pacientes sobre estrategias que permitan un mayor control de su padecimiento.⁶³

Gráfica 5.4. Proporción de pacientes con diabetes pertenecientes a grupos de ayuda mutua



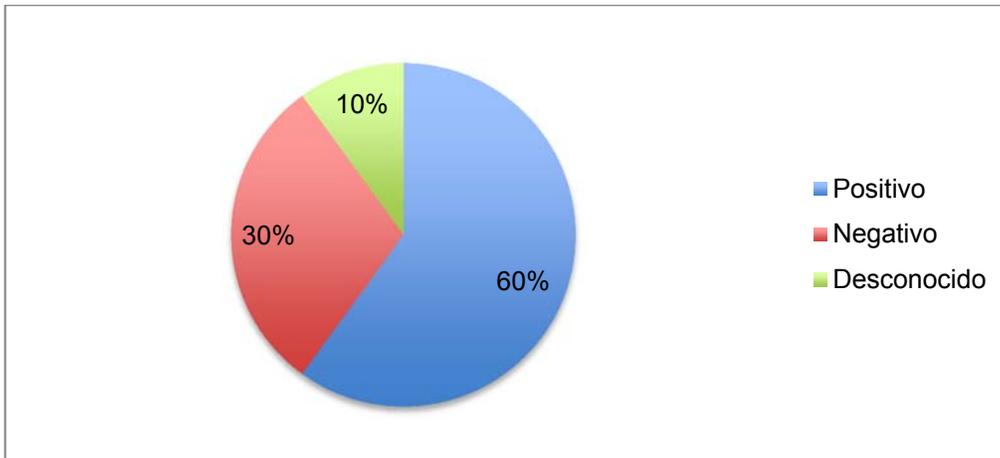
La mediana de consultas por paciente desde el inicio de la atención fue de 25 consultas; es necesario considerar que este valor tiene una amplia variabilidad debido a que hay pacientes que se atienden desde hace varios años y algunos que iniciaron su atención de manera reciente.

⁶³ Kessner, David M; Kalk, Carolyn E; Singer, James; White, Kerr L. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores / Assessing health quality--The case for tracers. Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 1992. p.555-563, tab. (OPS. Publicación Científica, 534).

Antecedentes hereditarios y personales patológicos

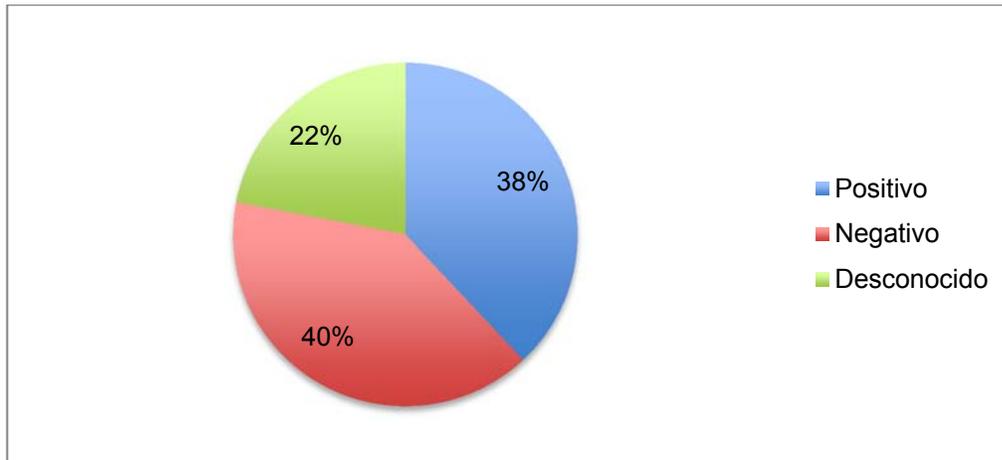
Un amplio porcentaje de los pacientes reportaron tener algún familiar con DMT2, de ellos 64% mencionaron que sus padres, 47% que sus hermanos, y 10% que sus abuelos padecen la enfermedad (Gráfica 5.5). Del total de expedientes, en 10% no se consignó el dato del antecedente de DMT2.

Gráfica 5.5. Proporción de pacientes con antecedente familiar de diabetes tipo 2.



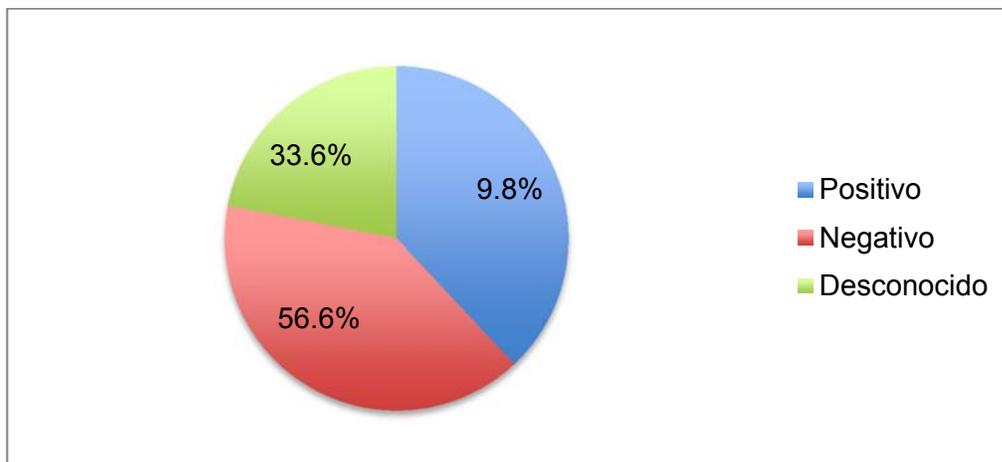
Más de la mitad de las personas reportaron ser fumadoras, con una mediana en el consumo de cinco cigarrillos al día (consumo máximo 50). Cerca de 23% de los expedientes no contenía información sobre el tabaquismo (Gráfica 5.6).

Gráfica 5.6. Prevalencia de tabaquismo en pacientes diabéticos.



Del total de pacientes que consumen alcohol, el 61.8% reportó beber de 2 a 5 copas a la semana, 20.2% comentó que su consumo era de seis o más copas a la semana y en el 18% de los expedientes no se reportó la intensidad de consumo. Cerca de 40% de expedientes no contenía información sobre este hábito (Gráfica 5.7).

Gráfica 5.7. Prevalencia de alcoholismo en pacientes diabéticos



En la muestra estudiada, el 35% de los pacientes presentaban DMT2 como única enfermedad mientras que en el 65% de los casos estuvo acompañada de hipertensión arterial, dislipidemia y/o enfermedad renal crónica (de este total únicamente 2.6% con diagnóstico explícito de esta última).

Operacionalización de los parámetros y metas de control de diabetes mellitus tipo 2

Para fines de este estudio se realizó una operacionalización especial de las metas terapéuticas de control de la diabetes mellitus tipo 2 en población adulta. Esta Operacionalización está basada en documentos nacionales e internacionales de organismos expertos en el manejo de la diabetes, como son las guías de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD)⁸, las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA)⁹ y la GPC para el Diagnóstico, Metas de Control Ambulatorio y Referencia Oportuna de Prediabetes y Diabetes Mellitus Tipo 2 en Adultos en el Primer Nivel de Atención⁷.

Cuadro 5.1. Operacionalización y parámetros de las metas de control de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes adultos.

Variable/parámetro	Óptimo	Aceptable	Inadecuado
Glucemia			
a. Glucosa en ayuno	≤ 110 mg/dl	111-130 mg/dl	≥ 131mg/dl
b. Glucosa posprandrial	≤ 140 mg/dl	141-179 mg/dl	≥ 180mg/dl
c. Hb A1c	≤ 6%	6.1-7%	≥ 7.1%
Colesterol			
a. Total	≤ 180 mg/dl	181-200 mg/dl	≥ 201 mg/dl
b. LDL	≤ 100 mg/dl	101-130 mg/dl	≥ 131 mg/dl
c. HDL			
Hombres	≥ 40 mg/dl	39-35 mg/dl	≤ 34 mg/dl
Mujeres	≤ 50 mg/dl	49-45 mg/dl	≤ 44 mg/dl
Triglicéridos	≤ 150 mg/dl	151-200 mg/dl	≥ 201 mg/dl
IMC	19-24.9	25-26.9	≥ 27
Tensión arterial sistólica	≤ 120mmHg	121-130mmHg	≥ 27
Tensión arterial diastólica	≤ 80mmHg	81-90mmHg	≥ 91 mmHg
Circunferencia abdominal			
Hombres	< 90cm	91-102cm	≥ 103cm
Mujeres	< 80 cm	81- 88cm	≥ 89cm
Microalbuminuria	≤ 29mg/dl/24hrs	30-299 mg/dl/ 24hrs	≥ 300 mg/dl/ 24hrs

⁸ Guía ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Disponible en: <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>

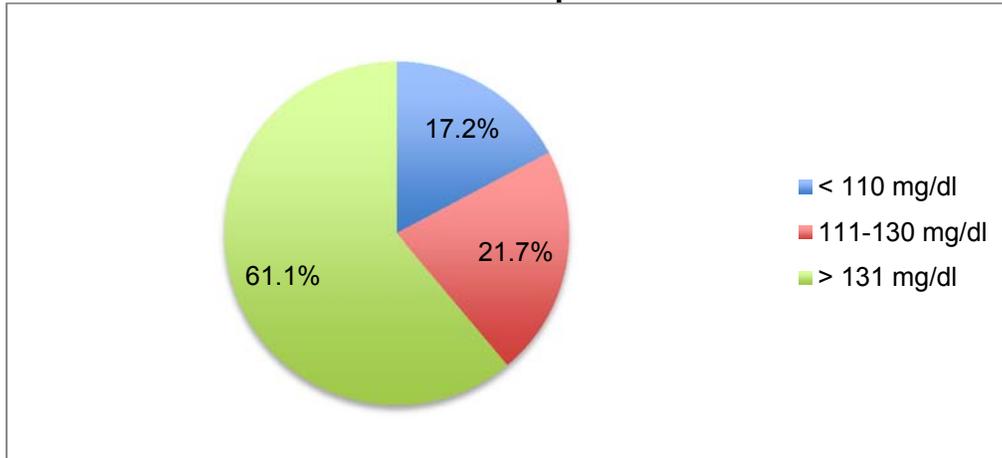
⁹ American Diabetes Association. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2007;30(suppl_1):S48-S65.

Los parámetros más relevantes a tomar en cuenta fueron: El nivel de glucosa, que pudo ser determinado con la glucosa sérica en ayuno, la hemoglobina glucosilada A1c o la glucosa posprandial. El perfil de lípidos que incluye el colesterol total, colesterol HDL y LDL y los triglicéridos. La somatometría y signos vitales que incluyen el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia de cintura y los niveles de tensión arterial sistólica y diastólica. Finalmente un parámetro que refleja la función renal: la microalbuminuria. Todos estos parámetros son de suma importancia en los pacientes diabéticos por ser factores asociados con la morbilidad y mortalidad de esta patología y son predictores de la evolución de sus complicaciones ^{7 y 8}.

Resultados globales sobre el control de niveles de glucosa y perfil de lípidos en los pacientes con diabetes tipo 2.

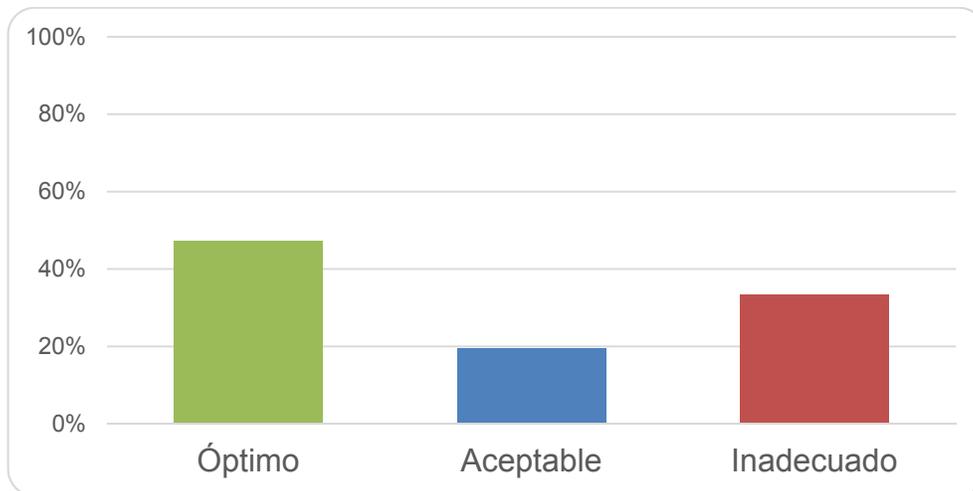
El promedio de la glucosa séricas en ayuno fue de 167mg/dl (± 62.7); del total de expedientes únicamente el 17.2% reportaron niveles óptimos de glucosa en ayuno (< 110 mg/dl), 21.7% niveles aceptables (entre 111 y 130mg/dl) y en el 61.1% se observaron niveles inadecuados, es decir con un valor superior a 131 mg/dl. En 7 expedientes no existieron registros de glucosa sérica en ayuno (Gráfica 5.8).

Gráfica 5.8. Niveles de glucosa sérica en ayuno en pacientes con diabetes tipo 2



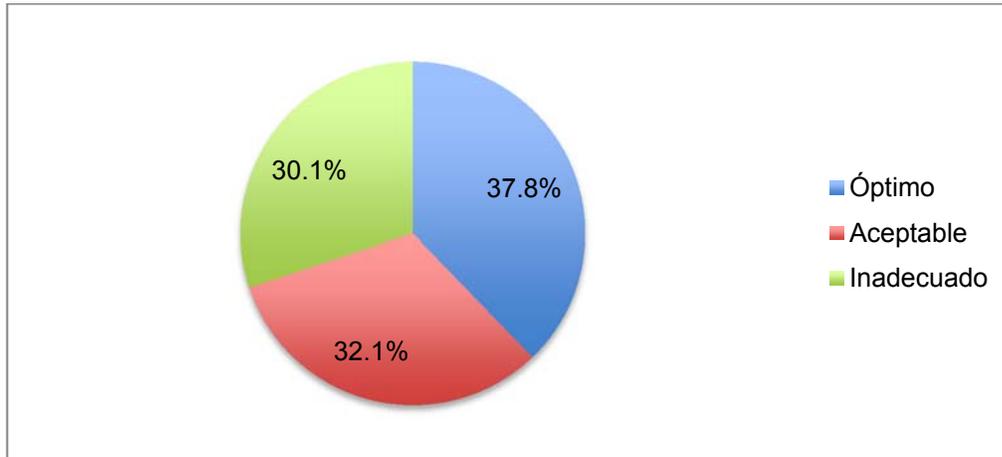
En el caso del colesterol total, 11.6% de los expedientes no contaban con reporte de este parámetro; en aquellos en los que si se reportó, la mediana fue de 184 mg/dl. Los niveles reportados fueron óptimos en el 47.3% de los casos, aceptables en 19.5% e inadecuados en 33.3% (Gráfica 5.9).

Gráfica 5.9. Niveles de colesterol plasmático en pacientes con diabetes tipo 2.



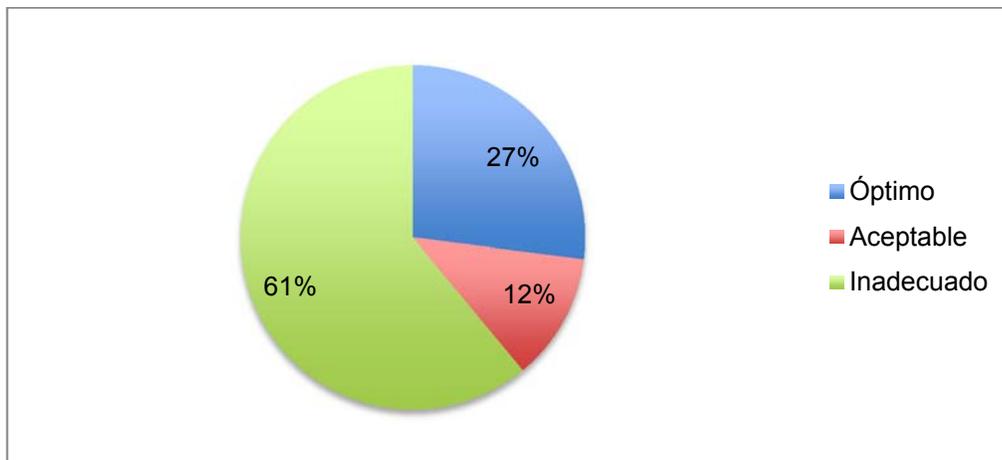
Únicamente 31% de los expedientes reportaron valores de colesterol LDL, con una mediana de 112.5 mg/dl (rango intercuartílico de 90 a 136). Cabe recalcar que el mayor porcentaje de pacientes presentaron un colesterol LDL en niveles óptimos (Gráfica 5.10).

Gráfica 5.10. Distribución de pacientes diabéticos por nivel de colesterol LDL.



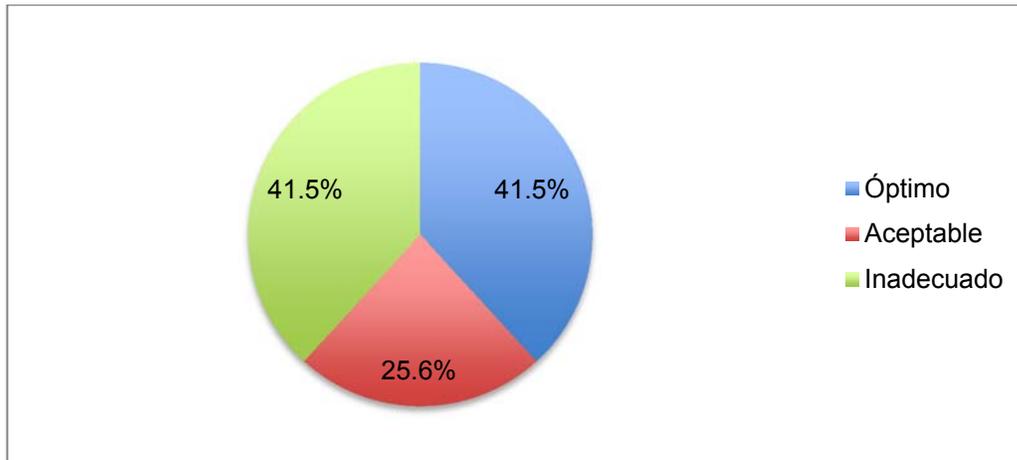
En el caso del colesterol HDL, sólo se presentaron valores en el 32% de los expedientes, de los cuales, 61% presentó niveles inadecuados como se observa en la Gráfica 5.11.

Gráfica 5.11. Distribución de pacientes diabéticos por nivel de colesterol HDL.



Finalmente los triglicéridos en esta población presentaron una mediana de 164.7 mg/dl (rango intercuartílico de 126.3 a 218). Menos de la mitad de los pacientes alcanzaron niveles óptimos de estos lípidos mientras que en 33% de los casos se reportaron niveles inadecuados. (Gráfica 5.12)

Gráfica 5.12. Distribución de pacientes diabéticos por nivel de triglicéridos.



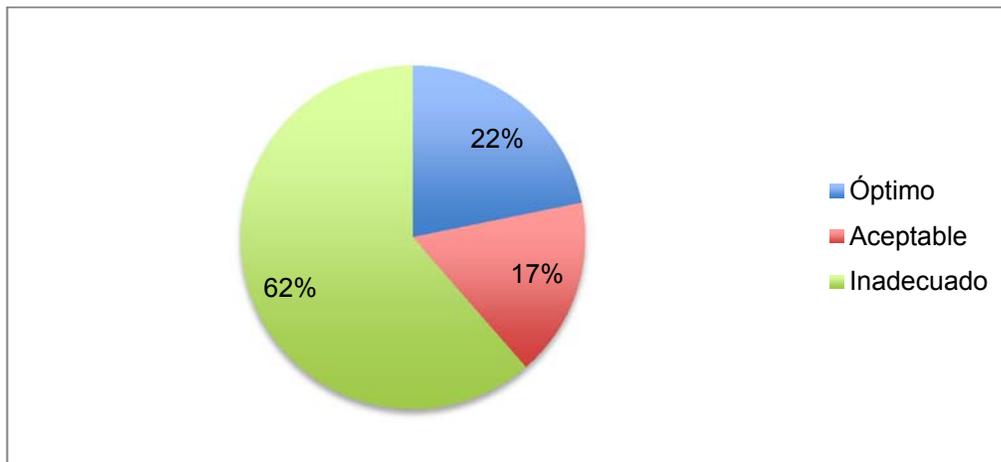
Datos de control en cifras de tensión arterial y peso en los pacientes con diabetes tipo 2.

La mediana de la tensión arterial sistólica (TAS) en la muestra estudiada fue de 120 mmHg. En el 60% de los pacientes se encontraron niveles óptimos de TAS mientras que 25% de los expedientes reportaron niveles aceptables.

En el caso de la tensión arterial diastólica (TAD) se observó que la gran mayoría de los pacientes presentaron niveles óptimos o aceptables con una mediana de 73.3 mmHg. EL 84% de los pacientes tuvieron niveles óptimos y únicamente el 1.6% presentaron niveles inadecuados.

Como se observa en la Gráfica 13, 62% de la población estudiada presentó algún grado de sobrepeso u obesidad lo que casi concuerda con lo publicado por la ENSANUT 2012, en donde se reporta una prevalencia de obesidad en hombres de 69% y en mujeres de 73%⁵.

Gráfica 5.13. Índice de Masa Corporal en pacientes con diabetes tipo 2.

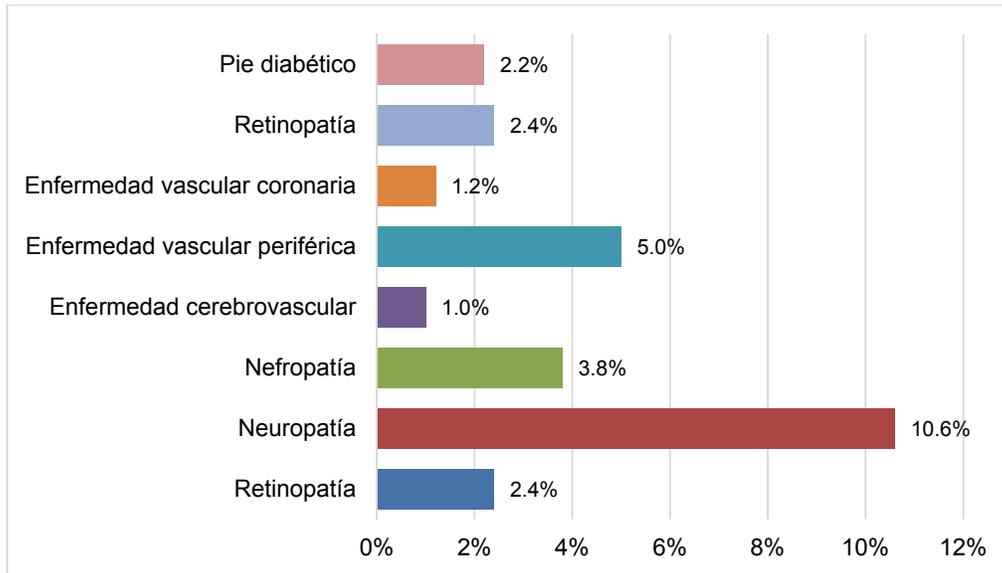


Datos sobre el diagnóstico y manejo de complicaciones en los pacientes diabetes tipo 2

Se indagó en el expediente la presencia de alguna de las complicaciones más frecuentes de la diabetes tipo 2, como pie diabético o enfermedades cardiovasculares con el objetivo de conocer su prevalencia, el tratamiento o manejo que se les da y si están siendo referidos al segundo nivel de atención.

Tal como se observa en la Gráfica 14, existe un sub-diagnóstico de las complicaciones de esta enfermedad, probablemente como consecuencia de la falta de equipo para el diagnóstico, la poca experiencia de los médicos o por la pobre capacitación en torno a la enfermedad. El bajo reporte de las complicaciones podría deberse también al alto número de pacientes referidos al segundo nivel de atención (cerca de 50% de los casos). En la ENSANUT 2012 se reportó disminución de la capacidad visual en alrededor del 46% de los pacientes, úlceras en alrededor del 7%, daño a la retina en un 13%, pérdida de la vista en un 6.5%, daño renal terminal (diálisis) 1.5%, infarto al miocardio 2.4%. Estos últimos datos nos dan un panorama de lo poco que se están diagnosticando las complicaciones en los pacientes, sobre todo aquellas entidades de evolución silenciosa y diagnóstico más complejo como la nefropatía y retinopatía diabética⁵.

Gráfica 5.14. Prevalencia de diagnóstico de complicaciones

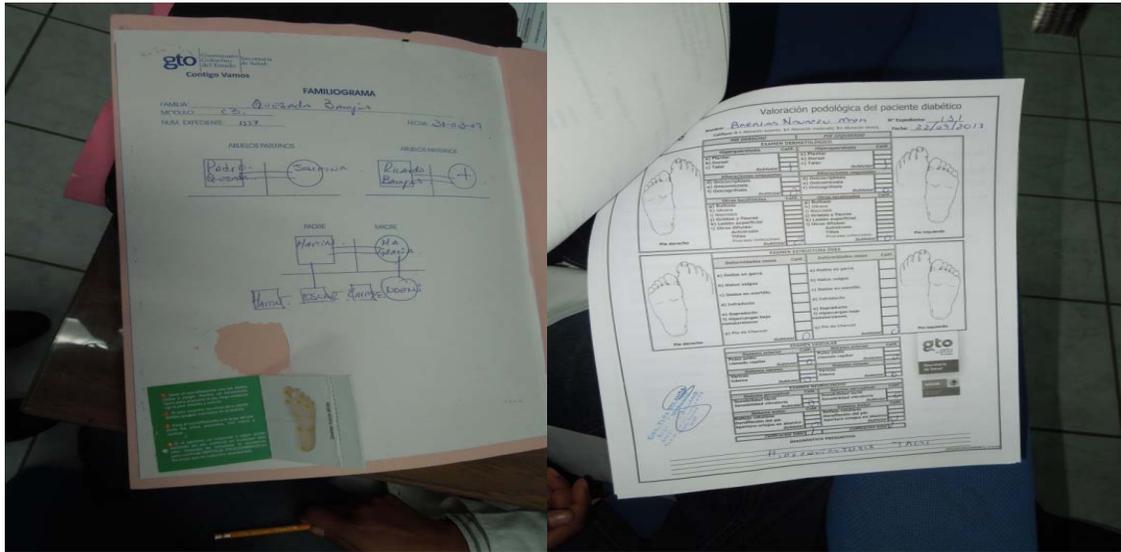


Medidas preventivas y de diagnóstico oportuno de complicaciones

Parte de las situaciones que pueden afectar el adecuado diagnóstico de las complicaciones de la DMT2, principalmente de pie diabético, es la falta de exploración física rutinaria por parte del personal de salud; en este sentido, 48% del total de expedientes no se reportó revisión rutinaria de los pies en cada consulta. En cuanto a la revisión de fondo de ojo únicamente el 9% de los pacientes habían sido sometidos a este tipo de revisión y sólo 4 pacientes tenían algún electrocardiograma. En las entrevistas con los médicos, mencionaron que en realidad no indican este tipo de estudios, aunque esté normado, debido a que no existe el especialista o el equipo en su localidad o en un lugar cercano al Centro.

En cuanto a otras medidas de control y preventivas, únicamente el 34% de los pacientes tenían alguna referencia a nutrición y el 58% había recibido algún tipo de capacitación en diabetes. Las vacunas se aplicaron a un bajo porcentaje de los pacientes; en el caso de la vacuna contra el neumococo sólo se aplicó al 14%, la de la influenza al 18% y la de hepatitis B al 3% de los pacientes.

Foto 5.1 Hojas de control de revisión de ojos y pies

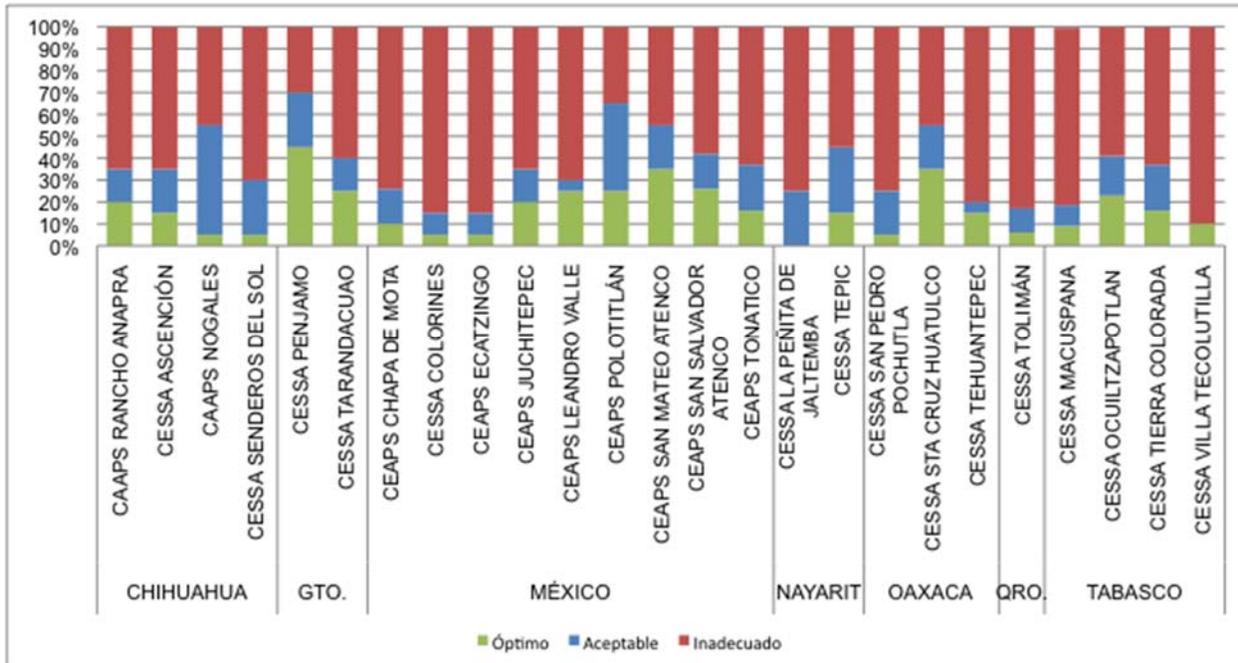


Datos sobre el control de la diabetes tipo 2 por centro

Control de glucosa

Ninguno de los centros estudiados presentó más del 45% de pacientes con control de glucosa. Los centros que contaron con una mayor proporción de pacientes controlados son CESSA Pénjamo, CEAPS San Mateo Atenco y CESSA Santa Cruz Huatulco. Los centros con una menor proporción de pacientes en nivel óptimo fueron CESSA San Pedro Pochutla, CESSA Senderos del Sol, CEAPS Colorines y Ecatzingo, CAAPS Nogales y CESSA La Peñita de Jaltemba todos con menos del 5% de pacientes con control.

Gráfica 5.15. Niveles de control de glucosa en pacientes diabéticos por centro.

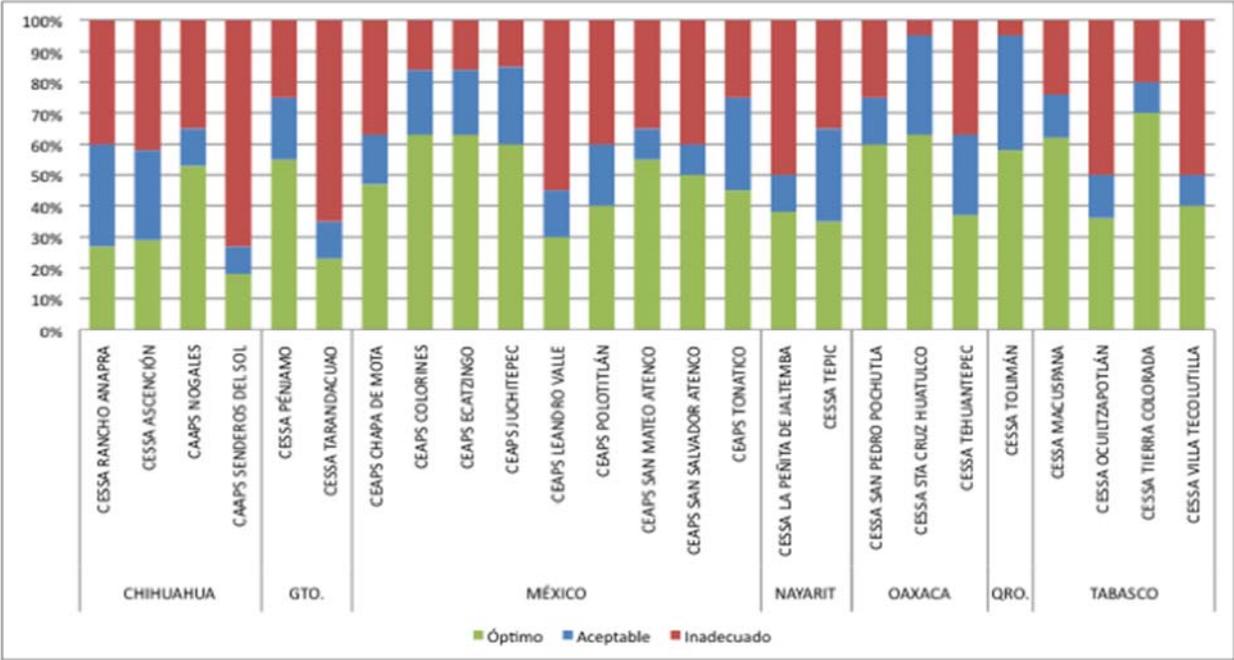


Como se observa en la gráfica anterior, se hace evidente el predominio de niveles inadecuados de glucosa en los pacientes a pesar de que incluso los niveles aceptables ya implican un riesgo de salud para los pacientes.

Control del colesterol

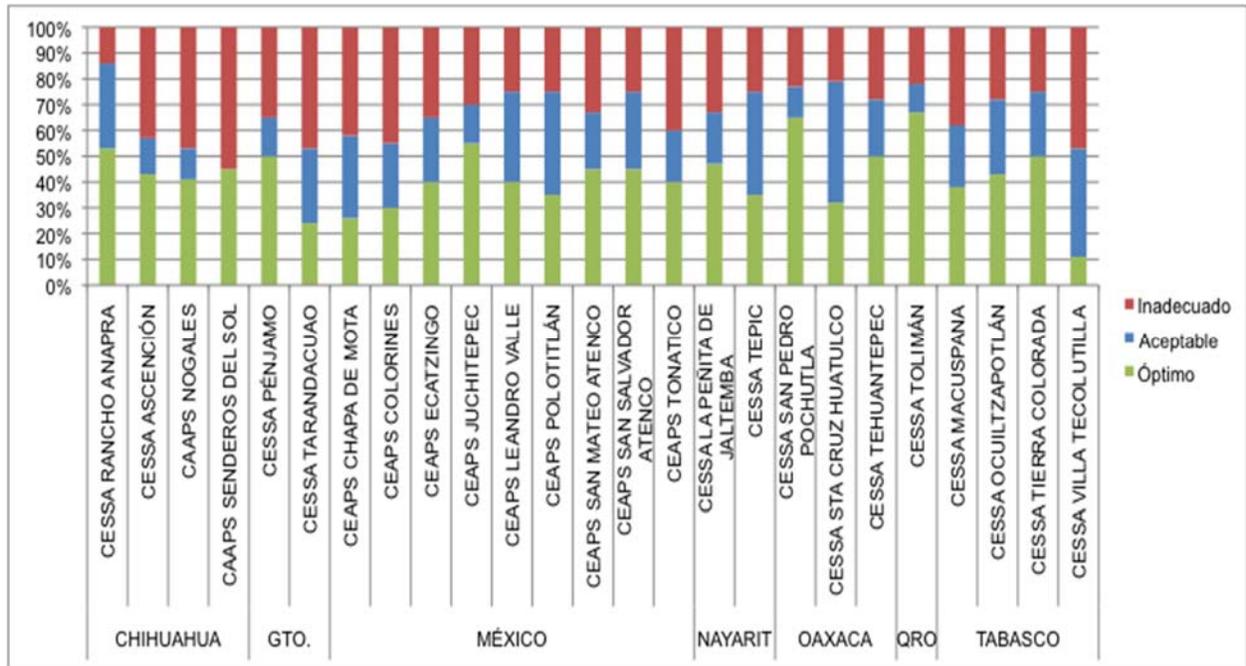
En lo que se refiere a colesterol total, se encontró un mayor control en los centros CAAPS Rancho Anapra, CEAPS Juchitepec, CESSA Pénjamo, San Pedro Pochutla, Tehuantepec, Tierra Colorada y Tolimán, en donde cerca de 50% de los pacientes presentaba niveles óptimos. Los centros con pacientes descontrolados en niveles de colesterol fueron CESSA Tarandacua, CEAPS Chapa de Mota y CESSA Villa Tecolutilla con una proporción de pacientes en control inferior al 30%.

Gráfica 5.16. Niveles de control de colesterol en pacientes con diabetes tipo 2 por centro.



En lo que respecta a triglicéridos, los centros que tuvieron un mejor control fueron CEAPS Polotitlán y CESSA Tolimán con una proporción de pacientes con niveles séricos óptimos superior al 60%. Los centros con mayor descontrol en este indicador fueron CESSA Villa Tecolutilla, CEAPS Chapa de Mota y CESSA Tarandacuao con una proporción de pacientes en niveles óptimos inferior al 30%.

Gráfica 5.17. Niveles de control de triglicéridos en pacientes diabéticos por centro



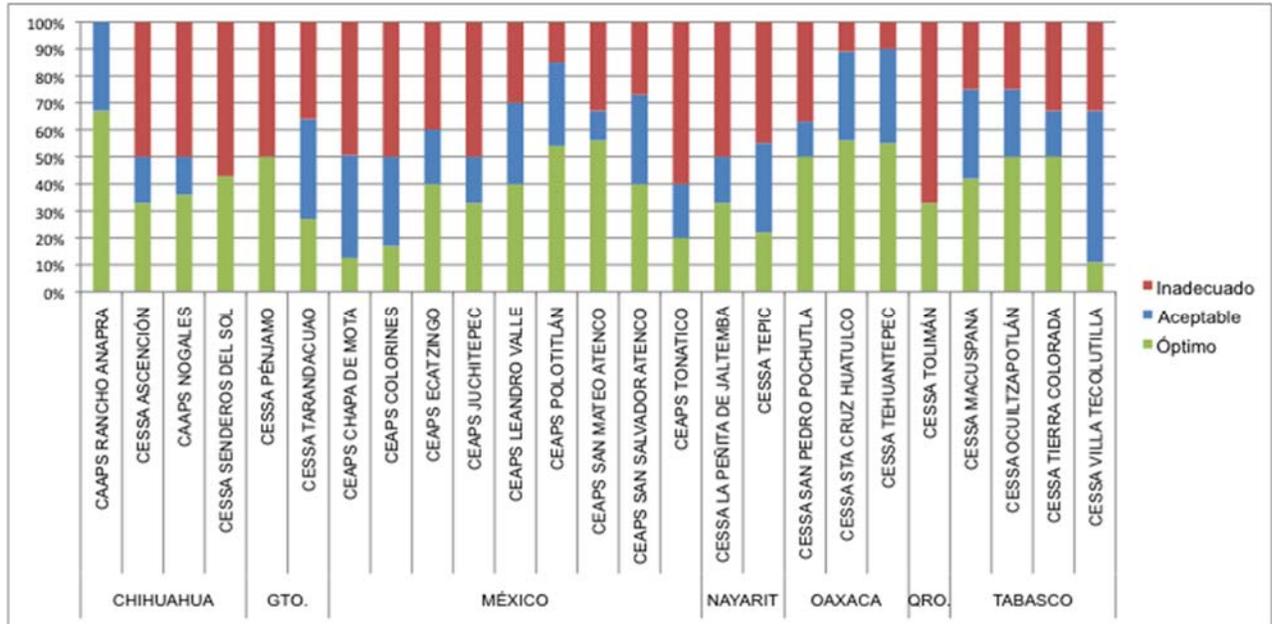
Cabe destacar que los centros en los que se observó un control pobre en los niveles de colesterol total de sus pacientes sean los mismos que tuvieron un pobre control de los triglicéridos.

Niveles de control de tensión arterial por centro de salud

La tensión arterial es un importante factor asociado a enfermedades cardiovasculares, sobre todo si se asocia con DMT2, por lo que es un parámetro que debe ser controlado y vigilado en todo paciente.

La tensión arterial fue el parámetro con una mayor variabilidad de control entre centros. De acuerdo con la Gráfica 5.18, los centros con un mejor control de tensión arterial fueron CAAPS Rancho Anapra, CEAPS Polotitlán, CESSA Santa Cruz Huatulco y CESSA Tehuantepec con proporciones de niveles óptimos por encima del 50%. CEAPS Chapa de Mota, CEAPS Colorines, CESSA Villa Tecolutilla y CEAPS Tonatico fueron los centros con menor proporción de pacientes en niveles óptimos (inferiores al 20%).

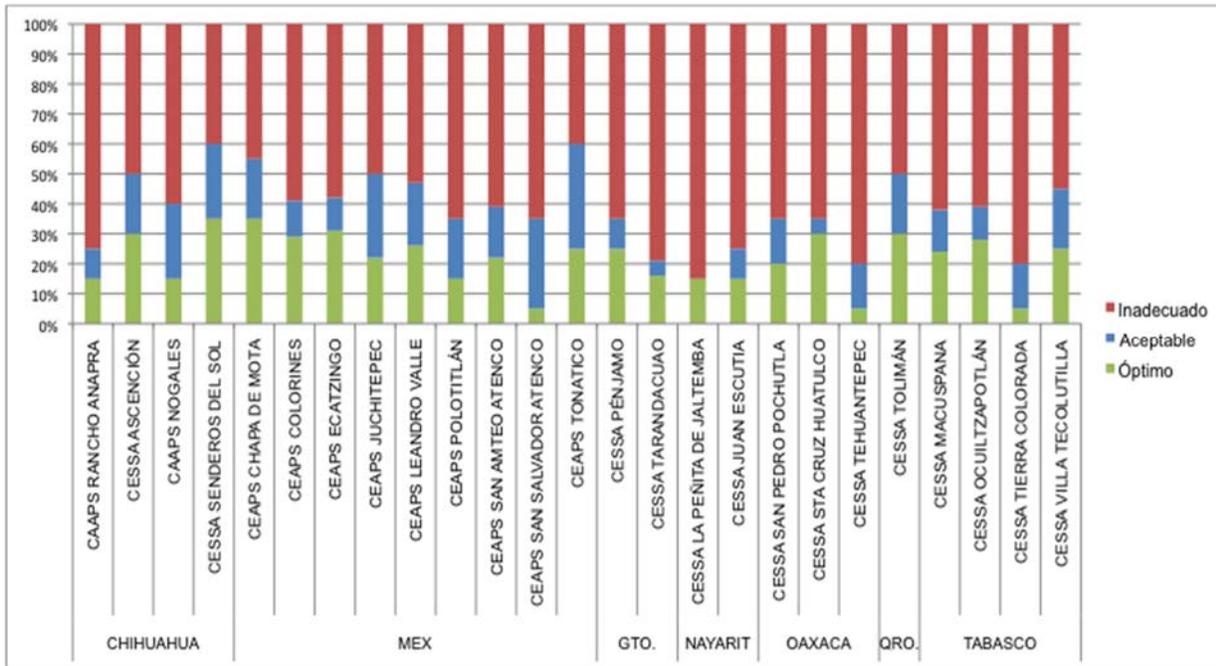
Gráfica 5.18. Niveles de control de tensión arterial en pacientes diabéticos por centro.



Niveles de control de Índice de Masa Corporal por centro

Tal como se observa en la Gráfica 5.19, los niveles del IMC indican en todos los centros, la existencia de pacientes diabéticos con obesidad. El CESSA La Peñita de Jaltemba, CESSA Tehuantepec y CESSA Tarandacua o fueron los centros con mayor proporción de personas diabéticas con obesidad, mientras que cerca de 35% de pacientes en el CEAPS Chapa de Mota y CESSA Senderos del Sol presentaron un peso óptimo.

Gráfica 5.19. Niveles de control de IMC en pacientes diabéticos por centro.



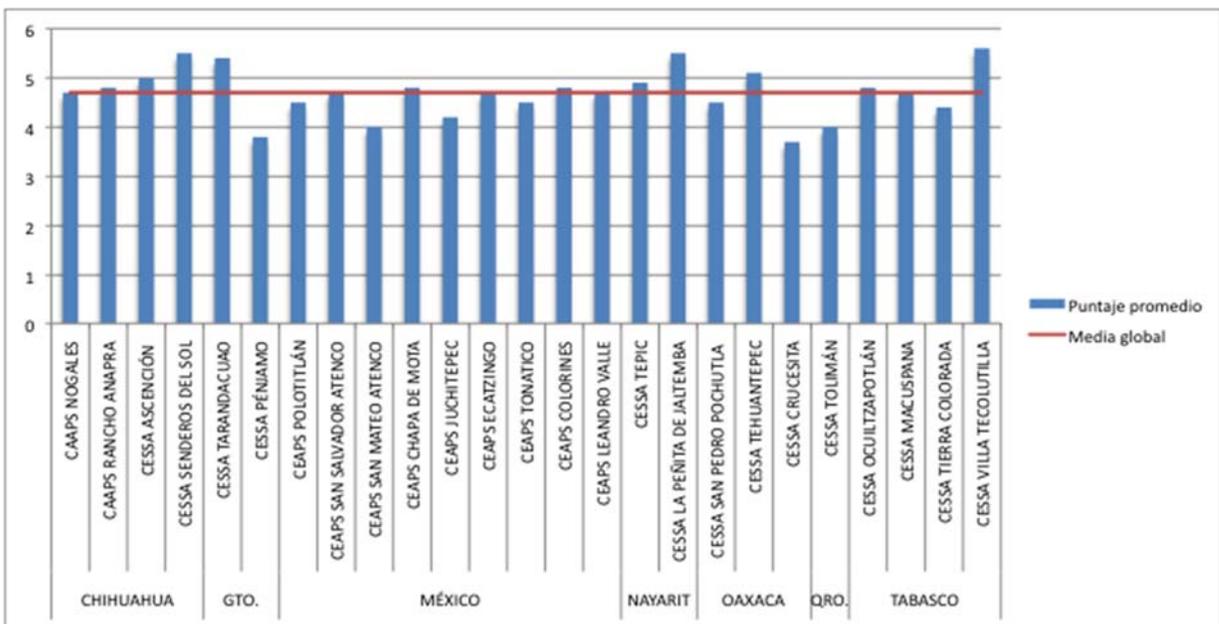
Se elaboró un índice de evaluación para conocer qué tan controlados se encuentran los pacientes en los 4 parámetros básicos: glucosa en ayuno, el colesterol total, el índice de masa corporal y el nivel de triglicéridos. A cada uno de estos parámetros se le asignó un puntaje de acuerdo al nivel de control: 0 para el *óptimo*, 1 para *adecuado* y 2 para *inadecuado* y se obtuvo la calificación de cada paciente. Entre más bajo es el puntaje mejor fue el control de los pacientes.

Los resultados globales de este índice son alarmantes. Únicamente el 25% de los pacientes obtuvo una calificación de control por debajo de 3 puntos, lo que nos indicaría que al menos tres de los parámetros se encuentran en niveles adecuados u óptimos. El 25% obtuvo un puntaje entre de 4 a 5 puntos, que corresponde a pacientes que tienen al menos un parámetros en niveles inadecuados, lo que representa un riesgo elevado para su salud. El 50% restante obtuvo una calificación de 6 puntos o superior lo que indicaría que tienen dos o más de los parámetros en niveles inadecuados, sumando los riesgos de cada uno de esos factores

Separando esta información de cada centro y obteniendo las medias de puntaje para cada uno de ellos, obtuvimos que los centros con un mejor control de los pacientes diabéticos fueron el CEAPS San Mateo Atenco, CESSA Sta. Cruz Huatulco, CESSA Tolimán CESSA Pénjamo, con medias inferiores a los 4 puntos. También por debajo de la media global se encontraron los CEAPS Polotitlán, CEAPS Juchitepec, CEAPS Tonicato, CESSA San Pedro Pochutla y el CESSA Tierra Colorada.

Los centros con puntajes en el índice más altos, lo que indica un mayor nivel de descontrol de los pacientes fueron CESSA Senderos del Sol, CESSA Tarandacua, CESSA La Peñita de Jaltemba y CESSA Villa Tecolutila.

Gráfica 5.20 Promedios de puntaje en el índice de control de pacientes con diabetes mellitus por centro comparados con la media global.



En esta gráfica se observan los promedios de puntaje en el índice de niveles de control de los pacientes diabéticos. Las columnas que se localizan por debajo de la línea roja (media global) son los centros que presentan un mejor control de los parámetros arriba mencionados.

Conclusiones

Las conclusiones que se pueden obtener de este trabajo son diversas. Primero que nada resaltar que la calidad de información que se registra en los expedientes clínicos debe ser igual de importante que el estado físico y el orden de los documentos que lo integran. Falta mucho trabajo para que los expedientes alcancen una calidad suficiente para cumplir sus tres funciones básicas (Legal, informativa y de investigación).

Por otro lado, la heterogeneidad en el contenido de los expedientes ya sea entre médicos y entre los diferentes centros es un reflejo de la heterogeneidad en la atención. La variabilidad se encontró desde cuestiones de estilo y forma como notas a computadora, a mano, legibles, ilegibles, etc. así como en contenido, procedimientos, manejo de los pacientes etc.

Una fuente más de variabilidad y que no se limita a los expedientes es la heterogeneidad en la atención de los pacientes. Entre los propios médicos de un mismo centro existe una gran variabilidad en cuanto a interrogatorio, exploración física, estudios de laboratorio y tratamientos lo que se refleja en que algunos pacientes estén muy bien controlados y otros no y que solo unos cuantos alcancen las metas terapéuticas. Como ya se observó, de un centro al otro también existe esta gran variabilidad, reflejada entre muchas otras cosas en el grado de control de los pacientes, obteniendo así centros con niveles aceptables y otros con mayores grados de descontrol. Quizá esto se deba a que no todos los médicos tienen el mismo grado de capacitación de un centro al otro, o los mismos recursos diagnósticos y terapéuticos.

En general cabe mencionar que no se cuenta con un adecuado control de los pacientes diabéticos. Si bien algunos centros han sido mejor evaluados que otros, aun se encuentran muy lejos de alcanzar las metas terapéuticas que les permitan impactar de manera significativa en la calidad de vida y disminución de complicaciones de estos pacientes. De esta manera también se concluye que estos centros no están haciendo diferencia en el manejo de pacientes diabéticos y no se está cumpliendo con los objetivos generales de estas instituciones de salud.

Una última situación que me gustaría resaltar es que al menos en cuanto al tema de diabetes mellitus, estos centros tampoco cumplen con los criterios para considerar que

brindan Atención Primaria de la Salud. La atención brindada continúa centrada en los pacientes que ya están enfermos ya sea de diabetes o complicaciones y son muy pocas las acciones que se están llevando a cabo en cuanto a prevención, diagnóstico oportuno y referencia oportuna.

B. Atención Prenatal

Con respecto al trazador de atención prenatal, se revisaron 463 expedientes de mujeres embarazadas, de ellos 457 poseían datos sobre la edad de la paciente. La media de edad fue de 23.8 años. El rango fue de los 14 años hasta los 43 años de edad.

La Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con enfoque de riesgo ⁶⁵ señala que aquellas pacientes embarazadas cuya edad sea menor de 17 años o mayor de 35, deben ser referidas a un segundo nivel de atención; sin embargo, estos centros al contar con servicios de ginecología con especialistas, no se considera necesaria la referencia de estas pacientes a menos que presenten alguna complicación que ponga en riesgo la integridad de la madre o el producto.

Este aspecto de embarazadas menores de edad, fue un asunto que llamó la atención tanto por la revisión de los expedientes, como por la presencia de este grupo de personas en las salas de espera, mientras se realizó el trabajo de campo.

En la exploración con los Directores se averiguó sobre las actividades de educación sexual y planificación familiar que realizan entre la población para evitar embarazos a temprana edad.

“Desde este año cubrimos un programa que se llama grupo de ayuda mutua para embarazadas y las veo yo, les hago un rastreo con ultrasonido, la mayoría de ellas son de 15 años. Entonces tengo más de 15 niñas embarazadas”. (Director CEAPS México)

“Sí, mucho [embarazadas] de 18, 17, hemos tenido de 13 años, de 15 (años)...(Directora CESSA, Tabasco)

⁶⁵ SSA. Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. CENETEC. México Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

Aunque expresaron realizar varias actividades y entregar métodos anticonceptivos, al mismo tiempo reconocen que aspectos culturales impiden la aceptación de control prenatal.

“Hay un programa de la Jurisdicción en donde nos mandan métodos y también aquí de la misma farmacia, si nos cubrimos, a veces es por niña. Y hay niñas que no lo quieren utilizar o que no lo saben utilizar...Yo he notado que ha sido más bien cultural, que la misma mamá a los 13 o 14 años ya se había casado de esas niñas tendrán 30 o 32 años y ya es abuelita, entonces vienen esos muchachos que las embarazan y se van pronto a Estados Unidos”. (Director CEAPS México)

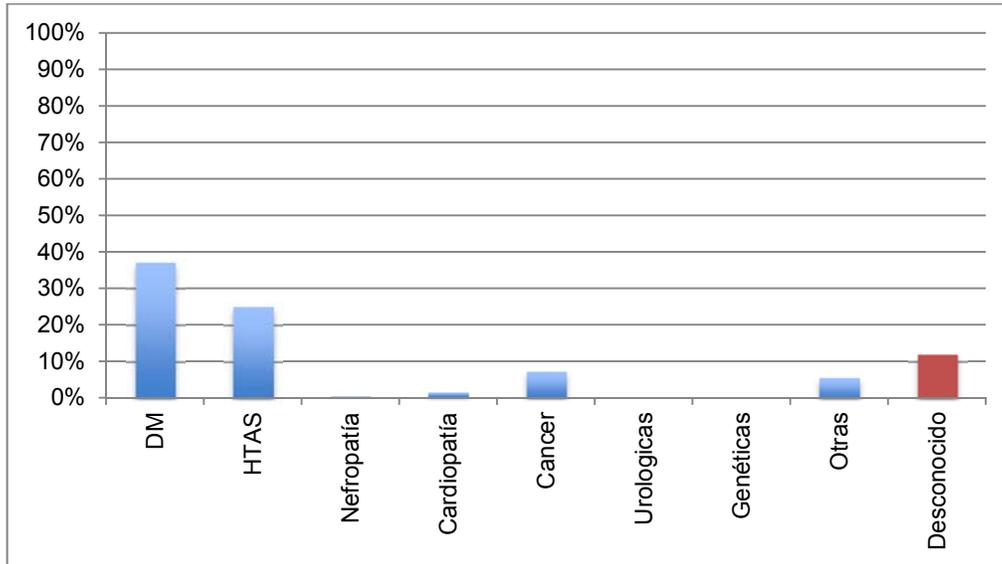
En la ENSANUT 2012 se reportan algún datos concordantes con este último testimonio. De acuerdo a esta encuesta el 25.5% de los hombres y el 20.5% de las mujeres entre los 12 y 19 años de edad han tenido relaciones sexuales. De estos el 14.7% de los hombres y el 33.4% de las mujeres no utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual⁵.

En cuanto al embarazo en adolescentes la ENSANUT 2012 publicó que alrededor de la mitad de las adolescentes, entre 12 y 19 años, que tenían relaciones sexuales alguna vez habían estado embarazadas y casi el 11% estaban embarazadas al momento de la entrevista⁵.

Antecedentes hereditarios y familiares

En cuanto a los antecedentes hereditarios y familiares el 37% de las pacientes tuvieron antecedentes positivos para diabetes mellitus (DM), el 25% para hipertensión arterial (HTAS), el 7.3% para cáncer, el 1.5% para cardiopatía, el 0.5% para nefropatía. No se encontraron antecedentes de enfermedades inmunológicas o reumáticas ni genéticas en ninguna de las pacientes. El 5.4% de las pacientes tuvieron otro tipo de antecedente. Finalmente un 12% de los expedientes no contó con información acerca de los antecedentes hereditarios y familiares. (Gráfica 5.21)

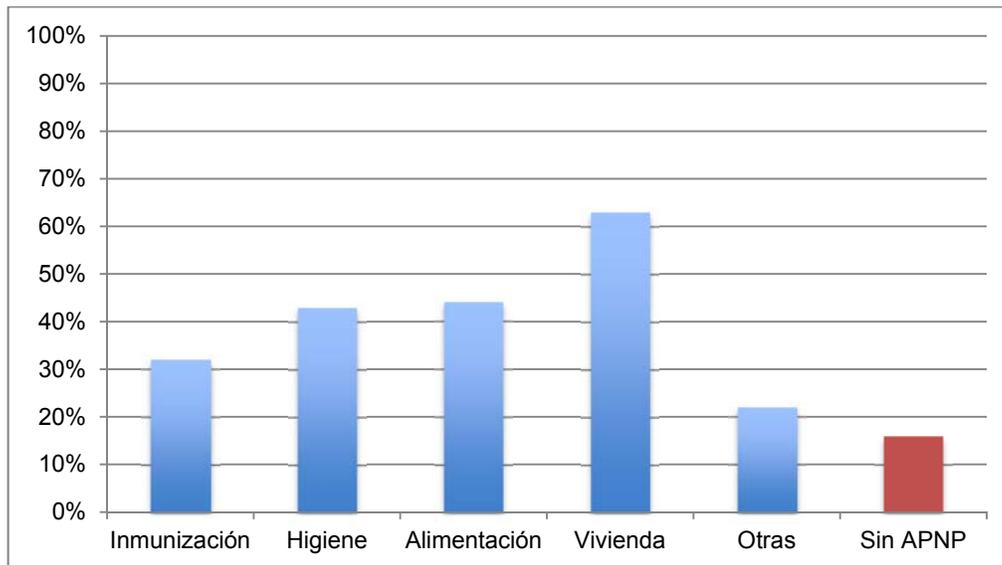
Gráfica 5.21. Proporción de antecedentes hereditarios y familiares en pacientes embarazadas



Antecedentes personales no patológicos (APNP)

En esta sección se cotejó la información contenida en los expedientes acerca de los diferentes antecedentes personales no patológicos. El 32% de los expedientes tenían datos acerca de las inmunizaciones de la madre, únicamente el 43% contenía datos sobre la higiene personal, el 44% de los expedientes tuvo información sobre los hábitos de alimentación, un 63% contenían datos sobre la vivienda y finalmente el 22% contenían datos sobre otro tipo de antecedentes. El 16% de los expedientes no tenía información sobre antecedentes no patológico de la madre.

Gráfica 5.22. Proporción de expedientes con datos acerca de los diferentes APNP de la madre.



Antecedentes personales patológicos (APP)

En este rubro se encontraron muy bajas prevalencias para los diferentes APP. Todas las prevalencias estuvieron por abajo del 5%. Las más altas fueron para consumo de alcohol con el 4.3% y tabaquismo con el 3.7%. El 10.8% con otro tipo de antecedente patológico. El 10.5% de los expedientes no contenía información acerca de los antecedentes patológicos de la madre (Gráfica 5.23).

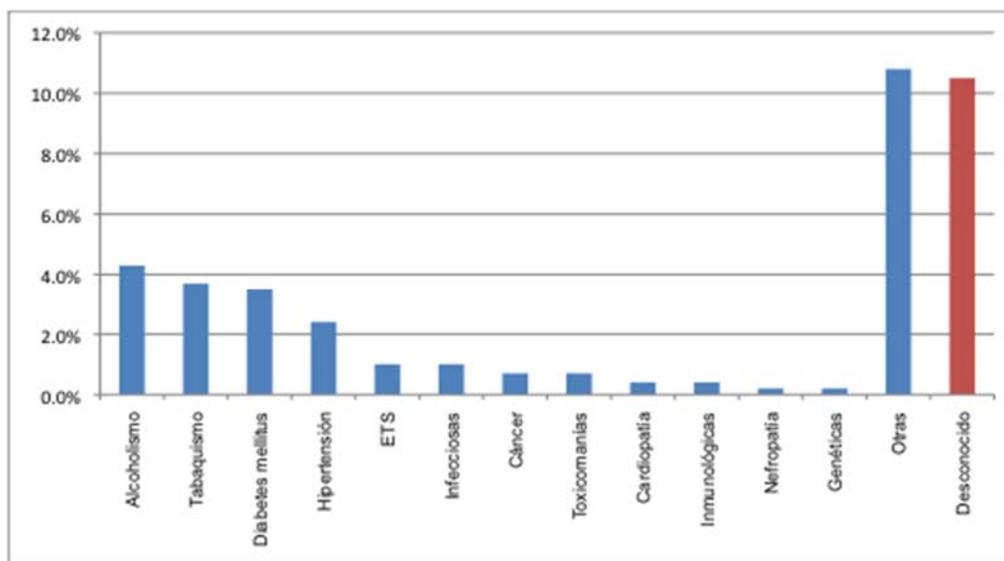
Los datos encontrados sobre la prevalencia de las diferentes toxicomanías no concuerdan con la literatura internacional. Las prevalencias de tabaquismo encontradas en este estudio están por debajo de estudios reportados en España, Uruguay los cuales reportan prevalencias de tabaquismo durante el embarazo de hasta 30% ^{66,67}. En

⁶⁶ Morcillo-Muñoz, M.A. Tabaco y embarazo en un área sanitaria de Madrid. Prevención del tabaquismo 2001; 3(1): 20-25.

⁶⁷ Magri Raquel, Míguez Hugo, Parodi Verónica, Hutson Janine, Suárez Héctor, Menéndez Adriana et al. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. Arch. Pediatr. Urug. [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2013 Nov 22]; 78(2): 122-132. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842007000200006&lng=es.

cuanto al alcoholismo, en un estudio uruguayo se reportó una prevalencia de alcoholismo ocasional en el embarazo de hasta un 80%, y alcoholismo una vez cada 15 días o cada semana de alrededor del 3%. Esto refleja que en México no se están identificando adecuadamente este tipo de riesgos que pueden traer complicaciones graves en la evolución del embarazo y problemas a corto, mediano y largo plazo en los niños⁸.

Gráfica 5.23. Proporción de los diferentes antecedentes patológicos en pacientes embarazadas



Por su parte, las enfermedades de transmisión sexual son un problema de salud a nivel mundial. En las pacientes embarazadas representan importantes riesgos que pueden afectar el curso del embarazo y resultar en daños severos en el producto ⁶⁸. En un estudio realizado en México sobre la prevalencia de Clamidia en mujeres embarazadas sin complicaciones se encontró una prevalencia del 15% ⁶⁹, lo que contrasta con el 1%

⁶⁸ Berdasquera Corcho Denis, Fariñas Reinoso Ana Teresa, Ramos Valle Isora. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas: Un problema de salud a nivel mundial. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2001 Abr [citado 2013 Nov 22] ; 17(2): 185-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200013&lng=es.

⁶⁹ Bustos- Lopez, H. et al. Prevalencia de chlamydia trachomatis en pacientes con esterilidad y embarazo no complicado. Perinatol reprod hum 1995; 9(4): 227-234.

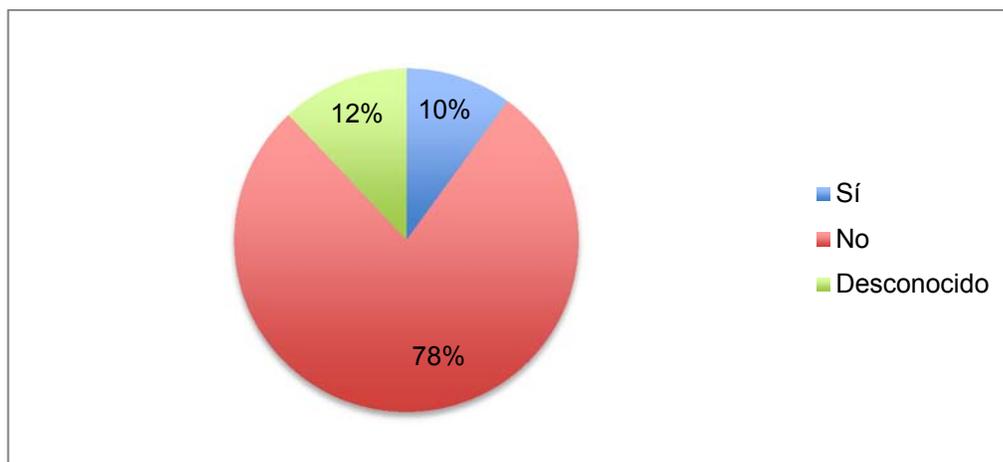
encontrado en esta muestra. Todo esto hace reflexionar en que tampoco se están llevando a cabo de manera adecuada las acciones de detección de este tipo de enfermedades en las mujeres embarazadas, exponiéndolas a riesgos de complicaciones en el embarazo y exponiendo al producto a contagio o afecciones en su desarrollo.

Antecedentes ginecobstétricos

La edad de menarca en esta población tuvo una media de 12.6 años (d.e. 1.3). El rango de edad fue de los 8 hasta los 17 años. El 17% de los expedientes no registró este dato.

El 10% de las pacientes presentaron el antecedente de alguna complicación ginecobstétrica, y en el 12.1% de los expedientes no se encontró esta información.

Gráfica 5.24. Proporción de pacientes embarazadas con antecedentes de complicaciones ginecobstétricas.

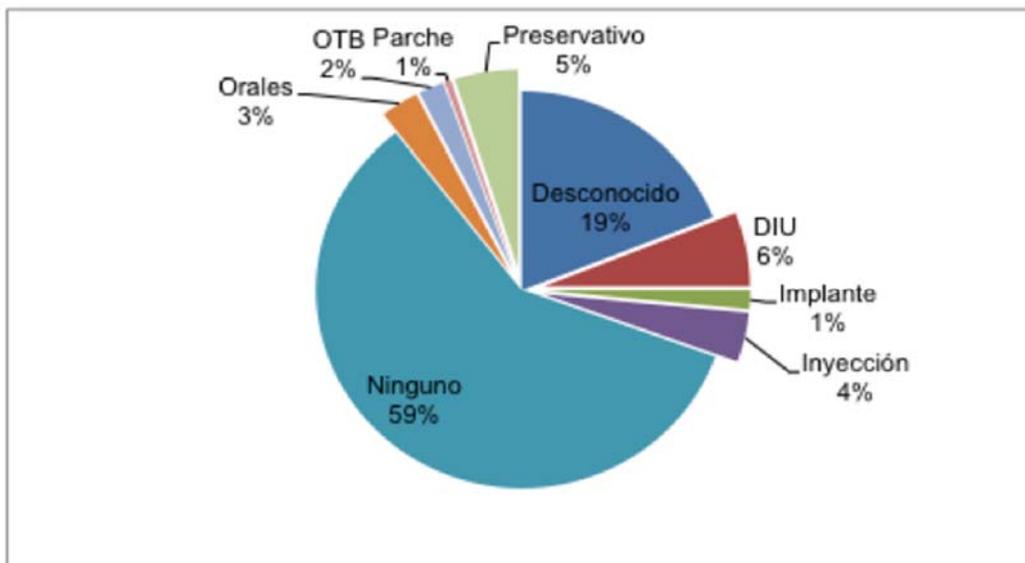


En cuanto a los métodos de planificación familiar se encontró que la mayor parte de las pacientes (59%) no reportó utilizar algún método de planificación familiar. El método más usado fue el dispositivo intrauterino (DIU) con un 6%, seguido por el preservativo con un 5%, los métodos hormonales fueron los de menor frecuencia de uso con un 4% para los inyectables, 3% para los orales, 1.5% para el implante, el 0.5% para los parches. El 21% de los expedientes no contenía información sobre el método de planificación familiar utilizado por la paciente, previo al embarazo (Gráfica 5.25).

Es de suma importancia resaltar el alto porcentaje de pacientes que no utilizan métodos anticonceptivos, lo que probablemente esté reflejando una importante barrera de acceso a los mismos, ya sea sociocultural, económica, educativa o de abasto. Una de las labores de los centros de salud es aproximar y capacitar a los pacientes en edad reproductiva acerca de métodos anticonceptivos, promover su uso facilitarlos a la población. Se requiere fortalecer este tipo de actividades a fin de evitar no sólo la transmisión de enfermedades sexuales y embarazos no deseados sino, específicamente en la población de mujeres embarazadas o puérperas, evitar los embarazos con periodo intergenésico corto.

Buscar estrategias que sumen los mecanismos e instrumentos de la interculturalidad de las personas a fin de salvar los obstáculos culturales que impiden el uso de métodos anticonceptivos.

Gráfica 5.25. Porcentajes de utilización de los diferentes métodos anticonceptivos en las pacientes.



En cuanto al número de gestas se encontró que la mediana fue de 2, el 82% de las pacientes se encontraron entre 1 y 3 gestas. El rango en el número de gestas fue de 1 hasta 8 (Cuadro 5.2).

Cuadro 5.2. Distribución de pacientes embarazadas de acuerdo a número de gestas

Número de gestas	n	%
Desconocido	12	2.6
1	178	38.4
2	116	25.0
3	88	19.0
4	39	8.4
5	20	4.3
6	8	1.7
7	1	0.2
8	1	0.2
Total	463	100

Por lo que se refiere al número de partos, de los expedientes que registraron la información se encontró que la mayoría correspondieron a madres primigestas, el 75% de las mujeres estudiadas sólo tenían 1 o ningún parto, y el 90% hasta 2 partos como se observa en la Cuadro 5.3.

Cuadro 5.3. Distribución de pacientes embarazadas de acuerdo al número de partos

Número de partos	n	%
Desconocido	233	50.3
1	123	26.6
2	63	13.6
3	28	6.0
4	10	2.2
5	6	1.3
Total	463	100.0

En cuanto al número de cesáreas se encontró que un 77% nunca había tenido una cesárea, y 18% sólo un evento. Al parecer en zonas rurales y semi-urbanas la cesárea es menos popular que el parto natural. De acuerdo con la OMS, la prevalencia de cesárea en los diferentes países, independientemente de nivel socioeconómico no debería rebasar el 15%. En México, la OMS reporta un porcentaje de cesáreas entre el

15% y 20% ^{70,6}, lo que concuerda con lo que fue encontrado en este estudio (Cuadro 5.4).

Cuadro 5.4. Distribución de pacientes embarazadas de acuerdo al número de cesáreas

Número de cesáreas	n	%
0	356	76.9
1	83	17.9
2	20	4.3
3	3	0.7
6	1	0.2
Total	463	100.0

En cuanto a los abortos se encontró que un 16% de las mujeres habían tenido al menos un aborto.

Cuadro 5.5 Distribución de pacientes embarazadas de acuerdo al número de abortos

Número de abortos	n	%
0	387	83.6
1	67	14.5
2	8	1.7
3	1	0.2
Total	463	100.0

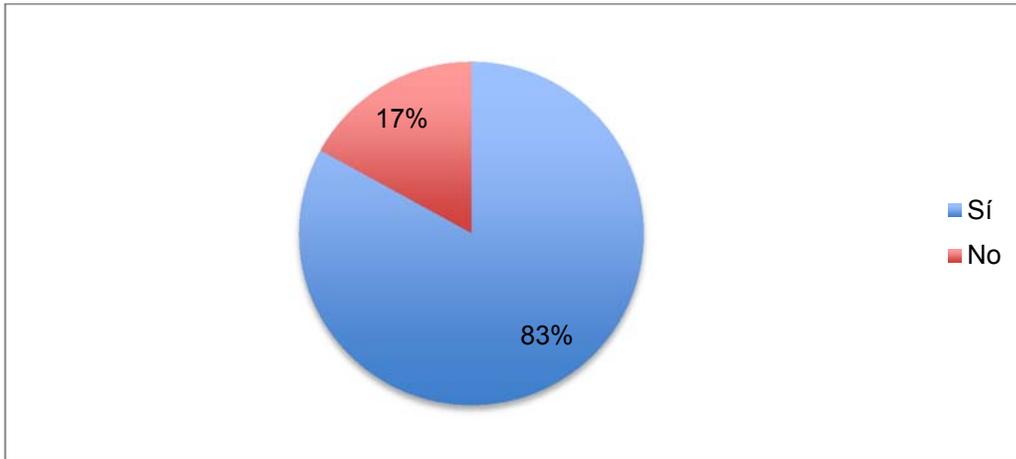
Prevención primaria

En la nota médica, debe indicarse sí se dio información a la paciente sobre datos de alarma durante el embarazo. Al respecto se encontró que al 83% de los casos revisados sí se había ofrecido esta información⁷¹ (Gráfica 5.26). En cuanto a la modificación de estilos de vida, prevención de accidentes y adherencia a tratamientos se encontró que sí se realizó dicha intervención en un 68% (Gráfica 5.27).

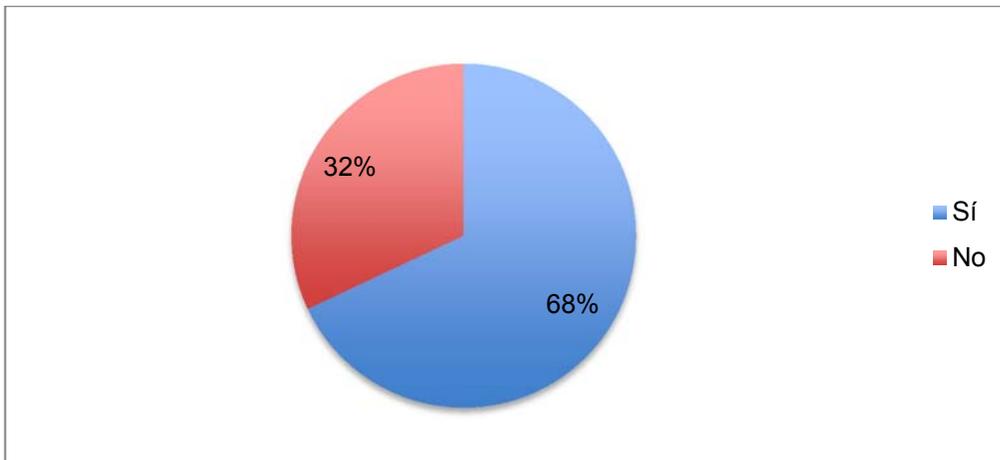
⁷⁰ WHO. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2(8452):437-8.

⁷¹ Es importante aclarar que en términos normativos, todo lo que no esté expresamente escrito en la nota médica del expediente, se considera como actividad no realizada.

Gráfica 5.26. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron información sobre datos de alarma.

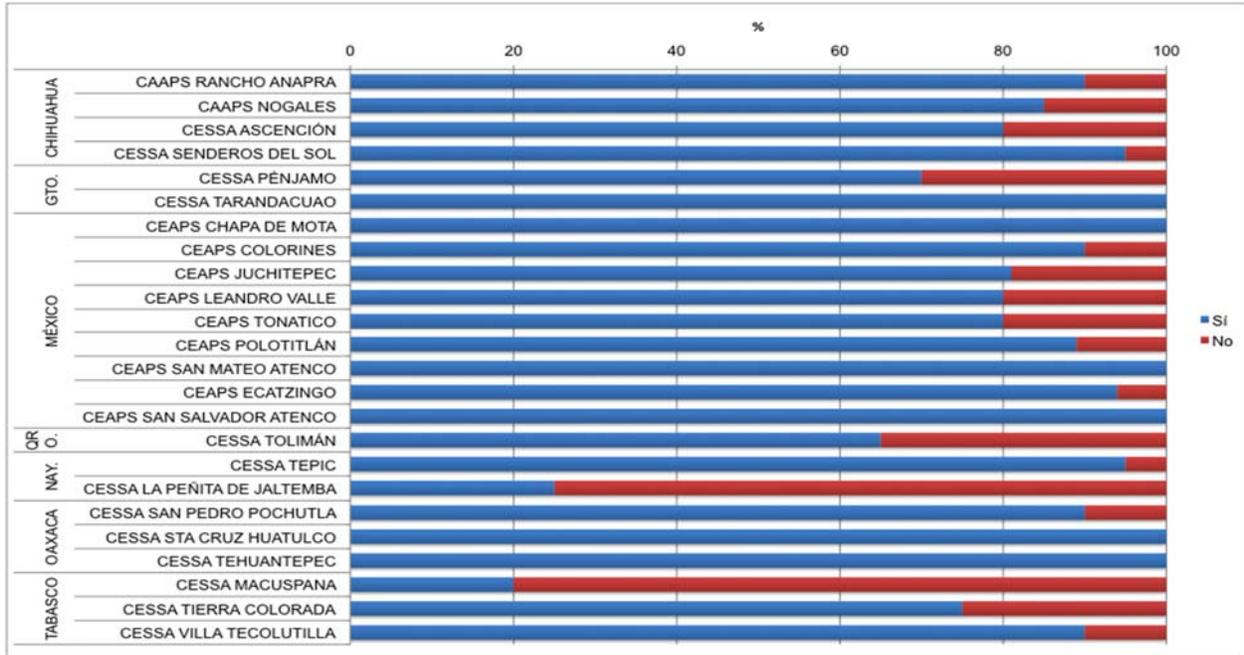


Gráfica 5.27. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron información sobre datos de modificación de estilos de vida y prevención de accidentes.



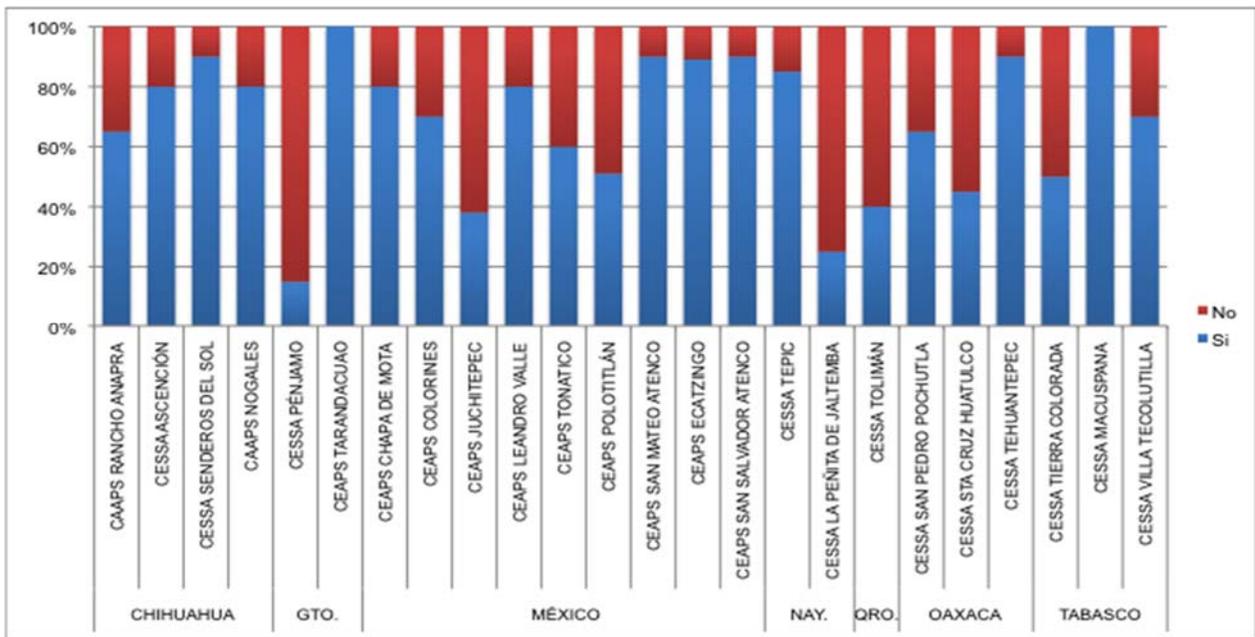
Separando esta información por los diferentes centros se encontró que en general se tiene un buen porcentaje de pacientes a las que se les dan los datos de alarma en el embarazo; sin embargo, dos centros resultaron muy por debajo de lo esperado en el CESSA La Peñita de Jaltemba y en el CESSA Macuspana, con porcentajes de sólo el 20%.

Gráfica 5.28. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron información sobre datos de alarma por Centro.



En el caso de pacientes que reciben información sobre cambios en el estilo de vida y prevención de accidentes y adherencia a tratamientos se encontró una mayor variabilidad. Los Centros con menor proporción de pacientes que recibieron esta información fueron CESSA Pénjamo y CESSA La Peñita de Jaltemba con alrededor del 20%. Los de proporción intermedia fueron CESSA Tolimán, CESSA Tierra Colorada, CESSA Santa Cruz Huatulco, CEAPS Polotitlán y CEAPS Juchitepec que fluctúan en alrededor del 50%. Los centros con un excelente cumplimiento (100%) de este parámetro fueron las pacientes de los CESSA Macuspana y CESSA Tarandacua.

Gráfica 5.29. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron información sobre modificación de estilos de vida y prevención de accidentes por centro



Factores de riesgo en el embarazo

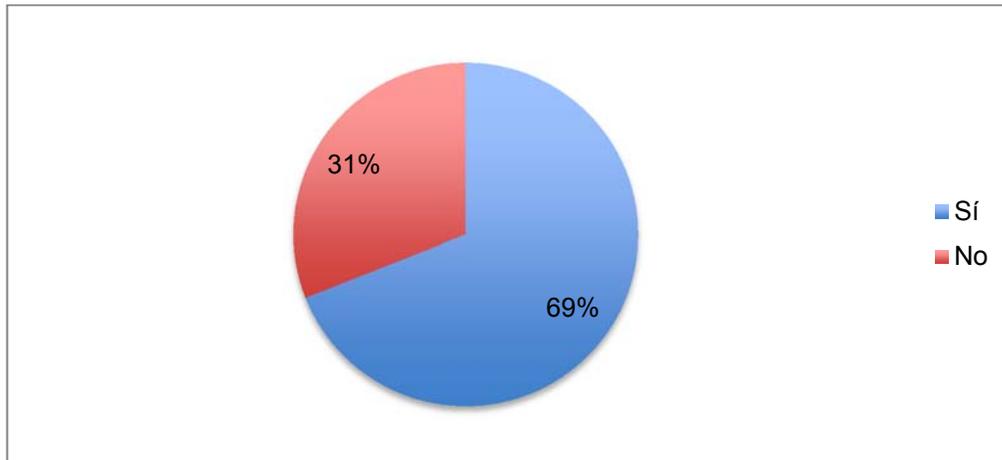
Aplicación de vacunas

La NOM-007-SSA2 de la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido⁷² estipula que las mujeres embarazadas deben recibir al menos dos dosis del toxoide tetánico durante su embarazo. En la GPC de Atención Prenatal con Enfoque de Riesgo estipula que las vacunas de virus vivos atenuados están contraindicadas en el embarazo. Se encontró que el 2% de las pacientes se aplicó una vacuna con virus vivos atenuados, lo que representa un porcentaje muy bajo. Por otro lado, en los expedientes se registró que únicamente el 69% de las pacientes embarazadas recibió el toxoide tetánico durante el embarazo. Durante la entrevistas con los directores de los centros, varios refirieron que no se contaba con un suministro regular de la vacuna por lo que se dejaba de aplicar, dejando a las pacientes sin su aplicación o con esquemas incompletos. Otra posible causa es que no se haga

⁷² NOM-007-SSA2-2010 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

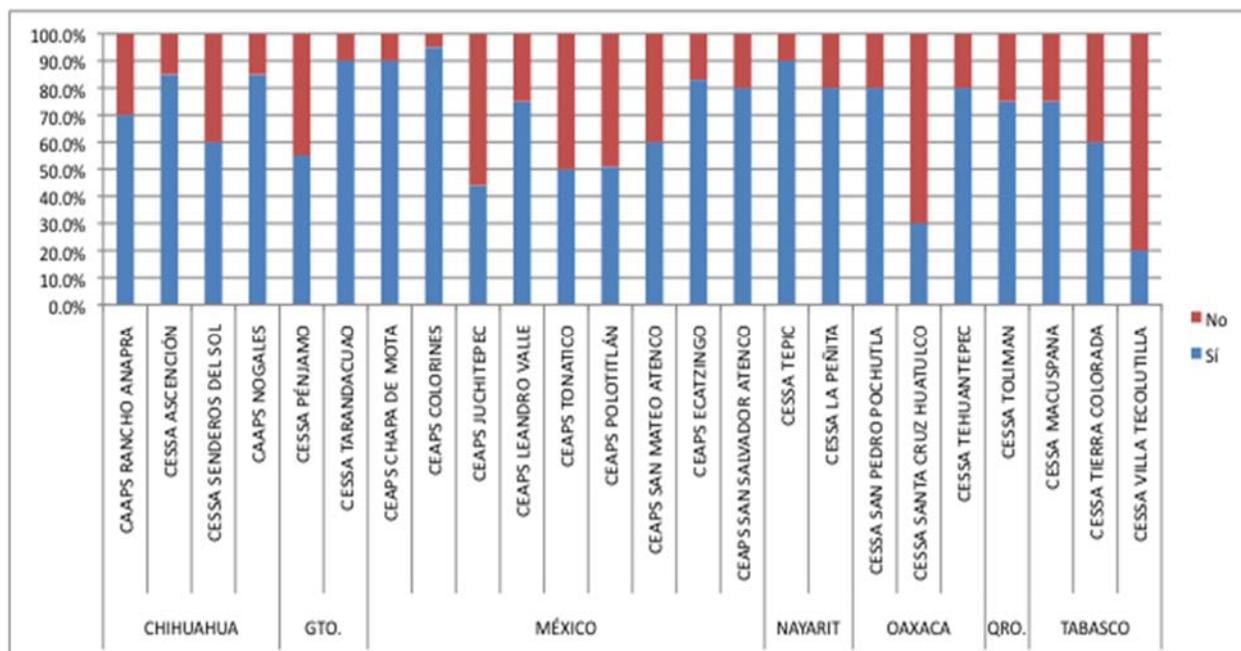
suficiente énfasis en su aplicación en cualquier momento del embarazo y no sólo en los primeros meses de gestación.

Gráfica 5.30. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron el toxoide tetánico como parte de la atención prenatal



Si revisamos la aplicación de toxoide tetánico por Centro, las proporciones menores al 25% de aplicación de toxoide tetánico fueron en el CESSA Villa Tecolutilla (20%) y en el CESSA Santa Cruz Huatulco (25%). Los Centros con proporciones intermedias fueron CEAPS de Juchitepec, Tonicico, Polotitlán, CESSA de Pénjamo, CESSA Senderos del Sol y CESSA Tierra Colorada que se encontraban entre el 40 y 60%.

Gráfica 5.31. Proporción de pacientes embarazadas que recibieron el toxoide tetánico como parte de la atención prenatal por centro

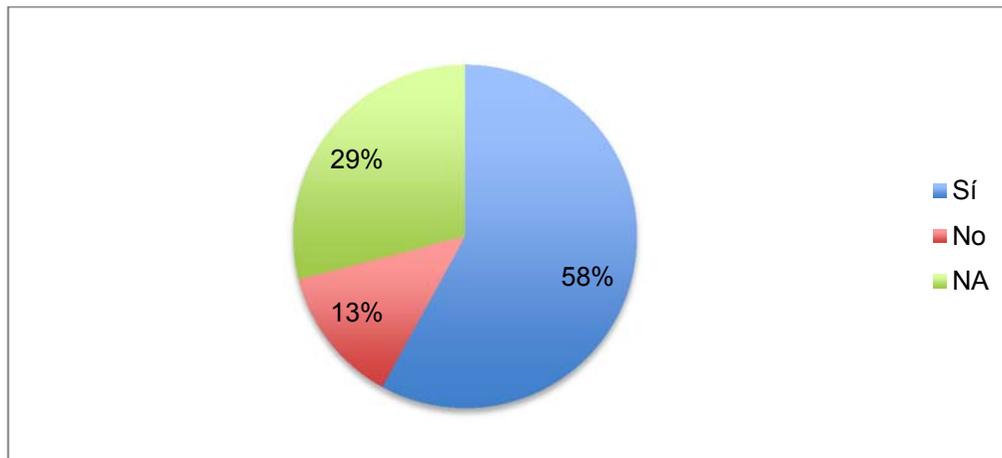


Prescripción de ácido fólico

La prescripción de ácido fólico es esencial en las pacientes embarazadas, debida al riesgo de anemia megaloblástica, además de que previene los defectos del cierre del tubo neural en el producto y la anemia hemolítica por isoimmunización materno-fetal¹. La GPC al respecto, estipula que se debe indicar al menos hasta la semana 12 de gestación. Se encontró que en el 58% de las pacientes, sí se siguió esta recomendación y en el 13% no se prescribió. Esto va de acuerdo con el dato de que menos del 50% de los médicos entrevistados en este estudio contestó mal una pregunta que hacía referencia a hasta qué semana como mínimo debía prescribirse el ácido fólico.

Durante las mismas entrevistas a los médicos, notamos que un buen número de ellos confesaban dar a sus pacientes el ácido fólico durante todo el embarazo. Esta medida no es incorrecta debido a que la incidencia de anemia megaloblástica es mayor en mujeres embarazadas⁶, posiblemente por un mayor requerimiento fisiológico de la misma y cuyo aporte no se alcanza con la dieta habitual.

Gráfica 5.32 Proporción de pacientes embarazadas que recibieron el ácido fólico hasta la semana 12 de gestación.



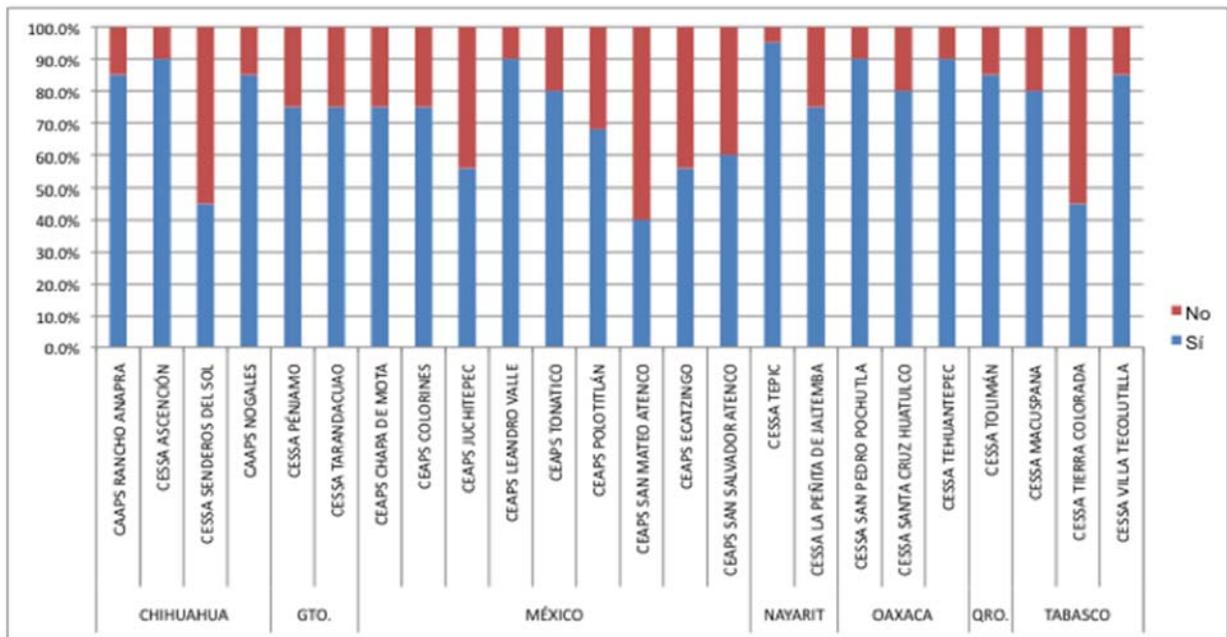
Otros factores de riesgo

Se encontró una muy baja prevalencia de otro tipo de factores de riesgo, se detectaron solo en el 4% las pacientes, lo que quizá esté reflejando que no se está haciendo suficiente énfasis en la búsqueda de este tipo de factores en las pacientes embarazadas.

Diagnóstico clínico

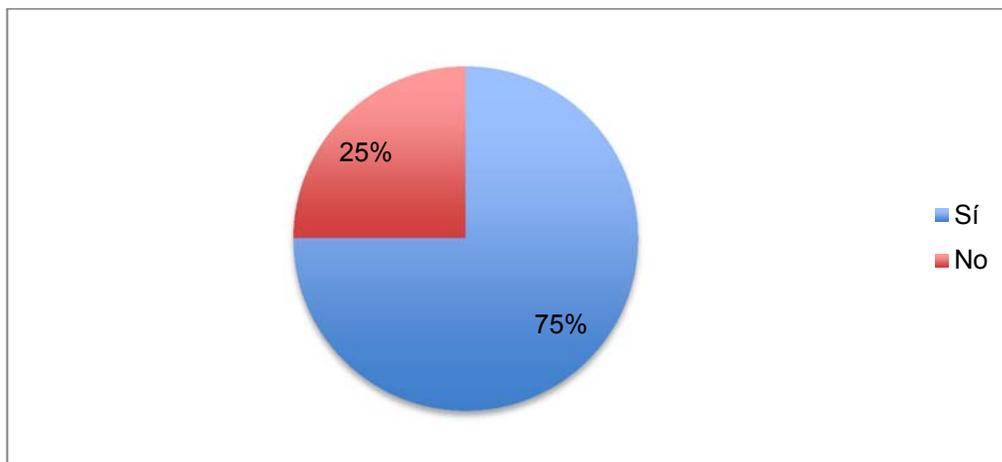
Se encontró un alto porcentaje de pacientes que cumplían con la recomendación de la GPC en cuanto al número de consultas mínimas en la atención prenatal (5 consultas mínimo). El 75% de las pacientes contó con 5, mientras que el 25% restante no. Este es uno de los principales marcadores en la atención de pacientes embarazadas porque de ello depende el número de procedimientos diagnósticos, maniobras y la detección oportuna de posibles complicaciones durante el embarazo. Esto hace más que evidente que se está dejando a un importante porcentaje de esta población en desventaja y mayor riesgo de complicaciones para la madre y el producto.

Gráfica 5.33. Proporción de pacientes embarazadas que tuvieron al menos 5 consultas durante la atención prenatal



Quando se separa esta información por centro se observa que algunos de ellos tuvieron una proporción baja de cumplimiento de esta recomendación, ellos son CEAPS San Mateo Atenco, San Salvador Atenco, Juchitepec, Ecatingo, CESSA Tierra Colorada y CESSA Senderos del Sol, que se encuentran por debajo del 60%.

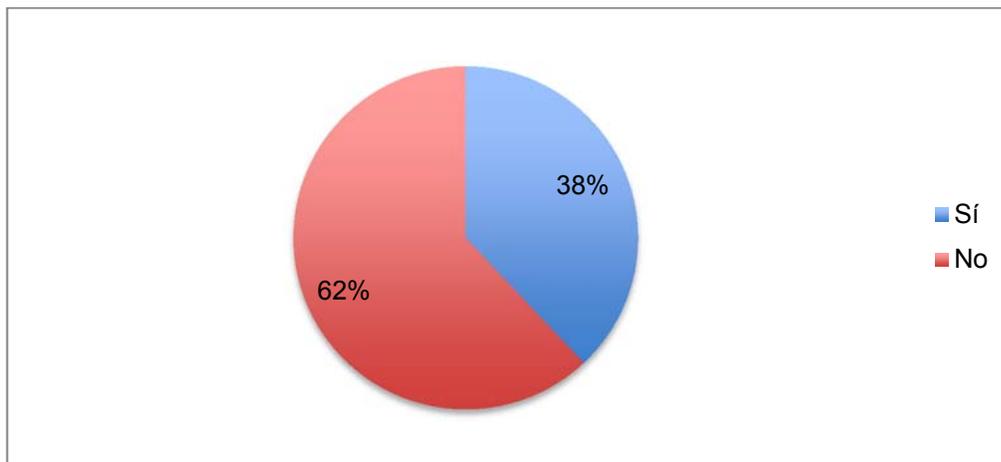
Gráfica 5.34. Proporción de pacientes embarazadas tuvieron al menos 5 consultas durante la atención prenatal por centro



La mediana de consultas de atención prenatal en esta población fue de 6 consultas, con un intervalo de 2 a 12 consultas y un rango intercuartílico de 4 a 7 consultas.

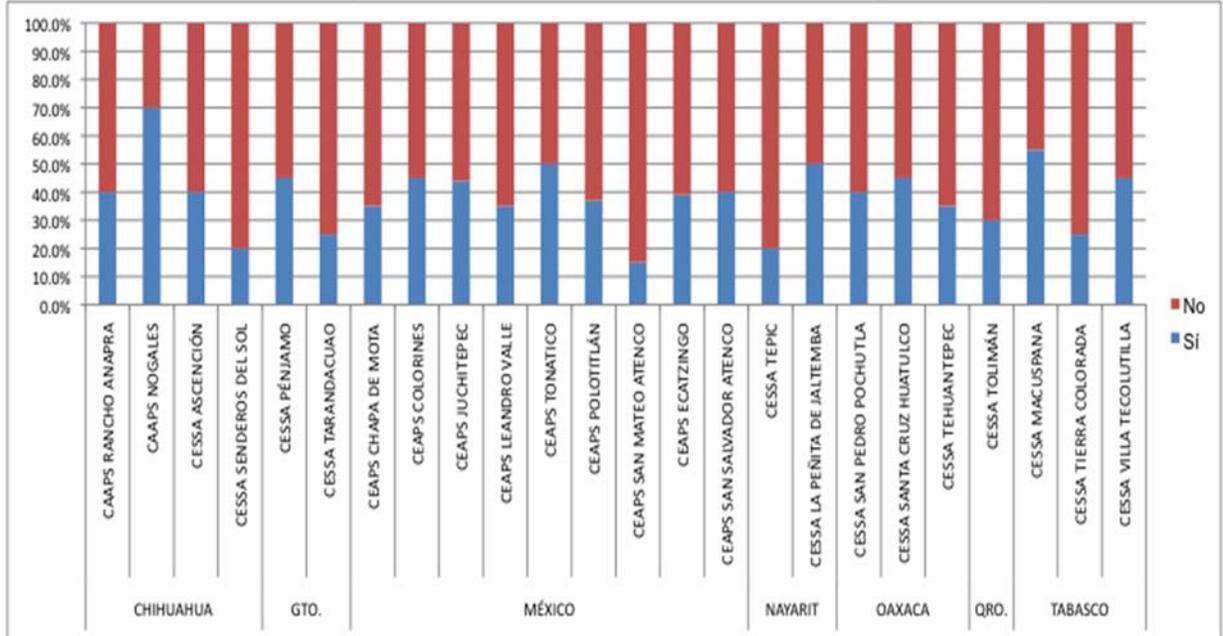
Otra de las recomendaciones es que la primera consulta de atención prenatal sea antes de las 12 semanas de gestación. En esta población se encontró que únicamente el 38% de las pacientes embarazadas reciben su primera consulta antes de las 12 semanas de gestación.

Gráfica 5.35 Proporción de pacientes embarazadas tuvieron su primera consulta de atención prenatal antes de la semana 12 de gestación



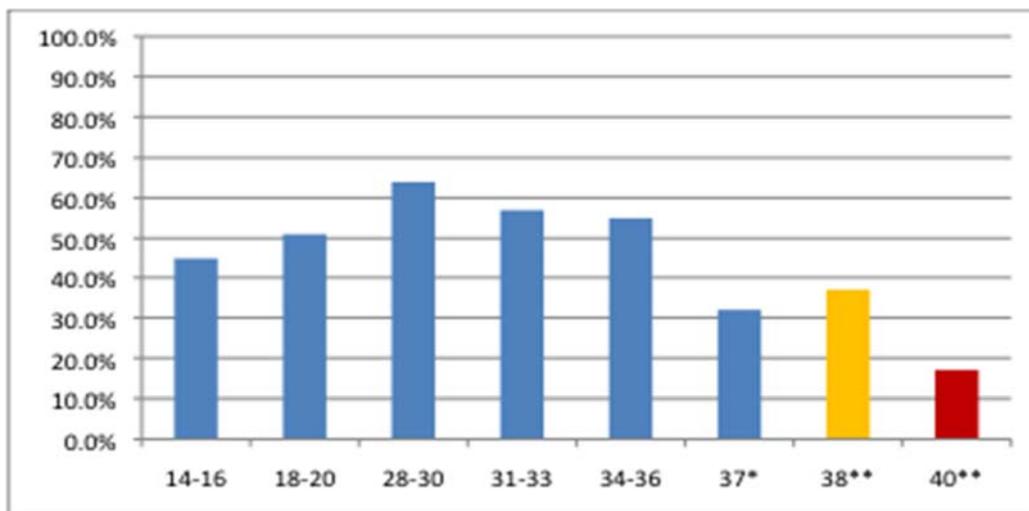
En la Gráfica 5.33 se puede observar el predominio de incumplimiento de esta recomendación por Centro. Con la menor proporción fueron el CESSA Tepic y CESSA Senderos del Sol, apenas alcanzando el 20%, mientras que en el CAAPS de Nogales con un 70%. Aunque todos los Directores de los Centros mencionaron las distintas acciones que realizan para captar embarazadas entre la población de su influencia, lo cierto es que estos datos indican que el esfuerzo debe ser mayor.

Gráfica 5.36. Proporción de pacientes embarazadas que tuvieron su primera consulta de atención prenatal antes de la semana 12 de gestación, por centro.



Seguendo la GPC en lo que se refiere a las semanas de gestación en las que es ideal que las embarazadas sean revisadas, se encontró un muy bajo nivel de apego a este lineamiento. El apego en las semanas 14-16 y 37 estuvieron por debajo del 50%, y entre las semanas 18-36 el apego no rebasó el 65%. Otra cosa que se debe resaltar es que hay un alto porcentaje de pacientes con más de 37 semanas de gestación que deberían estar ya con la referencia un segundo nivel de atención y no se realizó, con cifras dramáticas de hasta un 37%.

Gráfica 5.37. Proporción de pacientes embarazadas que tuvieron su consulta de atención prenatal en la semana recomendada

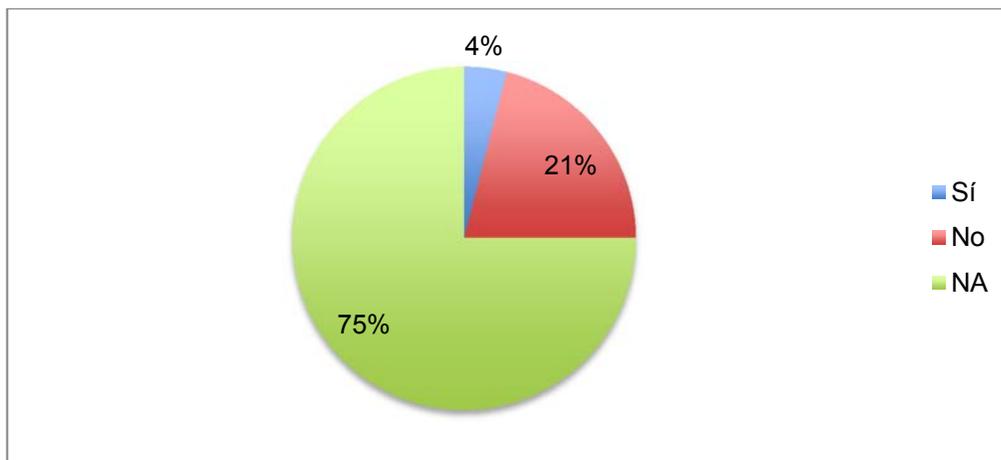


*Este es el límite en la atención del primer nivel. Es posible que algunos niños nacieran antes de esta semana por lo que el porcentaje puede verse afectado.

**En estas semanas la atención realizarse medidas que prevengan el embarazo posmaduro. Las pacientes con 40 semanas o más deben ser enviadas a 2º nivel de atención.

Contrastando con la información anterior, se encontró que la referencia de pacientes con peligro de embarazo posmaduro es muy baja y apenas alcanza el 15%.

Gráfica 5.38. Proporción de pacientes con 41 semanas de embarazo referidas a 2º nivel de atención.



Ultrasonografías (USG)

Siguiendo la recomendación de la GPC de realizar al menos 2 USG durante el embarazo, se encontró que únicamente se cumplió con este requisito en el 46% de las pacientes embarazadas.

Prueba TORCH durante el embarazo

El 98% de los expedientes revisados no contenían el reporte de al menos una prueba TORCH durante el embarazo.

Conclusiones

Históricamente se han hecho grandes esfuerzos en salud para mejorar las condiciones y desenlaces de las pacientes embarazadas y sus productos. Por si fuera poco, las enfermedades maternas son unos de los temas principales del Global Burden of Disease y corresponde a un grupo de enfermedades denominadas “enfermedades del rezago” por lo que la OMS ha centrado sus esfuerzos en su erradicación. La atención prenatal como trazador de calidad, refleja la capacidad del modelo de atención para atender las prioridades en salud, sus mecanismos de prevención y el manejo de complicaciones.

Lo que se evidenció en este estudio fue que no existe propiamente este modelo de atención en salud, no se han cumplido las metas y objetivos del mismo como son: homogeneizar la atención, centrarse en modelos preventivos, hacer más eficiente la atención de pacientes, evitar de una mejor manera la aparición de complicaciones severas y disminuir así los costos de la atención en salud.

Por otro lado, el bajo cumplimiento de puntos trascendentales y muy básicos de la atención prenatal como: lograr un mínimo de 5 consultas de atención prenatal, la cobertura de las pacientes con toxoide tetánico o ácido fólico, la realización de al menos dos ultrasonidos y la realización de la prueba TORCH refleja las importantes deficiencias y desigualdades de este modelo de atención.

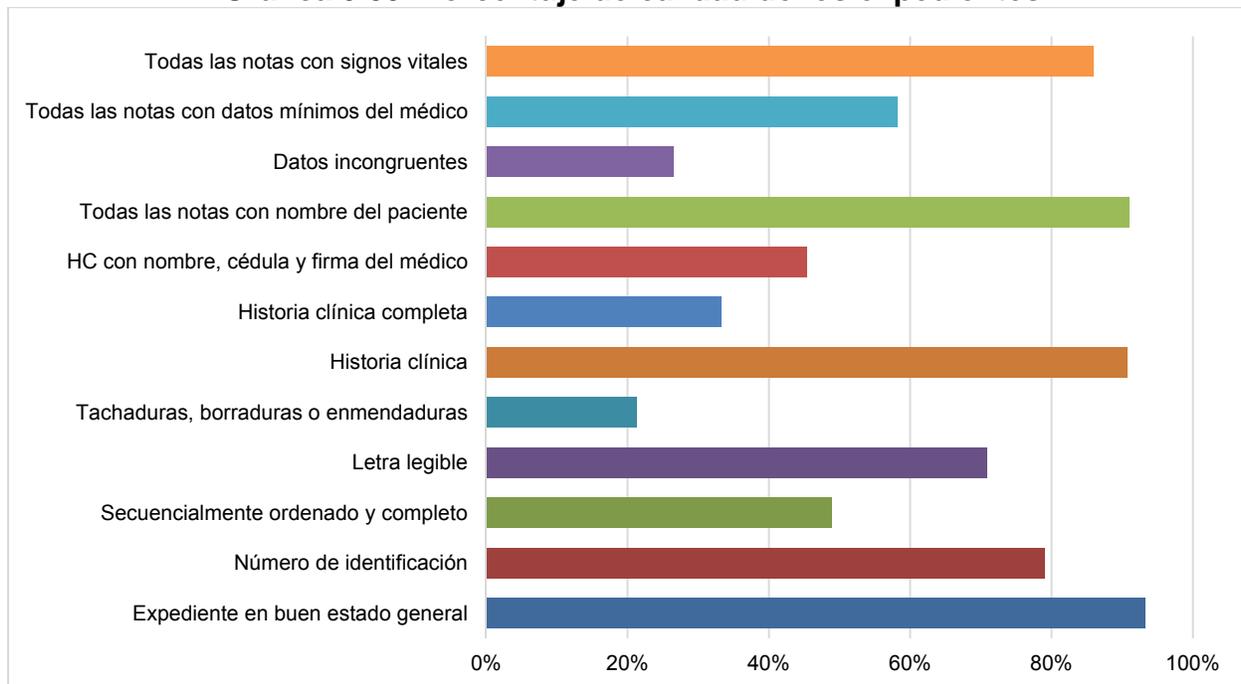
Hay que agregar que la atención prenatal forma parte de los pilares de los programas de salud de este país, y que una buena parte de la formación académica de los

médicos está dirigida a conocimientos en atención prenatal y del parto, además de que es un aspecto muy vigilado para la certificación de los hospitales. Esto hace injustificable que los médicos que atienden en estos centros no conozcan a fondo las medidas y procedimientos básicos estipulados por las Guías de Práctica Clínica y la Norma Oficial Mexicana. Es necesario capacitar y evaluar de manera enérgica al personal de salud para mejorar la atención que se está prestando en cuanto a atención prenatal y parto, lo que se verá reflejado en que las pacientes acudan a consultas de manera más pronta y regular.

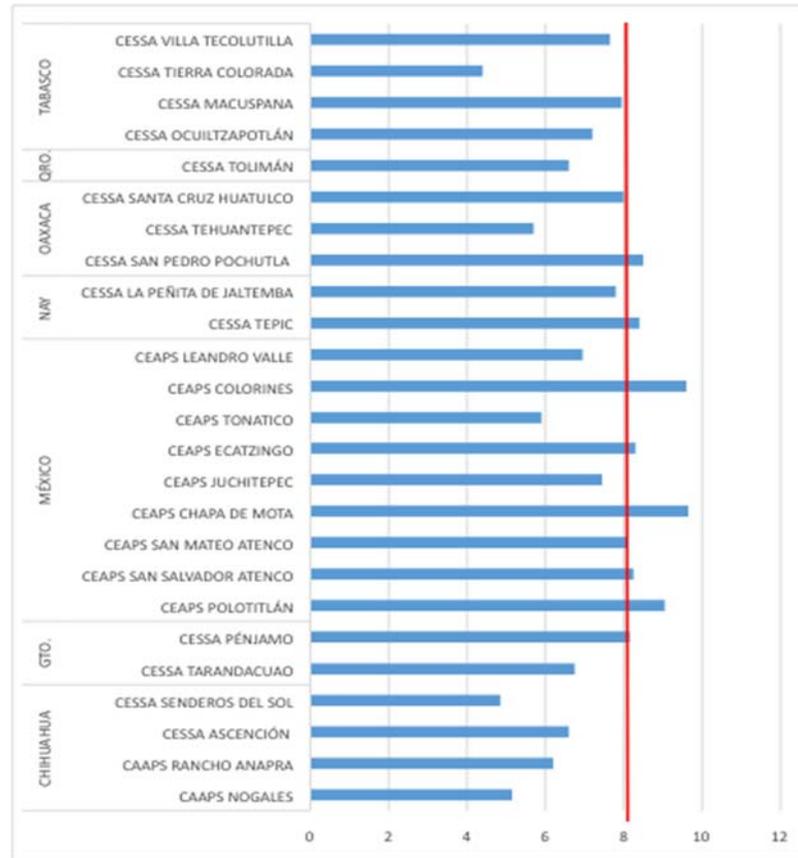
Calidad de los expedientes

De acuerdo con el cuestionario de calidad de los expedientes, los aspectos mejor evaluados fueron el estado general, la identificación adecuada del paciente, la letra legible, la presencia de historia clínica, la limpieza, la identificación de las notas con el nombre de los pacientes y el registro de los signos vitales (Gráfica 5.39). Estos aspectos contrastan con la presencia de datos incongruentes, la falta de datos del médico como la firma o la cédula profesional, la información incompleta en las historias clínicas y el desorden de los documentos que se anexan. Como se observa en la Gráfica 5.40, el centro con mejor calidad de sus expedientes fue el de Chapa de Mota. No obstante, aunque los centros del Estado de Chihuahua, aparecen con calificaciones promedio bajas, esto se debe a que en ellos se emplean expedientes electrónicos y algunos de los rubros evaluados, no se aplican en ellos. Pero sin duda, el recurso del expediente electrónico ofrece muchas ventajas en cuanto a orden y requisitos del expediente comparados con los expedientes de papel.

Gráfica 5.39. Porcentaje de calidad de los expedientes

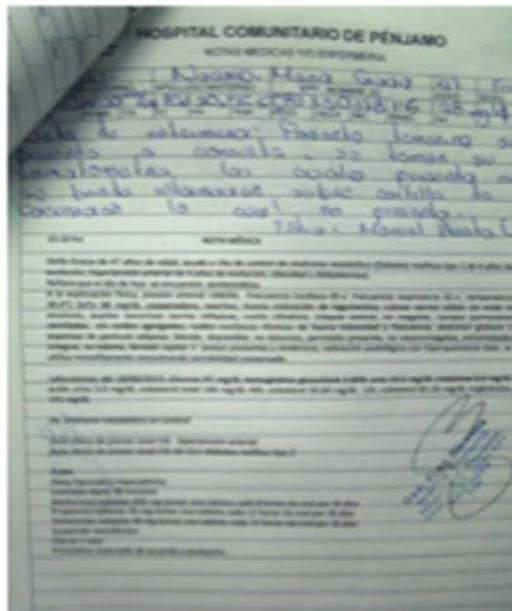
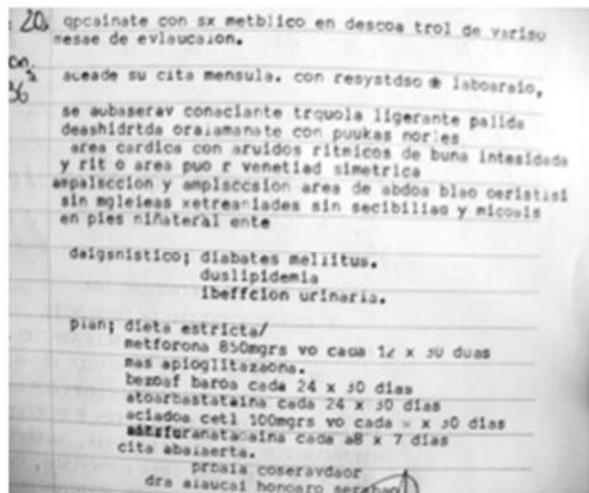
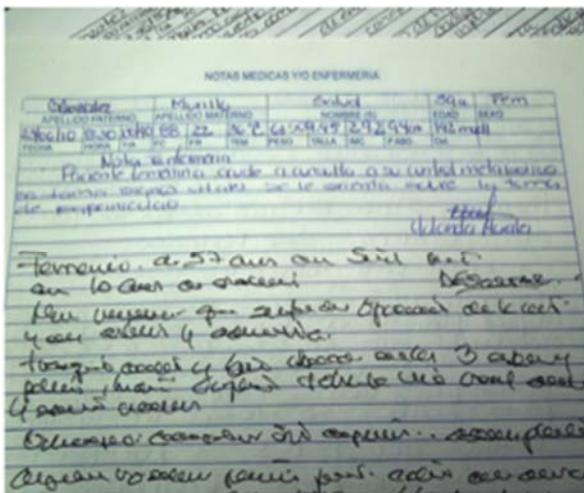


Gráfica 5.40. Distribución de medias de calificación sobre la calidad de los expedientes por centro



Los expedientes clínicos son documentos médico-legales, informativos y de investigación que de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico debe registrar toda atención médica e intervenciones que se les brindan a los pacientes. Todos esos documentos deben cumplir con determinados lineamientos básicos entre los que se encuentran los datos de identificación del paciente, del médico, fecha, hora, etc. Además todos los documentos deben estar escritos en de manera clara, sin abreviaturas y legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado. Otro requisito más que exige la norma es que los expedientes se encuentren limpios y ordenados y que los documentos que lo integran estén completos en contenido.

Durante la revisión de los expedientes en los centros de salud, tuvimos la desafortunada experiencia de encontrar expedientes que incumplían con una o todas las disposiciones antes mencionadas. En general la limpieza de los documentos era muy pobre, con formatos poco uniformes, notas escritas a mano completamente ilegibles y documentos incompletos, sucios, enmendados, y maltratados. Algunos expedientes clínicos carecían totalmente de una historia clínica o contenían el formato prácticamente vacío. Un sinnúmero de notas médicas sin fecha, o signos vitales, con frecuentes errores de contenido y ortográficos.



Por supuesto, hubo honrosas excepciones.

Algunos centros que contaban con expediente electrónico, continuaban con los expedientes tradicionales y al mismo tiempo llevaban el formato electrónico por lo que ninguno de los dos documentos estaba completo. Esto refleja una vez más la gran heterogeneidad entre el personal de salud e incluso entre los propios centros en cuanto a los cuidados y procedimientos administrativos y de atención médica.

Falta llevar a cabo una vigilancia más estricta de cómo se está asentando la información y la calidad de la misma, porque finalmente es un reflejo de la atención médica brindada a los pacientes.

Conclusiones

Lo primero que se debe resaltar como una conclusión directa de este estudio es que existe una inmensa heterogeneidad entre los diferentes centros que se refleja en la calidad de los expedientes, el llenado de los mismos y la información que se recaba. También se observa una importante variabilidad en el nivel de control de los pacientes, las herramientas diagnósticas y terapéuticas utilizadas. Todo esto impacta en el logro de las metas terapéuticas propuestas por las Guías de Práctica Clínica y otras guías internacionales como las de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y las guías de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD).

En términos generales se puede decir que la mayoría de los pacientes carecen de control de la enfermedad, sin embargo, de un paciente a otro y aun entre centros, se encontró que algunos parámetros se encuentran mejor controlados que otros.

Una situación que se debe señalar es que la falta de recursos, capacitación, formación del equipo médico, cantidad de personal, entre otros factores, hace que la atención de estos padecimientos se tenga que adaptar a las condiciones de cada lugar y momento, lo que dificulta brindar una atención homogénea y de la que se pueda esperar se tengan los mismos logros.

No sólo existe una gran variabilidad en los alcances de las metas terapéuticas y la atención médica, sino también en la manera en que se realizan las actividades administrativas. Esta situación se observa en la diversidad de formatos de historia

clínica y notas médicas, todas con información diferente de acuerdo a los usos y costumbres y los recursos de cada centro.

Utilizando como trazador la atención de pacientes con DMT2 se puede concluir que este sistema de atención posee un desempeño medio o bajo como consecuencia del incumplimiento de sus objetivos, que van desde mejorar la atención de estos pacientes, tener mejor control de los mismos y hacer más eficiente su manejo.



6. Guías de Práctica Clínica

Introducción

A nivel mundial se ha desarrollado un gran interés en el empleo y desarrollo de las guías de práctica clínica (GPC). Estas herramientas se han convertido en una estrategia de los sistemas de salud para mejorar la calidad, estandarizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, apoyar las decisiones de los médicos a través de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y con ello, reducir la heterogeneidad de la atención médica con la expectativa de prestar servicios mejor organizados y hacer un uso más eficiente de los recursos.

En el año de 1990 el Instituto de Medicina (IOM por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de América, define a las guías de práctica clínica (GPC) como el conjunto de “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, seleccionando las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica”⁷³.

Durante esa década, en varios países se hicieron esfuerzos por desarrollar GPC con un formato uniforme, que promovieran una atención clínica de calidad y costo-efectiva, cuya metodología tuviera un alcance internacional que promoviera su desarrollo riguroso. Ante esta inquietud, un amplio grupo de investigadores y generadores de políticas de varios países desarrollan el instrumento para la evaluación de GPC (AGREE)⁷⁴, con el objetivo de examinar el tema de la variabilidad en la calidad de las

⁷³ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica. México D. F. : Secretaría de Salud; 2007.

⁷⁴ Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J.* 2010. Dec 2010; 182:E839-842; doi:10.1503/090449

guías, siendo una herramienta que evalúa el rigor metodológico y la transparencia con la cual se elabora una guía⁷⁵.

Antecedentes

A pesar de existir un consenso global sobre el tema, en México durante varios años se contaba con una amplia variedad de GPC que eran elaboradas por diversas organizaciones y cuya localización e implementación era complicada. Para esa época, los temas referidos como problemas de salud pública contaban con el mayor número de GPC cuyo contenido y organización presentaban vacíos metodológicos en el proceso empleado para su realización o adopción y su validación.

Ante este panorama, diversas instituciones y profesionistas del sector salud elaboraron e implementaron modelos de atención con el formato de GPC que no contaban con un modelo estandarizado para su elaboración, lo que dificultaba que se considerara un modelo de referencia nacional.

Es hasta el año 2007 que el centro nacional de excelencia tecnológica en salud (CENETEC) solicita la integración de las GPC, proceso en el cual participan la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), lo que da a estos documentos un carácter sectorial.

En la actualidad, el CENETEC genera guías para el equipamiento de servicios de salud, de práctica clínica y de información para pacientes, que coinciden en el principio de ofrecer recomendaciones considerando la evidencia científica disponible con la mejor utilidad demostrada posible, e involucrando a diversos actores y grupos de interés. El procedimiento se desarrolla bajo un contexto de transparencia y colaboración, sustentado en un marco jurídico acorde con sus atribuciones^{76,77}.

⁷⁵ Consorcio AGREE. Instrumento agree II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. The AGREE Research Trust, mayo de 2009

⁷⁶ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Catalogo maestro de guías de práctica clínica en México. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=463:catalogo-maestro-de-guias-de-practica-clinica-en-mexico&catid=827:noticias

Entre los objetivos más importantes que se buscan con las GPC están los de mejorar la práctica clínica mediante el uso de evidencia científica, disminuir la variabilidad profesional, mejorar la calidad asistencial y la salud poblacional. Dependiendo del método que se utiliza para su elaboración, se distinguen tres tipos de guías:

1. Basadas en la opinión de expertos.
2. Basadas en el consenso.
3. Basadas en la evidencia.

Estas últimas, cuya metodología se considera sistemática, explícita y reproducible, deberían ser las de predominio en una época de avance científico y tecnológico destacable. Esto aseguraría la calidad de la atención y los resultados en materia de salud.

¿Qué situaciones llevan a la creación de las GPC?

De manera general, los profesionales de la salud se enfrentan a una amplia variedad de decisiones diagnósticas y terapéuticas y las conclusiones a las que llegan suelen fundamentarse en los propios conocimientos, con un grado de exactitud variable. En este contexto, los clínicos pueden tener diferentes opiniones sobre el valor relativo de las diversas estrategias diagnósticas y las opciones terapéuticas, por lo que es frecuente observar que frente a un mismo problema de salud varios profesionales elijan abordajes diferentes. Estas diferencias pueden deberse a varias causas⁷⁸:

- Incertidumbre por la carencia de evidencia científica que defina el valor de los posibles métodos diagnósticos o tratamientos.
- Ignorancia secundaria a el desconocimiento o poca actualización del clínico en torno a la evidencia científica.

⁷⁷ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica. México D. F. : Secretaría de Salud; 2007.

⁷⁸ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Metodología para la Integración de Guías de Práctica Clínica. México D.F.: Secretaría de Salud; 2007.

- Presiones externas que obligan al profesional al uso de abordajes determinados aunque éste conozca el valor de las pruebas o tratamientos.
- Recursos limitados que favorecen el uso de métodos alternativos.
- Preferencias del paciente de acuerdo a su escala de valores.

En la actualidad, el crecimiento en la ciencia y el aumento en la tecnología biomédica proveen de herramientas que evitan que la práctica clínica se fundamente en los criterios personales del tratante y dan un nuevo protagonismo a los pacientes, ofreciéndoles la posibilidad de participar de forma más activa e informada en las decisiones que afectan a su salud, directamente con el profesional sanitario en lo referente a su salud.

Elaboración de las guías clínicas

Los temas de las guías se eligen en congruencia con los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Nacional de Salud, con apego a las políticas establecidas por el Consejo de Salubridad General y por las autoridades de la SS así como con las propuestas de sus unidades administrativas, dando prioridad a los temas para las GPC de acuerdo con su:

- **Pertinencia:** con base en las necesidades de salud prioritarias y la información epidemiológica. **Magnitud:** frecuencia y gravedad con que se presenta el problema en el medio en que se realiza el trabajo diario.
- **Trascendencia:** repercusión que tienen dichos problemas en la comunidad.
- **Vulnerabilidad:** eficacia de los procedimientos de los que se puede disponer para enfrentar dicho problema. **Factibilidad:** capacidad de solucionar el problema en el contexto en que se encuentre.
- **Evaluación económica:** (costo-eficiencia, costo-efectividad, u otro). Siempre que sea posible, se deberá integrar la información disponible sobre alguno de los modelos de evaluación económica o en su defecto promover el desarrollo de la misma.

Su elaboración puede incorporar todos los aspectos de la atención médica, incluida la prevención, la detección, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados del paciente. Las GPC deben ser claras, específicas, flexibles, aplicables, válidas y actualizadas de acuerdo con la evidencia científica.

El desarrollo de las GPC involucra al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud El Centro de Coordinación para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica (CCDGPC), el panel de revisión de guías de práctica clínica, personas y grupos de interés y a la Unidad de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica (UDGPC) y se divide en cuatro etapas:

1. Desarrollo
2. Implementación
3. Evaluación
4. Actualización

Las GPC son herramientas diseñadas para solucionar problemas, siendo su función principal colaborar en la toma de decisiones. A pesar de ello, no siempre es posible aplicar de manera estricta las guías, por lo que es necesario adaptarlas al contexto en el que se labore, siempre y cuando no se ponga en riesgo la integridad de los pacientes.

En el ánimo de indagar acerca de la percepción, uso e impacto que las GPC tienen en el personal médico de los CAAPS y CESSA, se evaluaron estos aspectos utilizando dos trazadores clínicos. Por una parte, por su relevancia epidemiológica en el país, se seleccionó a la Diabetes Mellitus y, por la otra, a los cuidados prenatales en virtud de ser uno de los ejes sobre los cuales fueron concebidos los servicios que prestarían los centros de salud con servicios ampliados, CAAPS y CESSA.

Objetivo General

Documentar el grado de implementación de las Guías de Práctica Clínica en las unidades de primer nivel de atención con servicios ampliados.

Metodología

El uso, conocimiento y percepción de las GPC seleccionadas se evaluaron a través de dos componentes, uno cualitativo y otro cuantitativo. El primero se realizó mediante entrevistas semi-estructuradas con los directores de 10 de los centros de salud participantes en el estudio, y con siete jefes de jurisdicción sanitaria. La entrevista abordó distintos temas, entre ellos los relacionados con el uso, disponibilidad, utilidad y capacitación en el manejo de las GPC. Por su parte, el componente cuantitativo se llevó a cabo mediante la aplicación de una encuesta a tres médicos adscritos de cada uno de los centros participantes. La encuesta comprendió tres temas: percepción, uso de las GPC y conocimientos sobre dos de ellas: la de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo y, la de Diagnóstico, Metas de Control Ambulatorio y Referencia Oportuna de Prediabetes y Diabetes Mellitus Tipo 2 en Adultos en el Primer Nivel de Atención. Los datos particulares de estas últimas se presentan en el capítulo de efectividad de la atención médica.

En este capítulo se presenta la información relacionada solamente con el uso, disponibilidad, utilidad y capacitación en el manejo de las GPC.

El cuestionario sobre uso y conocimientos de guías de práctica clínica se elaboró a partir de varias fuentes: Las primeras preguntas se elaboraron a partir de las recomendaciones encontradas en los manuales del CENETEC sobre la metodología de integración de las guías de práctica clínica, la segunda parte acerca de la percepción de la utilidad de las GPC, es una adaptación de una encuesta aplicada a médicos cardiólogos en varios países de Latinoamérica incluyendo a México; esta encuesta pretende evaluar la actitud u objeciones que pueden tener los médicos ante el uso de las guías de práctica clínica⁷⁹. Las preguntas sobre evaluación y capacitación se elaboraron a partir de las recomendaciones del Programa SICALIDAD para implementar cursos de capacitación y actualización sobre las GPC.

⁷⁹ Giorgi, M.A, Boracci, R.A., Calderón, G. Manente, D., Mulassi, A., Piñeiro, D.J. y Dones, W. Encuesta sobre el uso de guías de práctica clínica en cardiólogos de Latinoamérica ." *Revista Argentina de Cardiología* . scieloar , 2012, 80(2), 108-113.

Resultados

Componente cualitativo

Prácticamente todos los funcionarios entrevistados coincidieron en reconocer el valor de las GPC.

“Las guías y las normas oficiales son una herramienta fundamental para el médico” (Directora CEAPS, Estado de México.)

“No sólo lo creo, lo afirmo (que las guías son un instrumento de calidad de la atención)... Lo afirmo y la finalidad real de las Guías es unificar criterios, y que no un grupo de médicos maneje bajo este criterio una patología y acá otra patología” (Director CEAPS, Estado de México)

La mayoría de los entrevistados comentó que las GPC están disponibles para todos los médicos en formato electrónico, ya sea en un CD o a través de internet. Asimismo en algunos casos se comentó que las GPC se actualizan periódicamente.

“Todos los médicos desde hace ya algún tiempo, y esto fue también bajados a través de la página oficial de la Secretaría de Salud, junto con el Instituto Nacional de... donde en un principio estuvieron las primeras 183 guías de práctica clínica que se trabajaron de forma conjunta entre el Seguro Social, el ISSSTE, la Secretaría de Salud, entonces se bajaron todas a un disco tanto las guías de prácticas completas como las rápidas y se bajaron a un disco, que les proporcionaron un disco a cada uno de los médicos, posteriormente y en algún tiempo estuvimos revisando las guías de práctica clínica.” (Director CESSA, Guanajuato)

“...a cada médico se le dio un CD con la Guía Clínica, bueno, la que en su momento eran como 500 y tantas, ya ahorita ya van como en la 605 algo así, si revisa ahí, la tienen en su máquina la Guía Clínica y ahorita estaríamos en la parte de implantación que es la que se tienen que aplicar” (Directora CESSA, Tabasco)

Sólo en un caso la disponibilidad no estaba garantizada.

“Cuento con un área de calidad y enseñanza en donde tengo una computadora donde tengo integradas las guías prácticas, pero son muy pocos los médicos que suben a hacer evaluación de las guías prácticas. Se basan más a lo que ellos traen, a sus normas, pero son personas ... que han cursado ya muchos años de trayectoria y entonces ya tienen su formación. Ellos conocen perfectamente de las guías y de las normas... Y es muy poco el personal que sube.” (CESSA, Nayarit)

No existe una estrategia de capacitación en el manejo de las GPC. La mayoría declara que el uso es una decisión personal de cada médico, aunque comentan que tratan de estimular su uso. En algunos casos, en función de la coyuntura de una evaluación de calidad o acreditaciones de los centros se hacen algunas actividades de revisión de las guías, pero no obedecen a un programa de capacitación continua. En otros casos, la revisión de las guías ocurre como parte de cursos de actualización o capacitación sobre diversos temas, pero no hay un programa específico enfocado en su empleo.

“Sí, o sea regularmente así ha sido aquí (se ponen a estudiarlas por su cuenta y así sobre la marcha), es como lo hemos trabajado aquí en el Centro”. (Directora CESSA Chihuahua.)

“Tenemos nuestro programa de continuo para diferentes temas, pero los temas de las recomendaciones de las Guías Clínicas, precisamente este, la parte de discusión de las Guías Clínicas fue el año pasado, ... si revisa ahí, la tienen en su máquina la Guía Clínica y ahorita estaríamos en la parte de implantación que es la que se tienen que aplicar”. (Directora CESSA, Tabasco)

“... el programa de calidad, el primer nivel de la jurisdicción, nos capacitó en estos, nos mencionó, nos hizo hincapié que los teníamos que usar, nos explicó ¿verdad?, este, el método para buscar más fácilmente porque son muchísimas las prácticas clínicas, para facilitarnos un poco la búsqueda de estos, todos los médicos lo tienen en su computadora, si están en electrónico y las tienen en la computadora”. (Directora CEAPS Chihuahua).

Solamente en un centro, el director declaró la realización de cursos de capacitación específicos relacionados con las GPC.

“...hay cursos por lo menos una o dos veces al año de este tipo de guías de práctica clínica, por la misma afluencia del tipo de enfermedades a lo mejor no han podido consultar todas, porque prácticamente es lo mismo que ven todos los días, infecciones respiratorias, EDAS, embarazadas complicadas”.
(Directora CEAPS, México)

Aunque los funcionarios declararon que tratan de estimular el empleo de las guías entre los médicos de los centros, estiman su uso por debajo de lo deseable. El principal obstáculo que identifican es la demanda de consulta que les resta tiempo para revisarlas, pero también un problema de “actitud” hacia el trabajo en general o hacia los elementos relacionados con la informática o la computación. También hubo comentarios acerca de que los médicos confían más en una experiencia clínica que en lo que las guías puedan orientarles.

“...ahorita lo que estamos haciendo es que si yo pongo una nota médica y establezco diagnóstico, el diagnóstico per se no va nada más así, si no que va con la clave CIE y con la guía de práctica clínica que le corresponde, entonces así se debe de estar manejando, hay quien sí lo hace, hay quien no lo hace y volvemos a la actitud, no es por falta de... sino que hay gente que se resiste pues, pero con eso seguimos trabajando, le seguimos echando ganas.” (Director CESSA, Guanajuato)

Por último, se preguntó también sobre la realización de algunas actividades de evaluación del uso de las GPC. Nuevamente, no existe una estrategia en este sentido. Las decisiones que existen a este respecto suelen deberse a la dirección del Centro o a alguna coyuntura de evaluación.

“...vienen a evaluarnos cada tres meses aproximadamente, como el sistema lo indica, el programa de calidad así algo similar, tantas embarazadas, tantos diabéticos, hipertensos y niños. Ven nuestras notas médicas, la calidad de la nota, qué nos faltó, que no debe de ir aquí, y así y siempre es el apego a la guía de práctica clínica ...” (Directora CESSA, Chihuahua)

Análisis cuantitativo

La entrevista dirigida a los médicos adscritos contenía una sección que indagaba sobre el uso y conocimiento de las GPC. La entrevista fue contestada por 70 médicos de 24 centros de salud.

Solamente un médico -del CESSA de Pochutla- refirió no conocer la existencia de las GPC. Asimismo, en cuanto al acceso, seis entrevistados refirieron no tener acceso a ellas. De ellos, dos pertenecían al CS Juan Escutia, en Tepic y dos más del CESSA de Pochutla en Oaxaca. En el primer caso, el dato coincide con lo reportado por la directora de ese centro.

El medio de consulta más utilizado fue el archivo digital. El 70% de los médicos declararon que este era su medio de acceso, la consulta vía web y/o impresa era utilizada por el 37% de los encuestados en ambos casos⁸⁰. Este dato también coincide con lo expresado por los funcionarios sobre los medios a través de los cuales se encuentran disponibles las guías.

El 60% reportó emplear las GPC “frecuentemente” o “todo el tiempo”. Los centros en los que consistentemente el uso de estas guías fue bajo fueron el CEAPS San Salvador Atenco y el CESSA La Peñita de Jaltemba. En los CEAPS Leandro Valle, Colorines, Juchitepec, San Mateo Atenco, en los CESSA Pochutla y Villa Tecolutilla, dos de los tres médicos encuestados reportaron usar las guías “rara vez” o “algunas veces”.

Con el propósito de identificar la frecuencia del uso de las guías indicadas para el primer nivel de atención se seleccionaron 11 de ellas y se pidió a los médicos que indicarán las tres que consultaban con mayor frecuencia. La Cuadro 1 muestra las proporciones de uso entre los médicos encuestados.

⁸⁰ La suma excede el 100% en virtud de que los respondientes podían emplear más de un medio de consulta.

Cuadro 6.1. Porcentajes de uso de las GPC

Guía	Proporción de uso
Manejo y tratamiento del dengue grave y no grave (SS-151-08)	7.1
Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención (IMSS-076-08)	47.1
Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención (ss-093-08)	47.1
Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos cáncer de mama en el primer nivel de atención (SS-001-08)	2.9
Prevención y detección oportuna de cáncer de cérvicouterino en el primer nivel de atención (S-146-08)	7.1
Diagnóstico y referencia oportuna del paciente con infección por VIH en el primer nivel de atención (SS-067-08)	2.9
Detección y tratamiento inicial de emergencias obstétricas (IMSS-436-11)	24.3
Atención integral de preclampsia (S-020-08)	10.0
Prevención y diagnóstico de caries dental en pacientes de 6 a 16 años (SS-024-08)	2.9
Detección y tratamiento del trastorno depresivo de 18 a 59 años de edad (IMSS-161-09)	1.4
Consulta y asesoría médica para el uso de anticonceptivos temporales (SS-202-09)	4.3

Se puede ver un mayor uso de las relacionadas con el manejo de pacientes crónico-degenerativos y emergencias obstétricas. El resto no rebasó el 10% de su uso. Los médicos encuestados mencionaron además que consultaban las guías sobre condiciones agudas: infecciones respiratorias y de vías urinarias, así como enfermedad diarreica, pero su porcentaje de uso tendió a ser también bajo. Lo cual coincide con el comentario de la directora de un centro de salud en el sentido de que los mismos motivos de consulta son tan recurrentes que los médicos ya conocen las guías y no necesitan consultarlas con frecuencia.

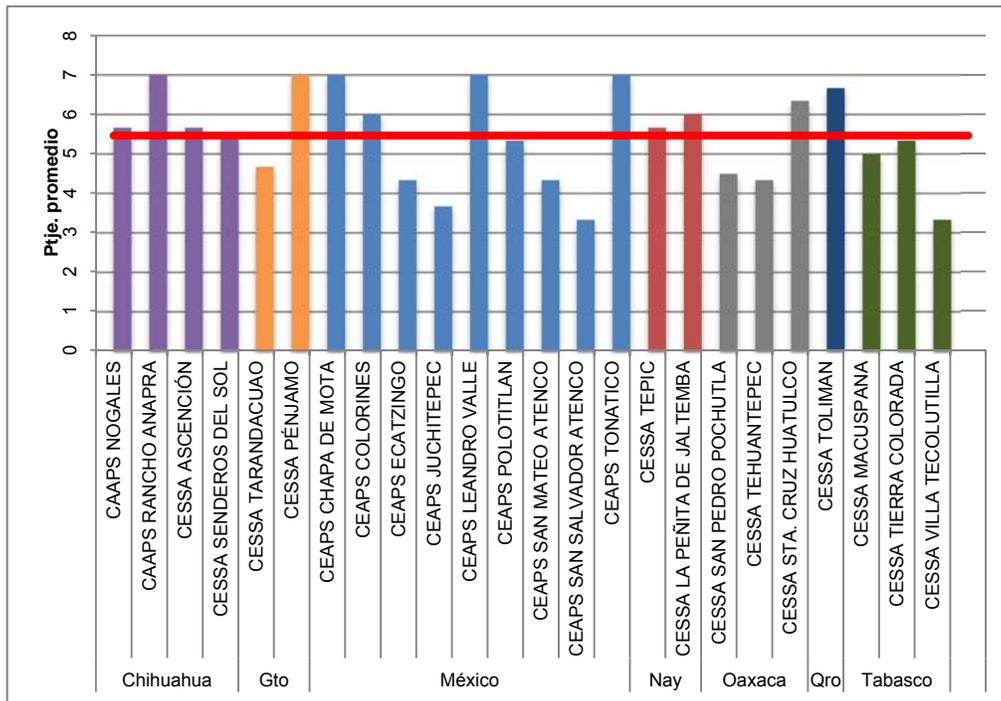
Mediante el coeficiente Kuder-Richardson 20 ($KR_{20} = 0.68$) se construyó un indicador sobre la percepción de la utilidad de las guías, empleando 8 de los 12 reactivos utilizados para este propósito. Los puntajes altos de esta variable indican una mejor percepción de la utilidad de las GPC. El promedio de calificación fue de 5.5 (d.e = 2.0). Se compararon las medias de quienes reportaron un uso bajo de las GPC (n=28) contra

quienes reportaron un uso frecuente (n=41), y se encontró una diferencia significativa ($p=.02$) entre ambos grupos. El primer grupo tuvo una calificación promedio de 4.8 (d.e. = 2.0) y el segundo promedió 5.9 (d.e.=1.8).

El comparar por estado y centros de salud se puede ver que los centros de Querétaro y Chihuahua tienen los promedios más altos en la percepción de la utilidad de las GPC, mientras que Tabasco es la entidad con el menor promedio.

En algunos casos se observa una discrepancia entre el uso reportado y la utilidad percibida de las GPC: CEAPS Leandro Valle, CEAPS Colorines. Mientras que sus médicos reportan un bajo uso, al mismo tiempo califican alto la utilidad de las guías.

Gráfica 6.1. Percepción promedio de la utilidad de las GPC por estado y centro de salud. La línea roja indica la calificación promedio general.



Por último, el 88% de los médicos no tuvo alguna evaluación sobre el manejo de las GPC cuando ingresó a trabajar al Centro de Salud, y el 55% reportó no haber recibido algún tipo de capacitación sobre el mismo tema, al menos durante el último año.

Conclusión

Las GPC son una herramienta fundamental en la prestación de la atención médica de calidad y costo-efectiva. Promueven un empleo uniforme de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con respaldo en la mejor evidencia científica disponible. El reconocimiento de su importancia fue aceptada por los funcionarios entrevistados, así como el conocimiento de su existencia por prácticamente la totalidad de los médicos encuestados. Asimismo, su acceso y disponibilidad estaban garantizados en la gran mayoría de los centros. Aunque esto no se tradujo en su empleo extendido. Los principales obstáculos identificados tienen que ver con la falta de tiempo para su consulta y en la confianza en el propio criterio clínico para la toma de decisiones. Esto se reflejó en la percepción de su utilidad entre los médicos, la cual mostró una gran variabilidad entre los estados y centros evaluados. Fue interesante la observación de una menor utilidad percibida entre aquellos que las consultan con menor frecuencia, comparados con quienes las revisan frecuentemente.

Un punto clave parece ser el de la capacitación o revisión colegiada periódica de las guías. No se identificó una estrategia en este sentido, lo cual fue corroborado tanto por los funcionarios como por la cifra de que arriba del 50% de los médicos no había recibido capacitación en el tema en el último año.

El problema parece entonces no estar en el acceso y disponibilidad de las guías, sino en el de la capacitación y demostración de las ventajas que tiene su empleo consistente como herramienta de consulta. Parece entonces necesario pensar en estrategias que, por una parte, garanticen una continua revisión colegiada y actualización de las GPC de mayor utilidad en el primer nivel de atención y por el otro, mecanismos ágiles para su consulta que interfieran lo menos posible en el desarrollo de una sesión con un paciente.



7. Abasto de medicamentos y surtimiento de recetas

El diseño de las unidades de primer nivel de atención con servicios ampliados, CAAPS o CESSA, deriva de la necesidad de que los servicios de salud se articularan en sus diferentes niveles de complejidad, para asegurar la continuidad en la atención. Se sitúan como parte del primer nivel de atención, aunque su cartera de servicios es más amplia y son unidades médicas de mayor capacidad resolutive puesto que pueden ofrecer atención quirúrgica de baja complejidad⁸¹. Sin embargo, continúan siendo unidades de servicios ambulatorios y por ello se encuentran sujetas a la normatividad establecida para las unidades médicas del primer nivel de atención.

La consulta externa es la parte medular de los servicios que deben brindar los Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA). El personal médico debe contar con los recursos necesarios y suficientes para atender las necesidades de salud de la población a la que otorga sus servicios. Parte fundamental de esos recursos son los medicamentos. Las unidades médicas deben contar con un abasto suficiente y actualizado de acuerdo a las patologías más frecuentes de la población objetivo y que correspondan con los tratamientos de elección según las Guías de Práctica Clínica (GPC) vigentes en nuestro país.

El área de farmacia debe contar con un adecuado control de medicamentos acorde con la demanda poblacional, estos medicamentos deben encontrarse en las mejores condiciones de acuerdo a estándares de calidad para garantizar que la administración del tratamiento sea segura y efectiva para el paciente.

⁸¹ SSA. Modelo Integrador de Atención a la Salud M I D A S. México DF; 2006. p. 63.

Objetivo general

Identificar el abasto de medicamentos en los CAAPS y CESSA de acuerdo al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), para unidades de primer nivel de atención.

Metodología

Para conocer la situación de la oferta terapéutica se exploraron tres aspectos relacionados con el abasto y la disponibilidad de medicamentos en las unidades seleccionadas.

El primer abordaje se centró en el abastecimiento de fármacos, en las áreas de farmacia, mediante el levantamiento de un inventario de los medicamentos existentes en el momento de la visita. Para los fármacos que sí se encontraron de acuerdo a las listas de cotejo, se recabaron datos de cantidad del medicamento, la clave, fecha de caducidad, y cuando no había en existencia se anotaba la razón, además se observaron las condiciones de almacenamiento y los mecanismos de control, acceso y uso y lo mismo se realizó en el área de almacén de las unidades seleccionadas.

El segundo aspecto de análisis se exploró mediante una estrategia cualitativa a través de la opinión de personajes clave. Por un lado el personal médico que hace uso de los fármacos y por otro, el personal que se encarga de gestionar el reabastecimiento continuo de los mismos.

El tercer acercamiento se realizó, con los pacientes, mediante la revisión de recetas surtidas en la farmacia de la unidad médica.

Diseño del estudio. Se realizó un estudio transversal en 25 unidades médicas de primer nivel de atención con servicios ampliados y de atención médica a la salud.

Diseño de los instrumentos. Para la evaluación del abastecimiento y funcionamiento del área de farmacia se utilizaron como referencia dos fuentes. El Catálogo Universal de Servicios de Salud “CAUSES” y la Cédula de Acreditación y Reacreditación del CAUSES que establece el sistema “Sicalidad” (CED: 01AP2011)⁸². Con base en estos documentos se elaboraron listas de cotejo donde se incluyeron los medicamentos

⁸² SSA. Cédula de Acreditación y Reacreditación del CAUSES. Sicalidad. México DF. p.4

básicos para la atención en general de este tipo de centros, haciendo énfasis en los medicamentos necesarios para un adecuado control prenatal y de pacientes con Diabetes Mellitus (DMT2), elegidos como trazadores de la atención médica, para este estudio.

Se seleccionaron en total 105 medicamentos incluidos dentro del catálogo de CAUSES, considerados como de uso más frecuente en la consulta externa. En cada Centro se empleó esta lista de cotejo, quedando una muestra de 24 Centros. En el CESSA de Ocuilzapatlán, Tabasco, no fue posible realizar este levantamiento.

Para evaluar el abastecimiento de los almacenes de cada unidad se seleccionaron 25 insumos básicos, utilizados para las distintas acciones ofertadas en este tipo de unidades que van desde la consulta externa de medicina general hasta la sala de curaciones, los cuales fueron seleccionados del “Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud 2011”⁸³.

Se exploró en la entrevista con los médicos su opinión sobre sí los medicamentos con los que cuentan son los adecuados para el tipo de motivos de atención y también sí eran suficientes.

Para el surtimiento de recetas a pacientes, se elaboró una lista de cotejo, con 7 secciones: Datos generales de la receta, datos generales del centro de salud, datos generales del paciente, diagnóstico clínico, indicaciones y surtimiento de medicamentos. Se aplicó en 24 Centros de forma aleatoria entre los pacientes que acudían al área de farmacia para el surtimiento de su receta. Al salir de farmacia, se solicitaba que nos permitieran ver la receta para hacer el llenado de la lista de cotejo. La muestra total fue de 474 recetas.

La elaboración del instrumento de revisión de las recetas médicas se basó en el formato utilizado los servicios de la Secretaría de Salud, donde existen campos obligatorios para llenado del médico y cuentan con máximo cuatro espacios para

⁸³ “Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud 2011”. Secretaría de Salud. Versión en línea. http://www.csg.salud.gob.mx/contenidos/CB2013/cuadro_basico

medicamentos por receta, además de contar con espacios específicos para registrar dosis, indicaciones y tiempo de tratamiento.

Resultados

Características generales de las farmacias

De las 24 unidades exploradas, en 13 (54%) el servicio de farmacia era subrogado a empresas privadas, 10 (42%) son administradas por los servicios de salud de los Estados, mientras que en el CESSA La Peñita de Jaltemba, se encontraba con otro tipo de administración. Todos los centros cuentan con un área física específica para el almacenaje y control de los medicamentos, aunque no en todos funciona (La Peñita de Jaltemba, Foto 7.1).

Foto 7.1. Farmacia fuera de servicio



CESSA La Peñita de Jaltemba, Nay

En cuanto al horario de funcionamiento, el 75% de las unidades cuenta con farmacia abierta de lunes a domingo, y prácticamente todos los CEAPS del estado de México tienen el servicio de farmacia disponible las 24 horas (Cuadro). Mientras que el resto de los Centros no. Se encontró que en aquellas unidades que no tienen horario completo, internamente se aseguran que las áreas de urgencia y hospitalización cuenten con una reserva de medicamentos para la atención. Lo cierto es que en el caso de los

pacientes, la disponibilidad de este servicio está limitado a los horarios y días a la semana establecidos por cada Centro.

Cuadro 7.1 Días y horarios de atención de farmacias por centro de salud.

Estado	Centro de Salud	Días de atención	Horario
Chihuahua	CAAPS Nogales	Lunes a Domingo	Matutino y vespertino
	CAAPS Rancho Anapra	Lunes a Sábado	Matutino y vespertino
	CESSA Ascensión	Lunes a Domingo	Matutino
	CESSA Senderos del Sol	Lunes a Viernes	Matutino
Guanajuato	CESSA Pénjamo	Lunes a Domingo	Matutino y vespertino
	CESSA Tarandacua	Lunes a Domingo	Matutino
México	CEAPS Chapa de Mota	Lunes a Domingo	24 horas
	CEAPS Colorines	Lunes a Sábado	24 horas
	CEAPS Ecatzingo	Lunes a Domingo	24 horas
	CEAPS Ignacio López Rayón	Lunes a Domingo	24 horas
	CEAPS Leandro Valle	Lunes a Domingo	24 horas
	CEAPS Mariano Matamoros	Lunes a Domingo	24 horas
	CEAPS Polotitlán	Lunes a Domingo	24 horas
	CEAPS San Mateo Atenco	Lunes a Domingo	Matutino
	CEAPS San Salvador Atenco	Lunes a Domingo	24 horas
	Nayarit	CESSA Tepic	Lunes a Domingo
CESSA La Peñita de Jaltemba		Lunes a Domingo	Matutino y vespertino
Oaxaca	CESSA San Pedro Pochutla	Lunes a Sábado	Matutino y vespertino
	CESSA Santa Cruz Huatulco	Lunes a Domingo	Matutino y vespertino
	CESSA Tehuantepec	Lunes a Domingo	Matutino
Querétaro	CESSA Tolimán	Lunes a Domingo	Matutino y vespertino
Tabasco	CESSA Macuspana	Lunes a Viernes	Matutino y vespertino
	CESSA Tierra Colorada	Lunes a Viernes	Matutino y vespertino
	CESSA Villa Tecolutilla	Lunes a Domingo	Matutino y vespertino

Veinte de las unidades contaban con control de acceso al área de farmacia. Situación que favorece el adecuado ingreso y egreso de personal exclusivo de farmacia y disminuye los riesgos de pérdidas de insumos por robo; mientras que las cuatro unidades restantes, no contaban con ningún tipo de control para acceso a esta área. La media del personal que labora dentro del área de farmacia fue de 3.6 personas en total.

En cuanto al orden y las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, en más del 80% se encuentran en estanterías de manera ordenada, ya sea por orden alfabético (13 unidades), clave del CAUSES (5 unidades), por clave interna (4 unidades),

numérico o por presentación (una unidad para ambos casos). Sin embargo, las condiciones en que se mantienen no son estrictamente supervisadas. En nueve unidades (cuatro de ellas pertenecientes a la SS) no cuentan con control de temperatura y humedad, lo que pone en riesgo la calidad de los medicamentos que deben conservarse en rangos de temperatura y humedad estricta. Un ejemplo de ello es el CESSA de Villa Tecolutilla en Tabasco, ya que está ubicado en una zona de altas temperaturas.

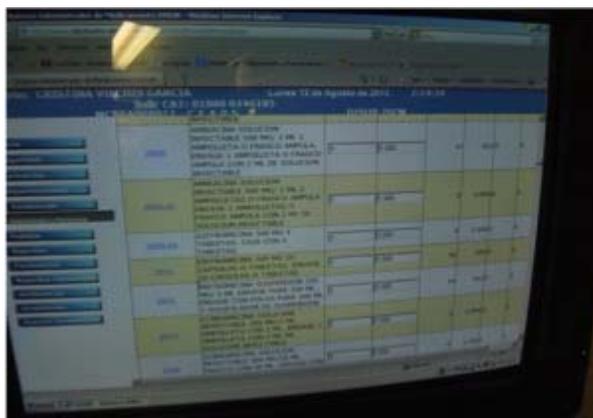
Cuadro 7.2 Características de farmacias por centro de salud

Estado	Centro de Salud	Control de acceso	Número de personas (total)	Orden de Medicamentos	Control de temperatura y humedad
Chihuahua	CAAPS Nogales	Si	5	Alfabético	No
	CAAPS Rancho Anapra	Si	2	Alfabético	Si
	CESSA Ascensión	Si	1	Alfabético	Si
Guanajuato	CESSA Senderos del Sol	Si	2	Alfabético	Si
	CESSA Pénjamo	Si	4	Alfabético	No
	CESSA Tarandacuao	No	5	Alfabético	No
México	CEAPS Chapa de Mota	Si	5	Por Clave interna	Si
	CEAPS Colorines	Si	5	Numérico	Si
	CEAPS Ecatzingo	Si	2	Alfabético	No
	CEAPS Ignacio López Rayón	Si	4	Alfabético	Si
	CEAPS Leandro Valle	Si	4	Clave Causes	Si
	CEAPS Mariano Matamoros	Si	5	Clave Causes	Si
	CEAPS Polotitlán	Si	5	Por Clave interna	No
	CEAPS San Mateo	Si	4	Por Clave interna	Si
	CEAPS San Salvador Atenco	Si	4	Por Clave interna	Si
Nayarit	CESSA Tepic	Si	5	Clave Causes	Si
	CESSA La Peñita de Jaltemba	No	0	Alfabético	No
Oaxaca	CESSA San pedro Pochutla	Si	2	Clave Causes	No
	CESSA Santa Cruz Huatulco	Si	3	Clave Causes	Si
	CESSA	Si	7	Alfabético	Si

Estado	Centro de Salud	Control de acceso	Número de personas (total)	Orden de Medicamentos	Control de temperatura y humedad
	Tehuantepec				
Querétaro	CESSA Tolimán	No	3	Alfabético	Si
Tabasco	CESSA Macuspana	No	3	Por presentación	Si
	CESSA Tierra Colorada	Si	3	Alfabético	No
	CESSA Villa Tecolutilla	Si	3	Alfabético	No

Prácticamente todas las unidades realizan inventario de medicamentos (92%) aunque la periodicidad varía: de manera diaria (32%), semanal (39%) mensual (29%). Las dos unidades donde el inventario no se lleva a cabo fueron CESSA La Peñita de Jaltemba en Nayarit y en CESSA San Pedro Pochutla, Oaxaca. Se encontró que tampoco hay un control de surtimiento de recetas lo que complica el reabastecimiento y control en general de los fármacos. En algunos Centros (18) tienen un control estricto en formato electrónico (Foto 7.2).

Foto 7.2. Inventarios y controles en el área de farmacia



CEAPS Los Colorines, México.



CESSA La Peñita de J., Nay

Otra herramienta importante para el control de medicamentos, es el semáforo de caducidad. El semáforo no siempre se encontraba de manera visible pero en general se observó un adecuado control en cuanto a la vida útil de los fármacos. De todos los medicamentos revisados (n=1,755 lotes) 1% se encontraban caducos y 1% estaban próximos a caducar (menos de un mes de vida útil). De los medicamentos vigentes, las fechas de caducidad variaban de una clave a otra, de acuerdo a la productividad y a la

demanda específica de cada unidad, en algunos casos se encontraron lotes con vigencia hasta el 2015.

Abasto de Medicamentos.

Se encontró que ninguna de las unidades cuenta con la lista completa de los 105 medicamentos seleccionados para esta evaluación (Anexo 2), Las unidades donde se observó mayor abasto con más de 85 de las 105 claves corresponde a CESSA Juan Escutia, CEAPS Ecatzingo, y CAAPS Nogales, mientras que los centros con menor cantidad de claves son los CEAPS Polotitlán, Leandro Valle y San Mateo Atenco en el estado México y los CESSA Tierra Colorada, Tab., y Pénjamo, Gto., todos ellos con menos de 60 claves. Llama la atención que en Pénjamo 22 claves estaban fuera del catálogo que maneja la unidad. Esta situación se observó en varias unidades, esto significa que no hay un apego estricto al CAUSES establecido para este tipo de centros.

“Sí hay abasto, pero no el suficiente, porque han retirado muchas partidas. ¿Por qué razón? No lo sé” (Director de CEAPS, México)

“Normalmente ahorita hemos estado trabajando bien, tenemos ahorita un promedio de tres, cuatro meses fluctúa entre un 85% hasta un 95% nunca se abarca un 100%, en ningún lado” (Director de CESSA, Qro.)

“créame nos esforzamos en hacer el pedido lo mejor, lo más objetivo posible, pero aun así nos llegan claves que no requerimos, mucho medicamento que tenemos en excedente incluso que ponemos a disposición, porque no se mueve aquí en la unidad y sin embargo, nos están faltando, antiinflamatorios mayormente, antibióticos, ...por ejemplo en un tiempo, la insulina para los diabéticos, antihipertensivos ...” (Director de CESSA, Chih.)

De los 105 medicamentos seleccionados del CAUSES solo ocho claves se encontraron en el 100% de las unidades médicas evaluadas, corresponden a tres antibióticos: Clindamicina, Dicloxacilina y Trimetroprim/Sulfametoxazol, un hipoglucemiante oral (Glibenclamida), un diurético (Furosemide), un analgésico (Diclofenaco), un antiespasmódico (Butilhiocina) y un antiácido (Hidróxido de aluminio).

Foto 7.3. Existencia de medicamentos



CESSA Villa Tecolutilla, Tab.

CESSA Macuspana, Tab.

El fármaco con menor porcentaje de existencia correspondió al suero antiviperino el cual se encontró sólo en el CESSA Tierra Colorada. Para el caso del suero antialacrán solo estuvo disponible en 4 unidades médicas: CESSA La Peñita de Jaltemba, CESSA Juan Escutia, CEAPS Leandro Valle, y CESSA San Pedro Pochutla. A pesar de que este suero se encuentra en el cuadro básico de medicamentos establecido en el CAUSES para el primer nivel de atención. Debe considerarse que algunos estados de la República tienen altos índices de picadura por alacrán o serpientes, al no estar incluidos el suero antiviperino ni suero anti alacrán dentro de los CESSAS, se tiene que conseguir el fármaco por otras vías, normalmente por gestión del director, tal fue el caso de por ejemplo del CEAPS Colorines, donde estos incidentes son frecuentes, por lo que se debe reconsiderar integrar estas Claves de acuerdo a las necesidades específicas de cada Centro.

“Seguramente sí o a lo mejor hasta el próximo año, pero mientras por la gran cantidad que tengo de picaduras de alacrán debo de tener un abasto de esas soluciones, unas la he comprado, lo mismo los micros (micro goteros), los normos (normo goteros), para no tener que sufrir. Ahorita tengo pero si es importante que sí nos lo respeten”. (Director CEAPS, México)

El ácido fólico y fumarato Ferroso, fármacos de uso recomendado para toda mujer durante el control prenatal, se encontraron en existencia en 87% y 75% de las unidades respectivamente. De las 6 unidades donde no se encontró fumarato ferroso, sólo en

Juchitepec, México, se encontró fuera del catálogo de la farmacia, lo que llamó la atención ya que es de uso habitual en la atención del embarazo.

Respecto a los medicamentos utilizados para el control de los pacientes con Diabetes Mellitus, se seleccionaron dos hipoglucemiantes orales (Glibenclamida y Metformina) y dos insulinas (de acción rápida e intermedia). En general, hay una existencia aceptable, la Glibenclamida se encontró en todas las unidades y la Metformina en 22 de las 24 (91%). Aunque debería contarse con un abastecimiento de Metformina en 100% de las unidades, puesto que es el tratamiento inicial más utilizado para el control de la DM.

La insulina de acción rápida se encontró en 20 de los 24 centros. La intermedia se encontró en 22 centros. En todos los casos, la razón por la cual no se encontraron los medicamentos fue por existencia agotada.

Es importante rescatar que al menos había con disponibilidad de alternativas terapéuticas para el control de la glucemia. Si bien no es lo más correcto cambiar de un esquema a otro, en una situación de desabasto temporal del medicamento de primera línea, se puede hacer uso de otras alternativas para después reestablecer el manejo adecuado para cada paciente.

Las necesidades de medicamentos por Centro, se hacen con base en la población que atiende cada unidad y estratifican por tipo de población: niños, embarazadas, pacientes crónicos y por la cantidad de consultas que otorgan:

“Sí lo asignan por cuantos crónicos tenemos, la población que tiene aquí, de ahí lo sacan, siempre checan cuanta población tenemos y sobre todo de la consulta que se da, se hace una evaluación y ya eso mandan”. (Directora de CESSA, Tabasco)

A pesar de la programación que hacen los Centros de Salud, considerando la población que les corresponde atender, lo cierto es que existe un buen número de pacientes que aunque no están en su área de influencia, acuden a atenderse a estos Centros, lo que aumenta, desde la perspectiva de los directores, la demanda de consulta y también de las necesidades de medicamentos

“Sí, aunque por decirlo así nos dan tantos medicamentos, digamos 100 de metformina pero a veces viene la población de fuera y no le voy a decir váyase a su Centro de Salud a buscarlo”. (Directora de CESSA, Tabasco)

Por parte de las autoridades jurisdiccionales existe la percepción de que el surtimiento de medicamentos se hace prácticamente al 100%; sin embargo, a veces faltan aquellos medicamentos que por la coyuntura epidemiológica se agotan más rápidamente, o bien que son necesarios para una atención de urgencia y que cualquier momento este faltante puede hacer la diferencia entre una atención exitosa o no.

“...entonces cada mes o cada semana saco los faltantes y se los envié a los jefes para que se enteren, porque ellos dicen “no, yo estoy surtiendo al 100%” entonces yo les digo “ok al 100%” pero que claves me están faltando, porque si me falta paracetamol en época de dengue me afecta muchísimo o si me falta por ejemplo Hidralazina intravenosa en pacientes que están saliendo de preclampsia o que están con una enfermedad hipertensiva del embarazo... entonces esas claves me impactan y a lo mejor son 2 o 3 pero vea la lista”. (Directora de CESSA, Oaxaca)

En la mayoría de los Centros los Directores mencionaron que el mayor problema de desabasto de medicamentos ha sido durante el año en curso.

Surtimiento de recetas

De las recetas evaluadas (473) la afiliación de la población fue mayoritariamente al Seguro Popular (93%), seguida de Oportunidades (5%), mientras que el 2% restante se distribuyó entre población sin alguna derechohabiencia y la que no se registró en la receta.

Para asegurar un buen apego al tratamiento se necesitan de varios factores, entre otros el paciente debe tener suficiente información sobre su enfermedad y conocer todas sus complicaciones. Esto le permite participar activamente en el cuidado de su salud y de su enfermedad, el paciente debe encontrarse familiarizado con el medicamento prescrito, un esquema de tratamiento que se sigue correctamente favorece un mejor resultado y se refleja también como un adecuado control en el caso de las

enfermedades crónicas. Para que se puedan seguir las indicaciones médicas, deben encontrarse claramente escritas, con presentación del fármaco, dosis, duración del tratamiento y alguna otra indicación necesaria, a fin de facilitar la información al paciente y mejorar la adherencia a los esquemas farmacológicos.

Dentro la revisión de las recetas se incluyeron rubros para identificar aquellos factores que pueden influenciar positiva o negativamente en la toma del tratamiento farmacológico. En general se encontró que la información necesaria estaba contenida en las recetas, el 82% se encontraba escrita de manera legible, los nombres de los medicamentos se encontraron en el 100%, la presentación y la dosis en 95% en ambos casos y la vía de administración en 82%. Debemos resaltar que únicamente el 37% de las recetas contaron con el diagnóstico del paciente, de los cuales el 44.8% estaba escrito como algún tipo de clave de la CIE -10⁸⁴ (Cuadro 7.3).

Cuadro 7.3. Características de las recetas

Características de las recetas	SÍ (%)	NO (%)
Receta legible	82	18
Nombres de los medicamentos	100	0
Presentación	95	5
Vía de administración	82	18
Dosis	95	5
Posología	99	1
Duración de tratamiento	88	12
Indicaciones no farmacológicas	13	87

Se evaluó el surtimiento de los medicamentos por recetas, en las que se podía contar con uno a cuatro medicamentos indicados (n=1,230). Estos se surtieron en la farmacia de manera completa o total en el 84% de los casos, no se entregaron en 15% y finalmente se entregaron de manera parcial o incompleta, es decir que la cantidad entregada no era suficiente para completar el esquema de tratamiento en menos del 1%.

⁸⁴ WHO. International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition 2010. Malta; 2010 p. 201.

Cuadro 7.4. Surtimiento de medicamentos

Medicamentos prescritos	N=1230
Entregados totalmente	84.7% (n=1042)
Entregados parcialmente	0.2% (n=2)
No entregados	15.1% (n=186)
Total de medicamentos prescritos	N=1230

Las unidades en las que se encontraron más recetas con medicamentos sin surtir fueron el CESSA La Peñita de Jaltemba, CESSA Senderos del Sol y CESSA Pénjamo con 27, 20 y 17 medicamentos no surtidos respectivamente.

De todos los medicamentos que no se entregaron de acuerdo a las recetas evaluadas los principales fueron Paracetamol, Naproxeno y Trimetoprim con Sulfametoxazol. La Cuadro 5 contiene la lista de todos los fármacos no entregados.

Cuadro 7.5. Medicamentos no entregados

Analgésicos y antiinflamatorios	Antibióticos y antiparasitarios	Antiespasmódicos	Enfermedades Crónicas	Otros
Ácido acetilsalicílico	Albendazol	Piperidolato	Bezafibrato	Ambroxol
Beclometasona	Amoxicilina	Butilhioscina	Enalapril	Dextrometorfano
Diclofenaco	Ampicilina	Trimebutina	Digoxina	Hipromelosa
Ibuprofeno	Cefalexina	Suplementos y vitaminas	Hidroclorotiazida	Loratadina
Ketorolaco	Ciprofloxacino	Ácido fólico	Insulina	Tamsulosina
Lidocaína	Metronidazol	Calcio	Metformina	Metoclopramida
hidrocortisona	Clindamicina	Complejo B	Metoprolol	Omeprazol
Metocarbamol (relajante muscular)	Clotrimazol	Fumarato ferroso	Nifedipino	Pentoxifilina
Naproxeno	Dicloxacilina		Alopurinol	Psyllium plantago
Nimesulida	Fenazopiridina		Amlodipino	Ranitidina
Paracetamol	Miconazol		Pravastatina	Sucralfato
Piroxicam	Nistatina		Verapamilo	Clorfenamina
Dexametasona	Nitrofurantoína		Furosemida	
	Trimetoprim/sulfametoxazol		Espironolactona	

En cuanto a los fármacos utilizados en el tratamiento de la DM se encontró que la metformina no fue surtida porque se encontraba agotada en CESSA Juan Escutia y CEAPS San Mateo Atenco. La insulina no fue entregada en el CESSA de Villa Tecolutilla y en el CAAPS de Nogales, en ambas unidades por estar agotada.

Para el control prenatal el ácido fólico no fue entregado en 4 pacientes en el CESSA Tolimán, en dos recetas, una en CESSA La Peñita de Jaltemba y CAAPS Nogales, en estos últimos dos centros el dato coincidió con la revisión de la farmacia donde se había agotado el fármaco.

El Fumarato Ferroso (FF) no se surtió en 7 ocasiones una en CAAPS Nogales, dos en CESSA San Pedro Pochutla y 4 en CESSA Senderos del Sol, lo cual coincide con lo reportado en área de farmacia donde se encontró que las claves de FF no eran parte del catálogo que maneja la farmacia.

Cuadro 7.6. Medicamentos no surtidos por unidad médica.

Medicamento	Unidad
Ácido Fólico	CESSA "Tolimán" CESSA "La Peñita de Jaltemba" CAAPS "Nogales"
Fumarato Ferroso	CAAPS "Nogales" CESSA "San Pedro Pochutla" CESSA "Senderos del Sol"
Metformina	CESSA "Juan Escutia" CEAPS "San Mateo Atenco"
Insulina (NPH y Glargina)	CESSA "Villa Tecolutilla" CAAPS "Nogales"

Catálogos de medicamentos de primer y segundo nivel de atención

Por el tipo de servicios que otorga la unidad o por morbilidad de la población que se atiende, requieren medicamentos adicionales, la tarea de adquirirlos queda a iniciativa del director de la unidad. Al respecto se presentan dos situaciones, una, se realiza la gestión con la jurisdicción sanitaria para obtener catálogos más completos. O bien, se adquieren por negociación directa con hospitales generales de la propia Secretaría o de otras instituciones del sector. Tal es el caso de Oaxaca, donde se ha aprobado una lista de medicamentos que incluyen además del cuadro básico del primer nivel de atención una lista "extra" de medicamentos controlados necesarios por el tipo de servicios que brindan.

"El catálogo me lo acaban de cambiar porque hice una petición, incluso me decían, "es que gracias a usted nos cambiaron el catálogo de los CESSA porque lo teníamos muy

reducido”, me habían quitado todos los medicamentos antibióticos intravenosos me habían quitado Hidralazina, Ketorolaco inyectable o sea cosas que nosotros utilizamos a diario entonces pues yo les dije “sabes qué, sí no me surtes dímelo y yo cierro mi quirófano, cierro el área de urgencias” y tu dime “como lo vamos a resolver. a donde voy a mandar a la gente, porque no me dejes a mí la bronca”, porque si me quitan mis armas pues como voy a ir a la guerra. Entonces...ahorita tenemos un ‘anexo de medicamentos’ [de segundo nivel] para CESSA .” (Directora CESSA, Oaxaca)

En los casos en los que no se realizan este tipo de gestiones adicionales, la atención otorgada se limita a los insumos con los que se cuenta de acuerdo al cuadro básico, quedando excluidas atenciones de mayor resolución y perdiéndose así ventajas de contar con este tipo de unidades.

“Entonces es otra de las debilidades, que no tenemos el suficiente material (medicamento) para poder dar una buena atención obstétrica...” (Director de CEAPS, México)

“Hemos tenido mucho problema este año porque nos avisaron de Toluca, que a nivel estatal, habían retirado de todos los CEAPS lo que son las soluciones y los catéteres, los micros y los normogoterios”. (Director de CEAPS, México)

“...ocupamos medicamento de segundo nivel... Que no se puede, que te dice la normativa... Pero una solución Hartmann, para estabilizar un paciente, un ketorolaco, un diclofenaco IV, una metoprololamida... Sí ocupamos un medicamento básico, específico de segundo nivel, dependiendo del servicio que se brinde. Obviamente tenemos ginecólogos... y no va a tener medicamentos a la mano. Ves al pediatra y no tiene medicamentos a la mano, de segundo nivel...” (Director CESSA, Nayarit)

La escasez de medicamentos impacta negativamente en el paciente, ya sea porque debe comprarlos haciendo un gasto de su propio bolsillo, o abandonar el tratamiento.

“Así es, a veces los mismos pacientes nos dicen, “sabe que doctora, de darme la vuelta hasta allá y que me vayan a decir que no hay, mejor yo voy a hacer lo posible por comprarlo” o sea en alguna similar. Hay veces que sí de plano dicen “doctora es que cómo le hago no puedo comprarlo, no tengo ni para la ruta o algo”, yo a veces lo que le digo, acérquese al Seguro Popular, “acérquese un poquito con el médico gestor del

Seguro Popular a ver si él en que le puede ayudar”, porque la farmacia pues realmente no se puede y no tenemos injerencia en eso.” (Director CESSA, Chih.)

“¿Y yo qué le puedo ofrecer a mi paciente? ¡Cómo te ofrezco tu medicamento de segundo nivel! Entonces, yo siento que aquí es necesario que se valore bien la situación en cuanto a farmacias para una unidad de este tipo y que no nada más se clasifique como primer nivel y hasta ahí”. (Director CESSA, Nayarit)

Para la población entrevistada tanto al interior de las unidades médicas como en las colonias circundantes al Centro de Salud, el tema de medicamentos fue uno de los elementos más mencionados como parte de las deficiencias de los Centros de Salud, tema que se aborda con mayor detalle en el componente de atención a la salud, en la sección de satisfacción usuarios.

Entre los directivos está presente que el desabasto de medicamentos, en muchos casos provoca la deserción de pacientes y que la población acuda con otros proveedores de salud, que no necesariamente son los más idóneos.

“Se van a similares por la falta de medicamentos. Porque vienen y se quejan de que vienen a la consulta pero pasan a la farmacia y no les dan el medicamento, y tienen que pagar su traslado y son 10 pesos, y dicen que prefieren irse de aquí, e ir a una Similar.” (Directora de CESSA, Tabasco)

En la entrevista realizada a los médicos hubo preguntas para identificar la opinión sobre los recursos que tienen disponibles para ofrecer una atención de calidad, con respecto a los medicamentos, el 30% de ellos consideró que tenían suficiente abasto de medicamentos y el 40% que este tipo de medicamentos disponibles eran los adecuados para tratar a sus pacientes.

Percepción sobre la subrogación del servicio de farmacia

La opinión de las autoridades respecto a las ventajas de la subrogación del servicio de farmacia, tanto jurisdiccionales como Directores de Centros, fue variable. La subrogación se hace a nivel estatal y se siguen los lineamientos establecidos como hacer las licitaciones correspondientes, pero los tiempos que lleva el proceso de licitación impacta en el abasto de medicamentos

“Entraron dos o tres empresas, entrando el año y... en un proceso de licitación, pues ya se te fue un mes, si llega otro ya se te fue otro mes. Estamos hablando que, apenas, hace dos meses, se está regularizando este proceso de abasto de medicamentos en los Centros de Salud, en todas las unidades de la Jurisdicción”. (Jefe Jurisdiccional, Nayarit)

Ya hecha la adjudicación, el proceso que se sigue para determinar necesidades y la cantidad de medicamentos a surtir para cada Centro de Salud, implica tiempos que también afectan la disponibilidad de los medicamentos.

“Llega la solicitud los días 30; se entrega al almacén jurisdiccional; almacén jurisdiccional envía a la Dirección de Atención Médica; la Dirección de Atención Médica es la que envía la empresa; y la empresa es la que distribuye”. (Jefe Jurisdiccional, Nayarit)

Un elemento recurrentemente encontrado se refirió a la capacidad de las empresas para hacerse cargo del abasto de medicamentos a nivel estatal.

“...Eso también nos generó ciertos problemas de logística, que pareciera que no tuvieran problema, pero sí generan... porque, a veces “no encontré la unidad” y para esto ya pasaron tres días, entonces sí genera problema...” (Jefe Jurisdiccional, Nayarit)

“Pero por lo general hemos cubierto la mayoría de medicamentos y el Comité de Abasto nos ha logrado fortalecer, porque está involucrado el Seguro Popular que es la fuente financiera, está involucrado el sindicato que es el que de repente nos quiere poner ahí algunos sobresaltos y el área de Jurisdicción y el área médica que es la que nos ha estado orientando, hemos estado teniendo este tipo de reuniones. Pero sobre todo nosotros aquí el abasto, lo hemos mantenido y lo hacemos también a través de distribución de Jurisdicción hacia los Centros de Salud, para lograr que no venga el médico por el medicamento, que no venga la autoridad municipal, sino acercárselos y mantener la dotación mes con mes”. (Jefe Jurisdiccional, Oaxaca)

Abasto de biológicos

En todos los centros de salud se encontró un área exclusiva de medicina preventiva para resguardo, control y aplicación de biológicos, y que están bajo la responsabilidad de personal de enfermería.

Para realizar esta actividad es fundamental que los centros de salud cuenten con un censo nominal de su población a vacunar, que le permita tener el control de su población objetivo (niños, mujeres, adultos mayores) y llevar control de coberturas de esquemas completos de vacunación, y por lo tanto cuantificar sus necesidades de biológicos (Foto 7.4).

Foto 7.4. Censo nominal



Se encontraron diferentes modalidades de los censos nominales. Por un lado, hay Centros de Salud que tienen en cada consultorio su censo nominal poblacional y además un registro aparte, también nominal, de la población flotante que acude al Centro de Salud a solicitar las vacunas. En otros casos, el censo nominal poblacional lo llevan los Técnicos en Atención Primaria de la Salud (TAPS) o las enfermeras de campo, y en la unidad únicamente tienen disponible el listado nominal de la población flotante.

Prácticamente todas las unidades cuentan con él, salvo el CESSA Tierra Colorada y el CESSA Juan Escutia. De las unidades que sí lo realizan 45% lo hacen diario, 40% mensual y el resto bimestral, semestral o anual.

Las reglas de “Red de Frío”⁸⁵ establecen que los biológicos deben de almacenarse en refrigeración estrictamente monitoreada mediante gráficas de temperatura, las cuales deben encontrarse a la vista y registrarse por turno. Para asegurar la calidad de las vacunas la temperatura no debe superar los 8°C lo cual se cumplió prácticamente en todas las unidades. El 80% de los servicios evaluados cuentan con los frascos de biológico (vacunas) en refrigeración, el resto lo contenían tanto en refrigeración o en hieleras con refrigerantes debido a que habían ido a adquirirlo a la jurisdicción o porque lo estaban aplicando en la localidad al momento de la visita.

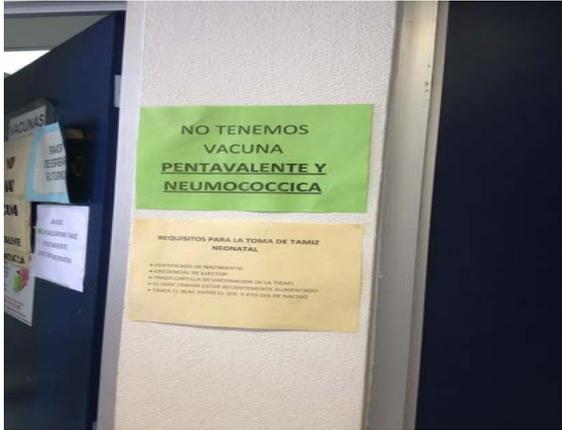
Se revisó la existencia de 14 biológicos: triple viral (SRP), antipoliomielítica, oral trivalente tipo Sabin, BCG con diluyentes de 1.0, BCG con diluyentes de 0.5, recombinante contra hepatitis B, pentavalente, rotavirus, antineumocócica, 13 Pentavalente, vacuna DPT, toxoides tetánico y diftérico (Td), vacuna antiinfluenza, vitaminas (polivitamínicas) y minerales. Cabe hacer notar que de los 24 Centros explorados, ninguno contó con el 100% en existencia de los biológicos analizados, solo dos unidades contaron con más de 60% de ellos, CEAPS Polotitlán y CESSA Tierra Colorada, Las unidades con menor cantidad de biológicos fueron el CEAPS Chapa de Mota, CEAPS de Juchitepec Ignacio López Rayón y CESSA San Pedro Pochutla, que contaban con solo dos tipos de vacunas.

De los biológicos con mejor abasto fueron Rotavirus, Td y BCG 1.0 mientras que los que no se encontraron en ningún centro fueron los de Influenza, porque sólo se les entregan atendiendo ciclos estacionales. Aunque esta política de abasto tenga razones administrativas, debe considerarse que dentro de las poblaciones de riesgo como es el caso de los diabéticos, el biológico se debe aplicar de acuerdo a factores de riesgo, independientemente de la época estacional, pero no se apreció que se considere esta necesidad (Foto 5).

Con respecto a la caducidad de los biológicos, se encontró en el CEAPS Leandro Valle la vacuna Antineumocócica estaba caduca y próximos a caducar (13 días) los frascos de SRP.

⁸⁵ CENETEC. Guía Tecnológica No. 42 Equipamiento para la cadena de Frío. SSA. Mexico DF; 2011 p. 70.

Foto 7.5. Abasto de biológicos



CESSA Juan Escutia Tepic, Nay.



CESSA Tehuantepec, Oax.

Hubo reconocimiento de algunos directores de Centros y Jefes Jurisdiccionales de que el abasto de biológicos es variable e inestable, sobre todo en este año 2013. Otro tema que mencionaron fue que el calendario de entregas de vacunas es ineficiente y provoca mayor trabajo y costo. Por ejemplo, un mes les entregan un biológico y el personal de enfermería de campo tiene que ir a la población a vacunar, a los dos meses siguientes reciben otro tipo de vacuna, y tienen nuevamente que ir a la población a aplicar estos dos biológicos, o citar a las madres en dos ocasiones al Centro de Salud.

“Es fluctuante la dotación de repente tenemos discusiones con el Estado porque nos exigen las coberturas pero la dotación de biológicos a veces no es de manera ordinaria, de manera mensual, se nos complica mucho o de repente nos llega un tipo de biológico y nos llega otro y de repente hay desabasto en el país y nos dice espérense y eso nos genera gastos y costos porque al llegar aquí nosotros tenemos la vacuna y vas a dejar una vacuna y en 15 días que llega la otra, vas a dejar la otra vacuna y ya gastaste viáticos, ya gastaste gasolina, y bueno quizá eso sería lo de menos; pero está incompleto el niño...” (Jefe Jurisdiccional, Oaxaca)

“Si la cobertura si es buena, si el programa cubre las necesidades de la población que tengo aquí, más que nada de repente ha sido el que lleguen desfasadas en tiempo”. (Director CEAPS, México)

Abasto métodos anticonceptivos

Como parte de las actividades que se realizan en el área de medicina preventiva, se incluyó el almacenamiento y promoción de los métodos anticonceptivos o de planificación familiar, en 87% de las unidades se encontró que sí contaban con métodos de PF, otorgados por el Programa correspondiente y dichos métodos que se entregan a la población en campañas.

Conclusiones

En general se observó un adecuado abastecimiento de las farmacias, el orden de los medicamentos, condiciones de almacenamiento así como la disposición en estantería suele ser adecuado, esto se observó en estrecha relación con aquellas unidades donde las farmacias son subrogadas. En ellas, el personal contratado se encontró capacitado y se mostró más responsable en cuanto al control y orden de fármacos. Esto parece ofrecer una ventaja para las unidades que subrogan los servicios de farmacia, sin embargo los procesos tanto de control de personal como de inventario y abastecimiento de medicamentos aún se encuentra dispar entre las unidades por lo que es necesario fomentar que las unidades tengan procesos más estandarizados para mejorar la calidad del servicio de farmacia.

El suministro de claves de acuerdo al CAUSES, varía por unidad, aunque en la mayoría de los centros cuenta con los medicamentos básicos para la atención de la consulta de primer nivel. El catálogo disponible depende de lo que determinen los Comités de Abasto (cuando existen), de la empresa subrogada, o de las gestiones que cada Director de unidad realice para adquirir los medicamentos que no están incluidos en el cuadro básico pero que son necesarios para brindar la atención que corresponde al tipo de unidad. Incluso, algunos de los responsables de las farmacias subrogadas aceptaron que en ocasiones el catálogo que maneja la empresa, no logra cubrir las necesidades de ese tipo de unidades. Se encontró además que en algunas unidades es habitual que no manejen ni el cuadro básico completo, lo que no solo implica deficiencia en la atención que debe brindar un CESSA o CAAPS, también representa una deficiencia en atención de primer nivel.

Se debe fortalecer el abastecimiento de medicamentos de acuerdo a las necesidades de la población objetivo, si bien no siempre es necesario contar con el abastecimiento del 100% de las claves debido a que no todas son de uso cotidiano, existen medicamentos que no deben faltar en ningún caso como los medicamentos para el control de enfermedades crónicas o para el cuidado y la atención durante el embarazo sobre todo con complicaciones.

Además existen medicamentos esenciales para algunos Centros, por el tipo de demanda de atención que tienen y que está en función del área geográfica en la que están ubicados.

En cuanto a la vida útil de los medicamentos, también se encontró con un adecuado control de manera general, la semaforización no fue tan visible en la mayoría de las farmacias visitadas pero en casi todos los casos los fármacos se encontraron vigentes.

Llamó la atención el desabasto de biológicos y que no se estén cubriendo los esquemas de vacunación y alcanzar así las coberturas deseadas.

El área de almacén difirió también entre cada centro de salud. El abastecimiento fue variable y las condiciones en las que se encontraron los insumos en algunos almacenes no eran las adecuadas en cuanto a temperatura, humedad, ni control de ingresos o egresos. Todo ello puede generar un impacto en la productividad de las unidades médicas y en algunos casos poner en riesgo la calidad de algunos de los insumos. Es recomendable capacitar al personal encargado del área del almacén para que identifique las condiciones que pueden poner en riesgo la vida útil de los insumos y estandarizar procesos y características básicas que deben cumplir los espacios destinados al resguardo de material de uso médico a fin de garantizar la calidad y optimizar la productividad de las unidades mediante el uso racional de los recursos.



8. Referencia y contrarreferencia

Introducción

Con el propósito de evitar la subutilización o sobresaturación de los servicios así como los problemas de coordinación y funcionamiento detectados entre los diferentes niveles de atención, a nivel nacional se diseñaron mecanismos facilitadores que tuvieran como características fundamentales la integralidad, coordinación, comunicación, información y capacitación. Uno de estos mecanismos lo constituye el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, mediante el cual se pretende obtener un funcionamiento idóneo y así consolidar el sistema de redes del Sistema Nacional de Salud⁸⁶.

El sistema de RyC de pacientes es el procedimiento médico-administrativo que se instaura entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención; éste facilita el envío-recepción-regreso de pacientes y tiene el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad⁸⁷. La referencia es el procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de una unidad operativa a otras de mayor complejidad, con el fin de que reciba atención médica o se le realicen exámenes de laboratorio o gabinete; para que el proceso se lleve de manera adecuada se requiere que el médico que envía elabore una hoja de referencia en la cual se plasma un resumen clínico del paciente. Por su parte, la contrarreferencia se refiere al procedimiento mediante el cual una vez otorgada la atención motivo de referencia, se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice el control y seguimiento necesarios; en este caso, la hoja de contrarreferencia debe contener los resultados de la atención otorgada.

⁸⁶ SSA. Modelo Integrador de Atención a la Salud, México, 2006. y Servicios de Salud de Veracruz, Dirección de Servicios de Salud, Subdirección de Atención Médica. Manual de procedimientos: referencia y contrarreferencia de pacientes. SSA 2011.

⁸⁷ SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. DOF. México DF, 2012

El sistema tiene un amplia base jurídica federal (Cuadro 8.1) pero cada estado adapta el sistema conforme sus reglamentos y leyes internas lo dicten.

Cuadro 8.1. Base jurídica del sistema de referencia y contrarreferencia

Documento	Apartado
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	Artículo 4 Párrafo III
Ley General de Salud	Título Tercero, Capítulo I, Artículos 26, 53 y 54.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	Artículos 15, 16, 46 y 74.
Acuerdo No. 79, relativo a la aplicación, instrumentación y actualización del Manual de la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envío de muestras y especímenes	
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	Artículo 16.
Norma Oficial Mexicana	NOM-020-SSA2-1994. NOM-168-SSA-1998. NOM-031-SSA2-1999.

Elaborado con base en INP 2011⁸⁸.

Según el Acuerdo No. 79, debe existir un manual de RyC elaborado por la SS con la participación de las instituciones del sector que atienden a población abierta, con el propósito de que en sus tres niveles de atención se cuente con un documento normativo que facilite la atención de los pacientes que acuden a solicitar servicios; dichos manuales establecen los lineamientos generales que se detallan a continuación:

Los lineamientos descritos se elaboraron con base en la Ley General de Salud y son de observancia nacional; sin embargo, cada autoridad deberá establecer los procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, lo cual justifica que cada institución de salud tenga su propio sistema.

⁸⁸ Instituto Nacional de Pediatría. Referencia y contrarreferencia de pacientes del Instituto Nacional de Pediatría. INP 2011.

Objetivo general

Identificar las características del sistema de referencia y contrarreferencia de los CAAPS y CESSA.

Metodología

Con el objetivo de contar con información acerca de los mecanismos de RyC, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con personajes clave Jefes de Jurisdicción Sanitaria y Directores de Centros de Salud con servicios ampliados y de atención primaria a la salud.

Las entrevistas fueron transcritas y analizadas para seleccionar el contenido pertinente. La información se analizó teniendo como base los manuales de RyC revisados previamente.

Selección de la muestra

10 Directores de Centros de Salud y 7 Jefes Jurisdiccionales, uno por cada entidad seleccionada.

Elementos del sistema de RyC de pacientes

El sistema de RyC cuenta con una serie de herramientas que tienen como objetivo apoyar al personal operativo en el envío y regreso del paciente entre las unidades médicas que correspondan, simplificando los pasos administrativos y coadyuvando a un mejor funcionamiento del sistema. Como se describe a continuación, son 7 elementos los que lo constituyen⁸⁹.

En primer lugar se establece la conformación de grupos de trabajo técnico que cumplan con las funciones de analizar los problemas detectados en la RyC, identificar las causas que los originan, implementar acciones que hagan funcionar el sistema en forma adecuada y corregir, en su caso, desviaciones en el nivel correspondiente.

Los grupos de trabajo pueden ser estatales, regionales y de microrregiones o áreas de influencia directa de cada hospital. La constitución de cada grupo se puede observar en

⁸⁹ Servicios de Salud de Veracruz, Dirección de Servicios de Salud, Subdirección de Atención Médica. Manual de procedimientos: referencia y contrarreferencia de pacientes. SSA 2011.

el Cuadro 8.2.

Cuadro 8.2 Grupos de trabajo del sistema de RC

Grupo de trabajo	Constitución
Estatal	<ul style="list-style-type: none"> • Director General de los Servicios de Salud • Director de Servicios de Salud • Director de Planeación. • Director de la Unidad de Protección Social a la Salud. • Director de Administración. • Subdirector de Atención Médica. • Jefe del Departamento de Primer Nivel de Atención. • Jefe del Departamento de Segundo Nivel de Atención. • Directores de Hospitales dependientes del nivel estatal. • Jefes de Jurisdicciones Sanitarias. • Representante de IMSS-Oportunidades en el estado. • Otros vocales temporales que se consideren necesarios convocar. • Coordinadora estatal de Trabajo social.
Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Jefes de Jurisdicciones incluidas en la región • Director del Hospital Regional o Subregional dependiente del nivel estatal y cabecera de la región. • Directores de Hospitales dependientes de nivel jurisdiccional • Representante de IMSS-Oportunidades en la región • Otros vocales temporales que se consideren necesarios convocar. • Trabajadora social del Hospital cede del grupo.
Microregiones	<ul style="list-style-type: none"> • Director del Hospital sede de la microrregión • Representantes de IMSS-Oportunidades • Coordinador de Atención Médica jurisdiccional • Equipo(s) Zonal(es), incluidos en la microrregión. • Encargados de Centros de Salud o Unidades Médicas Rurales (UMR), los cuales serán convocados según los casos a revisar. • Otros vocales temporales que se consideren necesarios convocar. • Trabajadora social del Hospital cede del grupo.

Elaborado con base en GEM 2010⁹⁰.

El sistema cuenta con formatos uniformes y homogéneos para las referencias y contrarreferencias (*Formato SRC-01*). En este formato se deben registrar los datos más relevantes del paciente para su adecuado manejo durante el proceso de RyC; funciona

⁹⁰ Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud. Consejo de Salud del Estado de México. Manual de operación y funcionamiento del comité de referencia y contrarreferencia del Consejo de Salud del Estado de México. GEM 2010.

como un mecanismo de información que ayuda al equipo de salud en el control de los pacientes enviados a otra unidad, permite su manejo adecuado, el seguimientos de los procedimientos médicos realizados y sirve como base para evaluar el comportamiento del sistema⁹¹. Este formato deberá ser llenado por el médico tratante o el encargado de la unidad o en su ausencia, por la enfermera, auxiliar de salud o trabajadora social. Existen dos tipos de hojas de registro dependiendo del nivel de atención que se trate, (*SRC-02-01 primer nivel y SRC-02-02 segundo nivel*). (ver Cuadro 8.3)

Cuadro 8.3. Tipos de hojas de registro.

Nivel de atención	Secciones
Primer nivel (una hoja)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos de identificación del paciente 2. Datos de la referencia enviada 3. Datos de la contrarreferencia recibida
Segundo nivel (dos hojas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos de identificación del paciente. 2. Datos de referencias enviadas. 3. Datos de contrarreferencias recibidas. 4. Datos de identificación del paciente. 5. Datos de referencias recibidas. 6. Datos de contrarreferencias remitidas.

Elaborado con base en SSV 2011.⁹²

Todas las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, deberán contar con un directorio regionalizado de las unidades de su ámbito de influencia, con el objetivo de que el personal de salud pueda consultar y decidir a dónde referir al paciente. El directorio debe contener por cada unidad el nombre, domicilio, número telefónico, si cuenta con radio-comunicación, el nombre del responsable del sistema de RyC, los servicios que brindan y el horario de estos.

Asimismo, deberán contar con una guía de referencia regionalizada de las unidades de su ámbito de influencia, como complemento para que el personal de salud consulte y decida en qué unidad se puede resolver o controlar el problema del paciente. La guía de referencia debe contener el nombre de las unidades donde se puede referir a los

⁹¹ Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de salud del Estado de México. Manual de procedimiento de consulta externa de primer nivel. ISEM 2004.

⁹² Servicios de Salud de Veracruz, Dirección de servicios de salud, Subdirección de atención médica. Manual de procedimientos: referencia y contrarreferencia de pacientes. SSA 2011.

pacientes, según sus diagnósticos, la especialidad médica que requieren y/o los servicios que se considera necesario otorgarles.

Para la evaluación de los resultados de la referencia y contrarreferencia de pacientes, el sistema prevé por un lado, un mecanismo de registro que es una herramienta para el procesamiento de la información recopilada en la Solicitud de RC (SRC-01) y en las Hojas de Registro Nominal de RC de Pacientes (SRC-02), que permite el análisis y la presentación de resultados del sistema, para su evaluación y toma de decisiones. Este mecanismo permite la construcción de 17 indicadores a partir del formato SRC-02-01 y 30 indicadores a partir del formato SRC-02-02, mismos que podrán ser construidos para los diferentes ámbitos de responsabilidad, considerándose su construcción para niveles: estatal, regional, jurisdiccional, equipo zonal, microrregión y unidad aplicativa. Además permitirá construir 6 indicadores para evaluar a los grupos de trabajo, en los tres niveles.

Otros mecanismos de evaluación previstos son el realizar encuestas de opinión y revisión de expedientes clínicos que permitan evaluar el resultado de la atención otorgada a los usuarios a través del sistema de salud, mediante el enlace de dos o más unidades con diferentes capacidades resolutivas a través del sistema de RyC.

Referencia y contrarreferencia en los CAAPS y CESSA

De manera idónea, el sistema de RyC debe llevarse a cabo siguiendo estatutos y lineamientos ya establecidos con el objetivo de mejorar la atención al paciente y los resultados en salud. El personal de los Centros de Salud atenderán las necesidades específicas de los usuarios y en caso de no contar con los medios necesarios para resolver el problema, deberá enviar al paciente a un CESSA o CAAPS o en su caso a segundo o tercer nivel mediante el formato de referencia. Una vez atendido el caso y resuelta la necesidad que lo llevó a ese nivel, todos los pacientes deberán regresar al primer nivel a continuar con la atención de control, prevención y promoción de la salud.

Existen una serie de criterios básicos de referencia que toda unidad debe atender para dar la referencia entre los más generales están, la referencia de pacientes cuya respuesta al tratamiento que se ha otorgado en el APS no ha permitido el buen seguimiento del paciente, usuarios que teniendo en cuenta las características de su

padecimiento deben ser atendidos, diagnosticados y tratados por médicos especialistas, incluso que para diferentes patologías las GPC establecen la serie de premisas que se deben tener en cuenta con cada enfermedad para remitirlos a otro nivel de atención

La mayoría de casos que se envían al siguiente nivel, en este tipo de Centros, son embarazos, principalmente de mujeres con enfermedades crónicas o aquellos que se consideran complicados o de alto riesgo; son también candidatas a envío aquellas mujeres que acuden en el turno nocturno a las unidades de primer nivel y los centros no cuentan con el personal capacitado para atenderlas en ese momento. De acuerdo con las autoridades entrevistadas, la función de las unidades a su cargo es disminuir la mortalidad materna a través de la correcta y oportuna detección.

“...tratamos de que se vaya lo más completo que se pueda sobre todo en pacientes embarazadas para disminuir la mortalidad materna...” (Directora de CEAPS, México)

Otros casos que con frecuencia son referidos son personas heridas, personas con enfermedades descompensadas como diabetes tipo 2 o hipertensión, neumonía, infecciones de vías respiratorias y problemas en vesícula.

“Las embarazadas, partos complicados técnicamente, heridos, traumatismos que aquí no se puedan atender, les podemos dar los primeros auxilios, y órale enviamos”. (Directora CESSA, Tabasco)

“Pues los que más frecuentemente tenemos aquí, son pacientes diabéticos fuertemente descompensados, neumonías, infecciones respiratorias, accidentados, cuestiones de trauma que llegan mucho, vesículas”. (Director CESSA, Guanajuato)

Se identificaron tres mecanismos para referir pacientes, el primero de ellos fueron a) los Comités de Referencia y Contrarreferencia o las redes, b) a través de los gestores, c) vía telefónica ya sea para identificar que unidad de segundo nivel puede atender al paciente, o bien en aquellos casos donde no haya varias posibilidades de hospitales, únicamente al que tengan más cerca.

En lo que se refiere a los grupos de trabajo y comités de RyC, la gran mayoría de Directores de los Centros y Jefes de Jurisdicción Sanitaria mencionaron contar con

sesiones regulares a las que acuden por lo menos los jefes de servicio, los directores de los centros y los jefes de jurisdicción

“...se revisan los asuntos de lo que es la atención al paciente y asisten los jefes de servicio del hospital y el director de todos y el staff y por parte de la jurisdicción. Igualmente asisten los directores principales de la red o región correspondientes de atención en ese hospital más aparte la Jefa de Jurisdicción y alguno de los coordinadores de perinatología, de servicios de salud, promoción...” (Jefe Jurisdicción, Irapuato)

Estas reuniones han mejorado sustancialmente la RyC, situación de la que hace hincapié uno de los Jefes de Jurisdicción

“...yo creo que realmente aquí lo que nos beneficia es la relación que tenemos nosotros con los directores de los hospitales, que tenemos una reunión mensual de referencia y contrarreferencia que hemos creado aquí en la misma jurisdicción, estrategias propias de la jurisdicción para mejorar esta referencia y contrarreferencia...”

Únicamente uno de los directores entrevistados mencionó la existencia de un catálogo de gestores, mediante el cual es posible localizarlos y conseguir que ellos se encarguen de hacer los trámites correspondientes,

“Contamos con un catálogo de nombres de personas que trabajan en la Secretaría de Salud, que se llaman gestores... es para avisarles: “¿sabes qué gestor?, tengo este problema. Encárgate de buscar acomodo donde quiera... pero a la brevedad, porque esto se nos complica...”

Mediante las mencionadas redes de RyC, es posible gestionar la aceptación de los pacientes en los diferentes hospitales de segundo y tercer nivel, así lo indica la persona encargada de una de las jurisdicciones del Estado de México,

“Tenemos una red estatal de referencia y contrarreferencia. Tenemos gestores de red. Y todos los jefes, por ejemplo los directores de CEAPS, están conectados a la red. Ellos pueden llamar directamente al gestor de red y pedir un espacio...”

e inclusive, se interviene en caso de que los pacientes sean rechazados en la unidad o el hospital al que fueron referidos

“...entonces se manda al paciente con la hoja de referencia. Se manda al Hospital General o al Hospital de Especialidades de Querétaro, si le dan una cita muy prolongada, yo me encargo directamente de comunicarme y conseguirle que esa cita sea lo antes posible y lo logramos, porque te digo la ventaja de conocer a la gente es esa, abogar...”
(Director CESSA, Querétaro)

A pesar de que estos mecanismos parecen funcionar adecuadamente, se menciona que en ocasiones no hay nadie que pueda gestionar el proceso, por lo que se acude a trabajo social para que lo haga. Otras de las funciones del Comité, es planear estrategias para “re-educar a la población” en lo que respecta al nivel que deben acudir, para que sean correctamente atendidos.

En algunos Centros han implementado una forma de comunicación más directa. Cuando se requiere hacer referencias el contacto con la unidad a la que se derivará el paciente es a través de vía telefónica. En alguna época este contacto se establecía a través del medio electrónico, sin embargo se abandonó este sistema por ser poco funcional.

Y para solucionar y disminuir el número de rechazos uno de los directivos comentó que en la actualidad la trabajadora social es la encargada de hacer este trámite y desde su percepción este mecanismo ha tenido impacto en la disminución de casos rechazados.

La mayoría de los CAAPS y CESSA estudiados se ven en la necesidad de referir a los pacientes, ya que se cuenta con la infraestructura pero no con el personal capacitado para atender al paciente o viceversa. Ante esta problemática se presenta una inminente necesidad de un adecuado sistema de RyC, que en el caso de las unidades estudiadas difiere sustancialmente del proceso sugerido (Gráfica 2).

Este hecho incluso ha reducido la cantidad de referencias a los siguientes niveles de atención y ha mejorado la atención que se le brinda a los usuarios de acuerdo con lo que refieren los entrevistados.

“...hemos resuelto problemas de salud muy difíciles, muy graves, clínicamente hablando y gracias al enlace también, con las redes de referencia y contrarreferencia...” (Jefe de Jurisdicción, México)

Entre las razones que mencionaron las autoridades por las que es necesario referir a los pacientes es porque se presentan a las unidades de primer nivel en el turno nocturno, horario en el que no hay suficiente personal o el presente no está calificado para atender la situación. Al llegar al hospital al que fue enviado, el paciente se enfrenta a personal de salud que le hace una serie de preguntas que ya fueron ampliamente elaboradas en el nivel previo, para posteriormente rechazar al paciente, sea por falta de recursos para atenderlo o bien porque *“no necesita de la atención que ahí se proporciona”*. Un tipo de referencia común es el de mujeres embarazadas, pero se hace con todos los elementos para facilitar y agilizar la atención del siguiente nivel de atención

“...sí, trato de que se vayan con estudios de laboratorio ya sean radiografías o estudios que aquí mismo hacemos y si no tienen, que tú mismo los solicites de manera urgente. Tratamos de que se vaya lo más completo que se pueda sobre todo en pacientes embarazadas para disminuir la mortalidad materna, regularmente no tenemos contrarreferencia de ningún hospital, prácticamente ninguno nos contrarrefiere pero si tratamos de ubicar a todas las pacientes para ver cuál fue el procedimiento” (Directora de CEAPS México)

La referencia de pacientes en caso de urgencias tiene algunas bases distintas, en principio la referencia y la atención en el siguiente nivel debe ser inmediata, después de haber realizado la primera atención para estabilizar al pacientes se promueve el traslado inmediato casi siempre en ambulancia y acompañada de un médico. La elección del siguiente nivel será privilegiando la capacidad de la unidad del siguiente nivel de atención.

“nuestro sistema de referencias como primer nivel es a un hospital de segundo nivel, y hay veces que tenemos que recurrir hasta un tercer nivel; porque el segundo nivel dice “para que me lo mandas a mí si yo no voy a poder hacer nada”, no tengo todo para hacerle su protocolo y si hay quien necesite una TAC o hay quien necesite un estudio de tercer nivel y ellos ya no me lo reciben, entonces hacemos el trámite directo hacia especialidades”. (Directora de CESSA, Oaxaca)

Es importante mencionar que cuando se trata de pacientes con alto nivel de gravedad, justo en el momento que más se necesita de la participación de otro nivel de atención, sea donde se encuentre la negativa de recepción de pacientes.

“Que digan aquí les quisiste hacer algo y...lo que pasó con la muerte materna, entonces caemos en dos cosas una o no lo quisimos atender porque nos dio miedo que se nos muriera en el quirófano o igual “zafo” y no lo quiero atender, que no me quiero meter en problemas “no”. (Directora de CESSA, Oaxaca)

Para la referencia de pacientes, el traslado normalmente corre a cargo de los CEAPS, CAAPS o CESSA en ambulancias propiedad del mismo Centro, o bien apoyándose en transporte proporcionado por el municipio. Y tal como se fija en los lineamientos de traslado, el paciente va acompañado de personal de salud de la unidad que refiere.

“Nosotros llamamos al hospital o a la Cruz Roja y ellos en cuestión de 10 o 15 minutos mandan la ambulancia, aquí mismo está el servicio de bomberos o alguna otra unidad de protección civil que nos apoya.” (Directora de CEAPS, México)

En algunos lugares el tipo de vías de comunicación de una unidad a otra, no es el deseable para hacer el traslado de pacientes, ya sea por la cantidad de tráfico, por las condiciones de pavimentación o por la gran cantidad de topes en ellos, lo que ha provocado serios problemas para la seguridad y atención pronta de los pacientes referidos. En este sentido, la gestión de los comités de referencia o del propio Director del Centro, han logrado beneficios colaterales como la mejora de caminos.

Por lo que se refiere a la evaluación del funcionamiento del sistema de RyC, aunque es un punto que se analiza en las reuniones cuando los hay, no necesariamente llevan un registro de pacientes referidos y contrarreferidos que les permita hacer un seguimiento puntual de la efectividad del sistema.

Como ya se mencionó, la unidad a la que fue referido un paciente tiene la responsabilidad de contrarreferir al paciente, junto con la nota médica que contenga el diagnóstico y las recomendaciones para el manejo posterior, e indicar si el paciente seguirá su atención en la unidad que envió. Pero sobre todo debería asegurarse que el paciente regrese al sitio que originalmente lo refirió. Y es aquí donde existe el mayor problema para cerrar el proceso del sistema de RyC.

“Hay un registro, un control pero lo que vemos es que nosotros hacemos una referencia pero la contrarreferencia no siempre llega y si llega es dos o tres meses después el papel, el paciente sí regresa. [sabemos del resultado] con lo que diga el paciente, lo que platica con el médico”. (Directora CESSA Tabasco)

En lo referente al proceso de contrarreferencia, las autoridades entrevistadas mencionaron que la mayoría de unidades de segundo y tercer nivel de atención responsabilizan al paciente de este proceso, habiéndose observado que una vez que concluye la atención pertinente, se le proporciona al paciente el formato correspondiente y se le pide que regrese a su centro de atención para continuar con su tratamiento, de ahí que gran parte de los pacientes regresan a las unidades de primer nivel sin necesariamente llevar el formato de contrarreferencia. Otra de las formas en las que se recuperan los formatos es mediante las trabajadoras sociales o personal administrativo que acuden directamente a los centros de segundo y tercer nivel; únicamente 20% de los formatos se recupera, como lo indica una de las directoras de CEAPS

“...las contrarreferencias nos llegan ya sea con los pacientes o cada mes que vamos al CIS. La doctora de calidad se encarga de recopilarlas del hospital y nos las hace llegar... Sí nos llegan las contrarreferencias, pero de 100 pacientes que enviamos, nos llegan 20 contrarreferencias...” (Directora de CEAPS, México)

De acuerdo con dos de los Jefes de Jurisdicción Sanitaria, los formatos que regresan a través del nivel al que se mandaron se reciben de 30 días a cuatro meses después de haber enviado al paciente,

“...el mayor problema que tenemos aquí y en todos los estados es la contrarreferencia, que la contrarreferencia es muy inoportuna con 30 o 40 días de retraso en este sentido por la misma carga a veces de los hospitales o por no tener una persona exprofeso que de contestación precisamente a las contrarreferencias...” (Jefe de Jurisdicción, Querétaro)

En este trabajo sólo se exploró cómo funcionaba el sistema de RyC con autoridades del primer nivel de atención y desde su percepción, refirieron varias razones por las el segundo y tercer nivel de atención, no atiende las referencias y no hace las contrarreferencias. Dos fueron los principales motivos que mencionaron los

entrevistados: la saturación de los servicios y la disponibilidad de recursos. En el primer caso, los entrevistados atribuyen parte de la culpa de las fallas del sistema de RyC a la propia estructura del sistema de salud, señalando que la saturación de los servicios no permite que se acepte a los pacientes a pesar de su condición de salud.

Con respecto a la disponibilidad de recursos están desde que los hospitales de segundo nivel no cuentan los especialistas para hacer una evaluación al paciente, que no tengan los instrumentos médicos para hacer los estudios o que no cuenten con los medicamentos necesarios para su tratamiento.

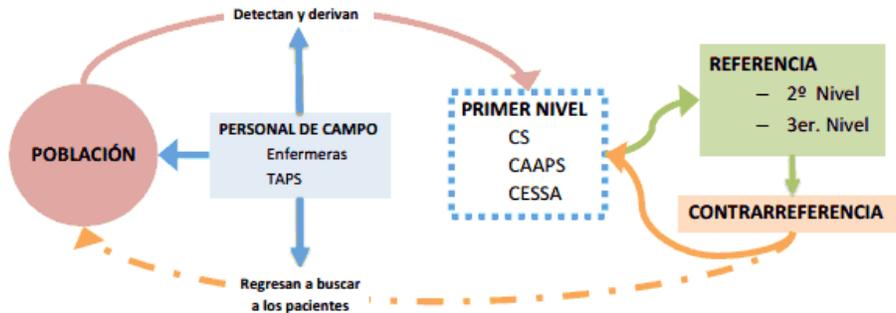
Los resultados en este estudio concuerdan con los reportados por Collado-Peña y Sánchez-Bringas en el 2012, mediante los cuales se demuestra que la aceptación y agilidad de la atención no sólo depende de la cantidad de pacientes que se atienden o de la capacidad técnica de los médicos, sino también de las aptitudes del personal administrativo incluidas las secretarías y las personas de seguridad que laboran en los centros de salud⁹³.

Otro aspecto que se ha encontrado es la mala referencia de la unidad que envía, sobre todo al realizar un mal diagnóstico que no requiere de un nivel resolutivo mayor. Precisamente por la capacidad de los CESSA y CAAPS, esta práctica ha sido superada, desde la opinión de los entrevistados.

No obstante el que los hospitales generales o de especialidad no realicen la pronta contrarreferencia ocasiona más trabajo a las unidades y problemas para el paciente. Una de las formas, en que en la práctica, en algunos Centros, se cubre esta falta de contrarreferencia es que el personal de campo, dedicado a tareas de prevención y promoción, tiene que hacer la búsqueda intencionada de los pacientes referidos, para saber qué pasó con la referencia. O bien, desde el segundo nivel, entregan al paciente el formato de contrarreferencia y dejan en manos de ellos el que acuda a la unidad médica que los refirió. Es decir en la práctica el sistema funciona como se muestra en la Gráfica siguiente.

⁹³ Collado-Peña S, Sánchez-Bringas A. ¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo. Rev CONAMED 2012; 17 Supl 1: S23-S31.

Figura 8.1. Proceso real de referencia y contrarreferencia



Por otro lado, algunos Directores de Centros opinan que un porcentaje de los pacientes referidos, ya no regresa a la unidad médica que refirió, porque prefiere recibir atención médica de un nivel mayor de resolución.

La no contrarreferencia impacta en la interrupción de tratamientos y en insatisfacción de los usuarios, así como del propio personal de las unidades del primer nivel de atención que refiere. El proceso al cual se expone al paciente cuando existe un sistema de RyC deficiente es extenuante para éste, ya que se enfrenta con una serie de trámites innecesarios, que en realidad, no le corresponde llevar a cabo.

De investigaciones que se han realizado sobre los problemas que se presentan en las referencias se ha concluido que se deben en su mayoría a la falta de comunicación médica, es decir a un verdadero funcionamiento de redes, donde la coordinación entre unidades de salud sea una realidad.

Conclusiones

Por la capacidad de resolución de los CESSA y CAAPS y por el tipo de personal con el que cuenta, se esperaría que los filtros de referencia son más finos y por lo tanto los casos que se refieren es efectivamente por una necesidad real de atención de mayor complejidad.

Las entrevistas realizadas reproducen una observación frecuente en el sistema de salud público de México: la limitada operatividad de la RyC. El problema es estructural y funcional. Los procesos implicados en el sistema de RyC son innecesariamente complejos y se depende más de las relaciones interpersonales de los funcionarios o personal de salud involucrado que de un sistema funcional y organizado; o, se deposita en el paciente la responsabilidad del funcionamiento del proceso. No obstante, según lo demuestran los resultados en otros rubros de esta evaluación, el personal trata de hacer un esfuerzo para que las cosas funcionen. Como lo menciona uno de los jefes de jurisdicción, el crecimiento de la demanda en primer nivel producirá más referencias hacia los niveles superiores, por ello se requiere que el primer nivel tenga mayor capacidad resolutive, lo cual disminuirá la saturación en los servicios de mayor especialización.

“...al estar dando mayor número de atenciones a nivel primario pues claro que se generan más referencias a hospitales de segundo nivel. No ha sido el éxito que se esperaba, nosotros hemos logrado esto, porque hemos tratado de no mandar todas las cosas al segundo nivel, tratar de ser más resolutivos en primer nivel...”

Aunque la referencia se da porque se requiere de una mayor capacidad resolutive (especialistas, estudios, medicamentos, etc.) en términos de atención primaria a la salud, es importante que este nivel conozca lo que ocurrió con la población (paciente) que está dentro de su módulo de atención. El hecho de no contar con las contrarreferencias dificulta el seguimiento de la población bajo responsabilidad y ocasiona mayor trabajo entre el personal de campo para localizar a los pacientes referidos y conocer lo qué pasó con la referencia.

El sistema de referencia y contrarreferencia, en el modelo de atención que propone el MIDAS y donde se encuentran los CESSA y CAAPS, se planteó como una forma propicia para articular los servicios en una verdadera red, que asegurara la continuidad de la atención. Al no completarse en la práctica, la parte operativa de este sistema, las autoridades estarían aún frente al reto de hacer realidad la implementación de la red de servicios de salud.

Finalmente, mediante el presente estudio se logró corroborar que en México existe una carencia de evaluaciones en torno a este sistema, lo cual es un ingrediente que se añade a la dificultad para la implementación de la APS como eje del sistema de salud, ya que se contrapone a la Declaración de Alma-Ata en donde se estipula que para que la APS funcione de manera correcta, es necesario eliminar la marcada división de los niveles de atención y de manera idónea, instalar una red local de atención que de respuesta a las necesidades específicas de la comunidad, mejorando con ello el nivel de salud poblacional.



9. Recursos Humanos

Introducción

Garantizados la disponibilidad y el acceso a los servicios, el personal de salud está en el corazón del sistema de salud. Los recursos humanos constituyen el vehículo a través del cual la infraestructura, el equipamiento y, en general, los servicios son puestos a disposición de la población. Los servicios de salud ganan efectividad en la medida que sus plantillas de personal estén completas.

Cada tipo de unidad médica tiene previsto contar con una plantilla “tipo” de personal que varía según el tamaño del centro, el área de cobertura y el nivel de los servicios que presta. De manera que les permita operar como fueron concebidos y ofrecer la cartera de servicios que tiene prevista.

Como se mencionó en la introducción general de este documento, una de las características distintivas de los CAAPS y los CESSA es el ofrecimiento de servicios médicos y de apoyo adicionales a los ofertados por los centros de salud básicos. Ambos tipos de centros comparten la oferta de medicina de especialidad (ginecología y pediatría), epidemiología, inmunizaciones, odontología, psicología o salud mental, laboratorio de análisis clínicos, farmacia y radiología.

Los CAAPS además, están diseñados para la atención de climaterio y menopausia, detección oportuna de cáncer, atención de displasias, endocrinología, medicina integrada, nutrición y trabajo social. Mientras que los CESSA deberían, ofrecer además de lo compartido con la CAAPS, servicios de medicina alternativa, algunos otros servicios de especialidades y de apoyo, como ultrasonido, mastografía y telemedicina.

Para toda esta oferta de servicios se requiere contar con una plantilla de personal idónea que de cauce al propósito de atención efectiva y de calidad. De este modo, el propósito de este componente de la evaluación fue explorar el perfil de las plantillas de

personal de los centros participantes y verificar su apego a las características particulares de la prestación de servicios de estas unidades.

Objetivo

Identificar los modelos de gestión de recursos humanos en las unidades de atención primaria a la salud CESSA y CAAPS.

Procedimiento

Se realizó un análisis descriptivo del personal con el que cuenta cada Centro de atención primaria a la salud CESSA y CAAPS para brindar atención médica a la población usuaria. En cada unidad médica se solicitó la plantilla de personal al encargado del área de cada Centro de Salud. Esta fue proporcionada impresa o en formato electrónico, únicamente en dos Centros de Salud no fue posible obtener esta información estos son: CEAPS Juchitepec y CESSA Ocuilzapotlán. Además, con el fin de complementar o precisar la información derivada del componente cuantitativo, se incorporaron comentarios de algunas de las entrevistas personales con los directores de los centros y los jefes de jurisdicción.

Resultados

El personal reportado por las unidades fue de 1,601 personas, 66% eran mujeres, la media de edad fue de 39 años con un rango de 19 a 77 años. De acuerdo con los datos proporcionados por cada Centro de Salud el personal se distribuye como lo muestra el cuadro 9.1. Predominan las mujeres en una razón de casi 2:1. Los médicos generales y las enfermeras dominan los porcentajes de profesionales de la salud. El porcentaje de médicos especialistas es casi el 3%.

Cuadro 9.1. Descripción de la muestra

Variables	N	(%)
SEXO		
Femenino	1,048	(65.5)
Masculino	550	(34.3)
No especificó	3	(0.2)
PERSONAL		
Médicos generales	288	(18.0)
Médicos especialistas	44	(2.7)
Pasantes de medicina	31	(1.9)
Enfermeras	305	(19.0)
Auxiliar de enfermería	150	(9.4)
Pasantes de enfermería	31	(1.9)
Personal de servicios auxiliares	82	(5.1)
Odontólogos	49	(3.1)
Pasantes de odontología	8	(0.5)
Personal administrativo	352	(22.0)
Otro	253	(15.8)
No especificó	8	(0.5)
Total	1,601	(100)

El Cuadro 9.2 muestra la distribución del personal por tipo de centro, CESSA o CAAPS. En ambos casos, la razón de médicos generales vs médicos especialistas es muy parecida: 1 especialista por cada 6 o 7 médicos generales.

Cuadro 9.2. Distribución porcentual de recursos humanos en los centros de salud CESSA y CAAPS

Personal	CESSA N (%)	CAAPS y CEAPS N (%)
Médicos generales	192 (17.7)	96 (18.6)
Médicos especialistas	31 (2.8)	13 (2.5)
Pasantes de medicina	14 (1.3)	17 (3.3)
Enfermeras	224 (20.6)	81 (15.7)
Auxiliar de enfermería	92 (8.5)	58 (11.2)
Pasantes de enfermería	31 (2.8)	---
Personal de servicios auxiliares de diagnóstico	43 (3.9)	39 (7.6)
Odontólogos	35 (3.2)	14 (2.7)
Pasante de odontología	8 (0.7)	---
Personal administrativo	219 (20.2)	133 (25.8)
Otro	196 (18.1)	57 (11.0)

Personal	CESSA N (%)	CAAPS y CEAPS N (%)
No se especificó cargo	---	8 (1.5)
Total	1,085	516

Nota: La mayor cantidad de personal de CESSA se debe a que los Centros seleccionados eran principalmente CESSA. Además la cantidad de personal en cada Centro varía según su tamaño, así podemos encontrar Centros con una plantilla de 200 trabajadores y en otros de 65 personas.

Al describir por Centro de Salud el personal, se encontró que el CESSA Tepic es el que cuenta con el mayor número de médicos generales 45 (16%), mientras que el CESSA Tierra Colorada es el centro que contaba con más médicos especialistas 13 (29%). Esta situación corresponde a la deficiencia en la oferta de servicios de ginecología. Un supuesto es que todos los centros deben de contar con gineco-obstetras y pediatras. Sin embargo, como se aprecia, el número de especialistas es mínimo, comparado con el de médicos generales. Lo expresado por las autoridades es que el principal problema para cumplir con la plantilla tipo, precisamente está en la disponibilidad de especialistas, en la mayoría de los casos cuentan con el recurso presupuestal para su contratación pero la demanda es baja.

“La tipología me marca ginecólogo, me marca pediatra, cirujano, anestesiólogo”.
(Jefe Jurisdicción Sanitaria, Oaxaca)

“Si, de hecho tenemos 16 médicos generales, de los cuales son 14 operativos y 2 administrativos, especialistas tenemos 3, la ginecóloga, el pediatra y la psicóloga, además tenemos 4 odontólogos, 3 titulados y 1 pasante. (CESSA Tabasco)

“No, no cumplimos con muchos de los parámetros, porque evidentemente nos faltan muchos especialistas...” (Director CESSA, Guanajuato)

“Hemos tenido alguna fluctuación en cuanto a pediatría, gineco desde que yo llegué siempre hemos tenido cubierto, incluso llegamos a tener en alguna ocasión 3 ginecólogos porque cubríamos sábados y domingos, usted sabe que las urgencias ginecobstetras no tienen día ni tienen hora”. (Directora CESSA, Oaxaca)

Con respecto al personal de enfermería el CESSA Pénjamo contaba con 45 enfermeras que corresponde al 15%, mientras que el CESSA Ascensión solo contaba con una enfermera. Asimismo existen centros de Salud que cuentan con personal auxiliar de enfermería en donde el CAAPS Nogales y CESSA Santa Cruz Huatulco cuentan con el mayor número de este personal (Cuadro 9.3).

Cuadro 9.3. Distribución porcentual de médicos y enfermeras por Entidad federativa y Centro de Salud

Entidad federativa y Centro de Salud	Médicos generales N (%)	Médicos especialistas N (%)	Enfermeras N (%)	Auxiliares de enfermería N (%)
CHIHUAHUA				
CAAPS Nogales	18 (6.2)	1 (2.3)	5 (1.6)	15 (10.0)
CAAPS Rancho Anapra	11 (3.8)	---	3 (1.0)	2 (1.3)
CESSA Ascensión	2 (0.7)	---	1 (0.3)	3 (2.0)
CESSA Senderos del Sol	2 (0.7)	---	2 (0.7)	2 (1.3)
GUANAJUATO				
CESSA Pénjamo	21 (7.3)	---	45 (14.7)	---
CESSA Tarandacuao	13 (4.5)	---	8 (2.6)	11 (7.3)
MÉXICO				
CEAPS Chapa de Mota	10 (3.5)	2 (4.5)	17 (5.6)	---
CEAPS Colorines	7 (2.4)	1 (2.3)	6 (2.0)	7 (4.7)
CEAPS Ecatzingo	6 (2.1)	---	8 (2.6)	5 (3.3)
CEAPS Leandro Valle	6 (2.1)	1 (2.3)	6 (2.0)	6 (4.0)
CEAPS Tonatico	9 (3.1)	---	7 (2.3)	8 (5.3)
CEAPS Polotitlán	7 (2.4)	1 (2.3)	8 (2.6)	6 (4.0)
CEAPS San Mateo Atenco	12 (4.1)	4 (9.1)	15 (4.9)	5 (3.3)
CEAPS San Salvador Atenco	10 (3.5)	3 (6.8)	6 (2.0)	4 (2.7)
NAYARIT				
CESSA La Peñita de Jaltemba	5 (1.7)	1 (2.3)	7 (2.3)	---
CESSA Tepic	45 (15.6)	2 (4.5)	40 (13.1)	11 (7.3)
OAXACA				
CESSA Santa Cruz Huatulco	17 (5.9)	5 (11.4)	9 (2.9)	14 (9.3)
CESSA San Pedro Pochutla	12 (4.2)	---	19 (6.2)	---
CESSA Tehuantepec	20 (6.9)	2 (4.5)	25 (8.2)	8 (5.3)
QUERETARO				
CESSA Tolimán	16 (5.6)	5 (11.4)	15 (4.9)	11 (7.3)
TABASCO				
CESSA Macuspana	16 (5.6)	1 (2.3)	15 (5.2)	13 (8.7)
CESSA Tierra Colorada	6 (2.1)	13 (29.5)	24 (7.9)	6 (4.0)
CESSA Villa Tecolutilla	17 (5.9)	2 (4.5)	13 (4.3)	13 (8.7)
Total	288 (100)	44 (100)	305 (100)	150 (100)

Aunque a partir de la observación del funcionamiento de las unidades se advirtió la presencia de pasantes de distintas disciplinas no todos los centros los consignaban en la plantilla (Cuadro 9.4)

Cuadro 9.4. Distribución porcentual de pasantes de medicina y enfermería por entidad federativa y Centro de Salud

Entidad federativa y Centro de Salud	Pasantes de medicina N (%)	Pasantes de enfermería N (%)
CHIHUAHUA		
CESSA Rancho Anapra	17 (54.8)	---
CESSA Ascensión	2 (6.4)	---
GUANAJUATO		
CESSA Tarandacuaao	2 (6.4)	17 (54.8)
QUERETARO		
CESSA Tolimán	3 (9.7)	1 (3.2)
TABASCO		
CESSA Macuspana	1 (3.2)	2 (6.4)
CESSA Tierra Colorada	6 (19.3)	7 (22.6)
CESSA Villa Tecolutilla	---	4 (12.9)
Total	31 (100)	31 (100)

Con respecto al personal auxiliar de diagnóstico se encontró que el CESSA Tierra Colorada presentaba el mayor número de este tipo de personal. En cuanto a los odontólogos el CESSA Tierra Colorada contaba con un mayor número (Cuadro 9.5). No fue posible conocer el número de odontólogos de todos los Centros de Salud evaluados debido a que no todos los Centros de Salud proporcionaron este dato. Además del personal ya descrito anteriormente el 16% correspondió a otro tipo de personal.

“Bueno ahí tenemos un problema en odontología ya quedamos con un odontólogo en la mañana y un pasante en la tarde y los dos médicos están, ¿cómo se llama? Que llegaron con nosotros ya los mandaron a sus Centros de Salud. En la plantilla que me entregaron...fue esta semana que cambiaron a los 2 odontólogos, que teníamos aquí, que nada más estaban aquí, y llegaban a las comunidades”. (Directora de CESSA, Tabasco)

Cuadro 9.5 Distribución porcentual del personal auxiliar diagnóstico por estado y Centro de Salud

Entidad federativa y centro de salud	Personal de servicios auxiliares de diagnóstico N (%)	Odontólogos N (%)
CHIHUAHUA		
CAAPS Nogales	5 (6.1)	3 (6.1)
CAAPS Rancho Anapra	4 (4.9)	1 (2.0)
CESSA Ascensión	1 (1.2)	1 (2.0)
CESSA Senderos del Sol	1 (1.2)	1 (2.0)
GUANAJUATO		
CESSA Pénjamo	---	---
CESSA Tarandacua	6 (7.3)	1 (2.0)
MÉXICO		
CEAPS Chapa de Mota	3 (3.6)	---
CEAPS Colorines	4 (4.9)	1 (2.0)
CEAPS Ecatzingo	4 (4.9)	1 (2.0)
CEAPS Leandro Valle	2 (2.4)	1 (2.0)
CEAPS Tonicó	6 (7.3)	3 (6.1)
CEAPS Polotitlán	4 (4.9)	2 (4.1)
CEAPS San Mateo Atenco	7 (8.5)	2 (4.1)
CEAPS San Salvador Atenco	---	---
NAYARIT		
CESSA La Peñita de Jaltemba	---	1 (2.0)
CESSA Tepic	3 (3.6)	10 (20.4)
OAXACA		
CESSA Santa Cruz Huatulco	1 (1.2)	1 (2.0)
CESSA San Pedro Pochutla	3 (3.6)	1 (2.0)
CESSA Tehuantepec	4 (4.9)	2 (4.1)
QUERETARO		
CESSA Tolimán	5 (16.1)	1 (2.0)
TABASCO		
CESSA Macuspana	6 (7.3)	7 (14.3)
CESSA Tierra Colorada	8 (9.8)	6 (12.2)
CESSA Villa Tecolutilla	5 (6.1)	3 (6.1)
Total	82 (100)	49 (100)

Otro problema que se identificó fue que en algunos Centros el personal administrativo así como personal de limpieza, vigilancia, incluso trabajadoras sociales, a veces está contratado no por la Secretaría, sino a través de servicio subrogado o con apoyo de otras instancias como puede ser el municipio.

La falta de personal provoca sobrecargas de trabajo entre el personal médico, lo que reduce la calidad de la atención.

“Le falta un poquito más de personal administrativo. Lo que pasa es que nosotros contamos con el área de urgencias y está abierto las 24 horas y podemos decir que tenemos cubierto administrativamente el turno matutino y

vespertino, sábado y domingo, pero ciertos nocturnos se nos escapan de la mano, y hace falta un poco más de administrativo, porque no hay recepción y las enfermeras hacen el trabajo, enfermera y médico y caja también". (Director CESSA, Tepic)

Situación laboral

Con respecto al turno en el que labora el personal de los Centros de Salud, poco más del 50% se concentra en el matutino, apenas el 15% trabaja en el vespertino y el porcentaje restante se distribuye entre los turnos nocturno, fin de semana, mixto y otro. En los datos proporcionados por los centros en el 11% del personal reportado no fue posible identificar el turno. En otros casos (p.ej. el CEAPS de San Mateo Atenco) esta información no estuvo disponible.

En el cuadro 9.6 se muestra la distribución porcentual del personal por turno y por Centro de Salud. Si bien se esperaría que por las características de la demanda de servicios la fuerza de trabajo se concentrara en los turnos matutino y vespertino y que fuera menor en el resto de los turnos, en los dos primeros ésta debería ser aproximadamente igual. No obstante, en algunos casos la cantidad de personal en el turno matutino es 4 veces la del turno vespertino. Y en otros casos, fue posible observar más personal en el turno nocturno que en el vespertino. Evidentemente esto tiene un impacto sobre la oferta de servicios de los Centros.

Cuadro 9.6. Distribución del personal y turno por Centro de Salud

Entidad Federativa y Centro de Salud	Matutino N (%)	Vespertino N (%)	Nocturno N (%)	Fin de semana N (%)	Mixto N (%)	No Especificó N (%)	Total N (%)
CHIHUAHUA							
CAAPS Nogales	---	---	---	---	---	72 (100)	72 (100)
CAAPS Rancho Anapra	39 (69.6)	17 (30.4)	---	---	---	---	56 (100)
CESSA Ascensión	6 (40)	1 (6.7)	---	1 (6.7)	---	7 (46.7)	15 (100)
CESSA Senderos del Sol	16 (100)	---	---	---	---	---	16 (100)
GUANAJUATO							
CESSA Pénjamo	77 (68.1)	16 (14.2)	8 (7.1)	11 (9.7)	---	1 (0.9)	113 (100)
CESSA Tarandacua	44 (57.1)	8 (10.4)	7 (9.1)	---	18 (23.4)	---	77 (100)
ESTADO DE MÉXICO							
CEAPS Chapa de mota	24 (44.4)	8 (14.8)	11 (20.4)	---	9 (16.7)	2 (3.7)	54 (100)
CEAPS Colorines	26 (55.3)	6 (12.8)	6 (12.8)	---	9 (19.1)	---	47 (100)
CEAPS Ecatzingo	21 (58.3)	4 (11.1)	6 (16.7)	1 (2.8)	4 (11.1)	---	36 (100)
CEAPS Leandro Valle	23 (57.5)	4 (10.0)	7 (17.5)	---	6 (15.0)	---	40 (100)
CEAPS Tonatico	20 (40.8)	7 (14.3)	9 (18.4)	---	13 (26.5)	---	49 (100)
CEAPS Polotitlán	19 (44.2)	7 (16.3)	11 (25.6)	6 (13.9)	---	---	43 (100)
CEAPS San Mateo Atenco	---	---	---	---	---	69 (100)	69 (100)
CEAPS San Salvador Atenco	15 (30.0)	5 (10.0)	4 (8.0)	8 (16.0)	---	18 (36.0)	50 (100)
NAYARIT							
CESSA La Peñita de Jaltemba	14 (70.0)	2 (10.0)	---	4 (20.0)	---	---	20 (100)
CESSA Tepic	100 (54.9)	42 (23.1)	7 (3.8)	31 (17.0)	---	2 (1.1)	182 (100)
OAXACA							
CESSA Santa Cruz Huatulco	43 (63.2)	13 (19.1)	9 (13.2)	---	3 (4.4)	---	68 (100)
CESSA San Pedro Pochutla	32 (68.1)	8 (17.0)	3 (6.4)	3 (6.4)	1 (2.1)	---	47 (100)
CESSA Tehuantepec	92 (68.1)	20 (14.8)	16 (11.8)	6 (4.4)	1 (0.7)	---	135 (100)
QUERETARO							
CESSA Tolimán	43 (50.6)	13 (15.3)	6 (7.1)	11 (12.9)	4 (4.7)	8 (9.4)	85 (100)
TABASCO							
CESSA Macuspana	78 (80.4)	18 (18.6)	1 (1.0)	---	---	---	97 (100)
CESSA Tierra Colorada	93 (70.4)	36 (27.3)	2 (1.5)	1 (0.8)	---	---	132 (100)
CESSA Villa Tecolutilla	62 (63.3)	12 (12.2)	14 (14.3)	8 (8.2)	1 (1.0)	1 (1.0)	98 (100)
Total	887 (55.40)	247 (15.4)	127 (7.9)	91 (5.7)	69 (4.3)	180 (11.2)	1,601 (100)

“estamos tratando de cubrir los servicios al cien por ciento. He tenido oportunidad de dirigir a algunos médicos, nuevos, que me han llegado, y en lo primero que pienso son los CEAPS: para dobletear las noches, para que cuando la gente se me vaya de vacaciones o tenga algún problema personal, pueda cubrir esos lugares... Y las tardes. También es un horario muy especial, en donde se requiere la participación, también, de algunos especialistas, como los ginecólogos. Tengo en las noches, pero solo tengo uno. En la mañana solo tengo uno y en la tarde no tengo. Entonces, siento que me hace falta uno en la tarde para poder dar seguimiento si tengo, partos en la mañana, dar seguimiento en la tarde”. (Jefe de Jurisdicción, México)

Sin embargo, no solo la cobertura de turnos es una dificultad ya que también se mencionó que no se encuentran médicos especialistas disponibles en los turnos que les corresponden debido a que no laboran todos los días de la semana.

“Y ginecología también ya la cambiaron, pero ella nada más es de dos días, martes y jueves con nosotros y lunes, miércoles y viernes también regional, nada más esos días está con nosotros, y luego también tenemos 1 químico y 2 técnicos laboratoristas, 1 nutricionista y en trabajo social tenemos 6, que son 5 operativos y 1 administrativo y tenemos 8 personas comisionadas, 5 médicos, 2 enfermeras y 1 de TAP”. (Directora CESSA Tierra Colorada)

“... y ya los servicios de especialidad, solo vienen, martes...por ejemplo el Dr. Dimitri que se acaba de ir, él viene, operó hoy y ahora viene hasta el sábado, entonces más que nada uno trata de, pues de adaptarse a ellos, porque es difícil que los especialistas lleguen hasta acá también, mañana ya viene la Dra., la Ginecóloga, ya viene miércoles, jueves y viernes a dar consulta, y también viene el Pediatra, el Pediatra viene en la tarde, y la Ginecóloga viene en la mañana”. (Director CESSA, Toliman)

Aunque existan suficientes plazas vacantes y el recurso presupuestal para su contratación, la carencia de especialistas, prácticamente en todos los Centros, se debe a una limitada demanda. El personal médico no opta por estos lugares para laborar, ya sea por la lejanía o por la inseguridad.

“Porque no hay suficientes especialistas, las plazas están vacantes y algunos que logran llegar, están dos o tres meses y se van”. (Jefe Jurisdicción Sanitaria, Oaxaca)

“...hubo una crisis muy fuerte de extorsiones en Cd. Juárez, este...lamentablemente muchas muertes de médicos por secuestros y esa situación, entonces si hubo un tiempo muy difícil, para el gremio médico, en el que mucha gente pidió su cambio y se la dieron y lamentablemente no hay tantos egresados de especialistas que quieran venir a Cd. Juárez”. (Directora CEAPS Chihuahua)

Las dos figuras de contratación que predominan en los Centros son las de personal basificado y contratado por honorarios. Con base en lo reportado y referente a los médicos generales se encontró que en Nayarit en el CESSA Tepic se encuentra el mayor número de médicos generales que presentan contrato de base (Cuadro 9.7). La

situación de los médicos contratados por el Seguro Popular tiene características particulares. Si bien comentaron que en general el salario les parecía apropiado, la figura de contratación sujeta a renovaciones periódicas les coloca en una frecuente situación de incertidumbre, además de que no cuentan con ninguna prestación de seguridad social. Varios de los directores entrevistados comentaron que les parecería conveniente tener un contrato de base que solventara esta situación de inseguridad.

“No, no tienen prestación, eso es lo triste de la situación, que el personal, pues en cierta manera está desamparado, en prestaciones, muchas veces hasta para el servicio médico batallan porque creo que aquí el Hospital general es de ICHISAL”. (Director CEAPS Chihuahua)

“...bueno eh dependiendo, muchas veces [las contrataciones] es cada mes, cada 3 meses, cada 6 meses, dependiendo de, de la auditoría que se le haga al trabajador, pues pienso que es sabio en cierta manera, porque a veces hay personal pues que no resulta lo suficientemente eficiente para realizar las actividades asignadas verdad y pues tenemos la oportunidad de darle la oportunidad a otra persona”. (Directora CEAPS Chihuahua)

Sin embargo, las remuneraciones también mostraron una gran variabilidad, no solo entre estados, sino incluso hacia dentro de los mismos centros, en donde, en conversaciones *off the record* algunos médicos expresaron su descontento por salarios diferenciales por trabajo igual. En algunos casos con sueldos tan bajos que desalientan la ocupación de las plazas, aunque éstas estén disponibles.

Cuadro 9.7. Distribución porcentual de médicos generales según tipo de contrato

Entidad Federativa y Centro de Salud	Base	Honorarios	Regularizado	Homologado	No especificó	Otro	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N
CHIHUAHUA							
CAAPS Nogales	---	10 (90.9)	---	---	18 (100)	---	18
CAAPS Rancho Anapra	---	2 (100)	1 (9.1)	---	---	---	11
CESSA Ascensión	---	---	---	---	---	---	2
CESSA Senderos del Sol	---	---	---	---	2 (100)	---	2
GUANAJUATO							
CESSA Pénjamo	13 (61.9)	8 (38.1)	---	---	---	---	21
CESSA Tarandacua	---	---	---	---	13 (100)	---	13
MÉXICO							
CEAPS Chapa de Mota	4 (40.0)	5 (50.0)	1 (10.0)	---	---	---	10
CEAPS Colorines	---	7 (100)	---	---	---	---	7
CEAPS Ecatzingo	---	6 (100)	---	---	---	---	6
CEAPS Leandro Valle	---	6 (100)	---	---	---	---	6
CEAPS Tonatico	1 (11.1)	4 (44.4)	---	---	---	4 (44.4)	9
CEAPS Polotitlán	1 (14.3)	6 (85.7)	---	---	---	---	7
CEAPS San Mateo Atenco	7 (58.3)	4 (33.3)	---	---	1 (8.3)	---	12
CEAPS San Salvador Atenco	---	---	1 (10)	---	9 (90)	---	10
NAYARIT							
CESSA La Peñita de Jaltemba	---	---	---	---	5 (100)	---	5
CESSA Tepic	39 (86.7)	2 (4.4)	---	4 (8.9)	---	---	45
OAXACA							
CESSA Santa Cruz Huatulco	5 (29.4)	9 (52.9)	3 (17.6)	---	---	---	17
CESSA San Pedro Pochutla	1 (8.3)	7 (58.3)	4 (33.3)	---	---	---	12
CESSA Tehuantepec	9 (45.0)	4 (20.0)	7 (35.0)	---	---	---	20
QUERETARO							
CESSA Tolimán	6 (37.5)	8 (50)	2 (12.5)	---	---	---	16
TABASCO							
CESSA Macuspana	14 (87.5)	1 (6.2)	---	---	1 (6.2)	---	16
CESSA Tierra Colorada	6 (100)	---	---	---	---	---	6
CESSA Villa Tecolutilla	17 (100)	---	---	---	---	---	17
Total	123 (42.7)	89 (30.9)	19 (6.6)	4 (1.4)	49 (17.0)	4 (1.4)	288

El cuadro 9.8 muestra la distribución de médicos especialistas por tipo de contrato. Las cifras reproducen aproximadamente lo observado con los médicos generales, con la agravante ya mencionada del pequeño número de especialistas por Centro.

Las contrataciones se realizan a nivel estatal o jurisdiccional y corren a cargo de los presupuestos del Programas de Salud, del Seguro Popular o de Oportunidades.

“Normalmente, nosotros no hacemos la contratación o la hacen directamente en Querétaro o la hacen por parte de Recursos Humanos de Cadereyta y ya nos mandan al personal asignado”. (Director CESSA, Querétaro)

Cuadro 9.8. Distribución porcentual de médicos especialistas según tipo de contrato

Entidad Federativa y Centro de Salud	Base	Honorarios	Regularizado	No especificó	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N
CHIHUAHUA					
CAAPS Nogales	---	---	---	1 (100)	1
CAAPS Rancho Anapra	---	---	---	---	---
CESSA Ascensión	---	---	---	---	---
CESSA Senderos del Sol	---	---	---	---	---
GUANAJUATO					
CESSA Pénjamo	---	---	---	---	---
CESSA Tarandauao	---	---	---	---	---
MÉXICO					
CEAPS Chapa de Mota	---	---	---	2 (100)	2
CEAPS Colorines	---	1 (100)	---	---	1
CEAPS Ecatzingo	---	---	---	---	---
CEAPS Leandro Valle	---	1 (100)	---	---	1
CEAPS Tonicato	---	---	---	---	---
CEAPS Polotitlán	---	---	1 (100)	---	1
CEAPS San Mateo Atenco	1 (25.0)	3 (75.0)	---	---	4
CEAPS San Salvador Atenco	---	---	---	3 (100)	3
NAYARIT					
CESSA La Peñita de Jaltemba	---	---	---	1 (100)	1
CESSA Tepic	2 (100)	---	---	---	2
OAXACA					
CESSA Santa Cruz Huatulco	---	5 (100)	---	---	5
CESSA San Pedro Pochutla	---	---	---	---	---
CESSA Tehuantepec	1 (50.0)	1 (50.0)	---	---	2
QUERETARO					
CESSA Tolimán	---	5 (100)	---	---	5
TABASCO					
CESSA Macuspana	1 (100)	---	---	---	1
CESSA Tierra Colorada	13 (100)	---	---	---	13
CESSA Villa Tecolutilla	2 (100)	---	---	---	---
Total	20 (45.4)	16 (36.4)	1 (2.3)	7 (15.9)	44

Un tema que sin duda cabe destacar, es el papel del sindicato en las relaciones entre el personal de salud y los Directores de los Centros. Por su variada forma de contratación, cuentan con distintos ingresos, prestaciones, horarios. El personal por contrato federal, es un recurso difícil de manejar, porque cualquier disposición que identifiquen que atenta contra sus derechos (permisos, vacaciones, comisiones) se oponen con apoyo del sindicato, a modificar estos derechos lo que afecta la prestación del servicio. Por ejemplo, es normal que en días de pago, o reunión sindical, o por comisión desatienden

su consulta⁹⁴. Depende de la capacidad de mando de cada Director manejar esta situación y que no se altere el servicio del Centro.

“Al estar combinado no hay ningún problema, si fuera todo federal ahí sí habría problema, porque en el momento en que van ellos a sus reuniones sindicales que es un derecho que tienen, y se los tengo que otorgar, y se quedaría el Centro de Salud cerrado”. (Directora CESSA, Tabasco)

“Pues un personal basificado, desafortunadamente a veces capta vicios, desafortunadamente. Y digo desafortunado porque a veces no puede prestar más servicio más que en tiempo y en momento y en espacio, y nos hemos topado... y también es forma de actitud el médico. Pero en un sindicato, usted sabe que hay limitaciones, y hay un sindicato en donde ponen limitaciones y en donde, uno como encargado de la unidad, puede exigirle, pero si esta exigencia son de dos, tres, cuatro días, permíteme, y entra el sindicato y es en donde ahí empezamos a chocar”. (Director CESSA Nayarit)

“Sería una negociación con el sindicato y todo, pero es mejor así, es mejor combinado, porque así en los módulos todos son federales y se van todos los médicos y si yo tengo las enfermeras y también tengo 2 federales, hoy no se me va a cerrar el modulo. Y entonces lo que hicieron ahora o están por hacer es poner una enfermera estatal, y una federal para que así quede alguien en el módulo”. (Directora CESSA, Tabasco)

En el caso del CEAPS de Juchitepec, se encontró este problema agudizado por los permisos sindicales, de tal manera que el personal de limpieza y vigilancia estaba realizando actividades administrativas.

Conclusiones

Según el artículo 21 de la ley General de salud en materia de prestación de servicios de atención médica se debe contar con personal suficiente e idóneo en las unidades donde

⁹⁴ Esta fue la razón por la que no se logró hacer el trabajo de campo en el CESSA de Ocuilzapatlán

se preste atención médica. El personal de salud es el recurso más importante para prestar los servicios de salud a la población. El número de médicos generales es más del triple que el de los médicos con especialidad. Uno de los objetivos de los CESSA y CAAPS es brindar a la población servicios de especialidad para atender problemáticas particulares a la que se pudieran enfrentar en las unidades de atención primaria a la salud; sin embargo, se encontró que en siete centros no existe médico especialista alguno y del total, casi el 50% se ubica en un solo centro, el CEAPS Tónico.

Por otro lado, se encontró que con respecto al personal de enfermería existen centros que cuentan con 90 enfermeras como es el caso del CESSA Penjamo, y otros que tal solo cuentan con 1 como el CESSA Ascensión y el CEAPS Tónico. Es importante mencionar que algunos centros de salud cuentan con pasantes de medicina y enfermería los cuales compensan, cuando es insuficiente, o francamente reemplazan el trabajo que debería ser realizado por médicos adscritos. Por otro lado, hay un desbalance absoluto en la distribución del personal por turnos de trabajo. Globalmente, la cifra del personal que trabaja en el turno matutino es cuatro veces la del vespertino. Esto se traduce en una sobredemanda de servicios en el primer turno y una oferta de atención muy limitada por la tarde.

Ambos aspectos, la falta de médicos especialistas y el desbalance de la fuerza de trabajo en los turnos, son incongruentes con los propósitos de estos centros de ofrecer, por una parte, servicios que redujeran la demanda del segundo y tercer nivel de atención incrementando su capacidad resolutive y brindar una atención completa y continua las 24 horas del día, los 365 días del año.

El problema es complejo. Involucra factores de índole social, por ejemplo por la inseguridad; económica, por la desventaja salarial de muchas de las plazas; laboral por la alta injerencia de algunos sindicatos en la toma de decisiones de los directivos y por la falta de prestaciones; así como estructural, por las limitaciones en recursos físicos para desempeñar el trabajo adecuadamente. Incluso, el problema puede extenderse hasta el ámbito de la formación médica, orientada más hacia el aprecio por la medicina de alta especialidad y un menosprecio por la medicina general. Todo ello parece

contribuir a desalentar que los médicos busquen ocupar estas plazas como una opción de desempeño profesional.



10. Replicabilidad del Modelo de Unidades Médicas

Los resultados de toda evaluación deben acompañarse siempre de una propuesta para mejorar la calidad de los procesos que se llevan a cabo y por ende de los resultados, en este caso en salud. Uno de los intereses de la evaluación fue estimar la viabilidad de extender el modelo de atención que caracteriza a los centros de salud con servicios ampliados. Se consideró que los funcionarios tendrían la mejor visión general del modelo, con base en su experiencia como actores centrales y tomadores de decisiones. De este modo, la principal fuente de información a este respecto fueron la entrevistas a los jefes de jurisdicción y directores de los centros realizadas desde el componente cualitativo del proyecto.

Es por ello que uno de los objetivos del presente trabajo fue indagar acerca de la opinión de los actores clave acerca de la factibilidad de implementar el modelo con servicios ampliados como parte del sistema de salud mexicano y las posibles mejoras que se podría hacer para que éste funcionara con éxito.

Resultados

La mayoría de directores de los centros y jefes de jurisdicción coinciden en que mediante la mejora en la calidad clínica se han resuelto problemas de salud importantes,

“Son Centros muy, muy importantes donde hemos resuelto problemas de salud muy difíciles, muy graves; clínicamente hablando y gracias al enlace también con las redes de referencia y contrarreferencia, y por su posición social. Viéndolo desde el punto de vista de sistemas sociales, considero que es una estructura, que da mucha relevancia a los servicios de salud en la población...” (Jefa de jurisdicción, Estado de México)

Y que fortaleciendo las redes de referencia y contrarreferencia se ha observado una disminución en las referencias al segundo nivel, lo que disminuye la saturación en estos hospitales.

“...al ser una unidad prestadora de servicios con 24 horas y aunque propiamente no atendemos urgencias como tal, pero sí podemos ayudar en un momento dado a que no se sature el servicio de 2do nivel, teniendo nosotros una unidad con estas características...” (Director CEAPS, Guanajuato)

A pesar de estos avances, existe aún una remarcada necesidad de mejorar aspectos que detienen la evolución del modelo, por lo que se vuelve imperativo iniciar con el fortalecimiento de los centros. En este sentido destaca la necesidad de aumentar los recursos humanos ya que muchos de los centros cuentan con la infraestructura necesaria pero carecen de profesionales que den uso adecuado a los recursos disponibles.

“...pues tenemos toda la infraestructura, nos falta el personal capacitado...” (Directora CAAPS, Ciudad Juárez)

Algunos de los personajes entrevistados mencionan que es necesario contar incluso con especialistas básicos, como médicos internistas, gineco-obstetras y pediatras que atiendan las necesidades más comunes de la población como son embarazos y enfermedades crónicas; en contraposición, algunos otros comentan que esto confundiría las acciones que deben ser desempeñadas por los diferentes niveles lo que provocaría la pérdida de la identidad y los principios de estas unidades.

“...en algunos centros digamos ya tenemos especialista y ni soy una cosa y ni soy la otra y a lo mejor eso también se pierde identidad y se pierde intención de lo que se da.” (Autoridades del CESSA, Tabasco)

En este mismo sentido, se hace énfasis en la necesidad de contar con personal nocturno que dé respuesta a las situaciones que se presenten en este horario, evitando con ello el traslado de los pacientes a unidades de segundo nivel, situación que provoca retraso en la atención y por ende aumento de las complicaciones en algunos casos. Esta carencia de recursos impide que las expectativas que los usuarios tienen se cubran, provocando una constante insatisfacción.

“...la desventaja es que no hemos cubierto expectativas porque la tipología nos marca cierto tipo de recurso humano y no lo tenemos y quedamos mal y la expectativa era grande y no se ha cubierto por la falta de recursos.” (Jefe Jurisdicción, Oaxaca)

En todo caso, se necesita fortalecer a la vez las relaciones entre el personal de cada unidad, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y no menos importante, el ambiente laboral de estas unidades.

En lo que se refiere a infraestructura y recursos materiales se observa una discrepancia dependiendo de la unidad. En algunos casos existe carencia de laboratorios bien estructurados, en otros se menciona que los laboratorios únicamente funcionan por las tardes, nuevamente por falta de personal.

“Tenemos plantillas incompletas (...) no tenemos la infraestructura como debe ser, se ha ido adaptando y últimamente en este año se fortaleció con equipamiento, con equipo médico y ya se adaptó la estructura y está funcionando un poco mejor; recientemente llegó ya el director, teníamos una sola médica (...) en laboratorio no teníamos médico porque estaba incapacitado, entonces de repente nos quedamos un mes sin médico, nada más teníamos nutriólogo, psicólogo y en enfermería y trabajo social, pero falta el médico.” (Jefe Jurisdicción, Oaxaca)

De acuerdo con lo referido existe una evidente carencia de medicamentos básicos como antibióticos, antiinflamatorios, insulinas e hipertensivos, con exceso de medicamentos que no se utilizan e incluso se ponen a disposición de otras unidades.

“...nos esforzamos en hacer el pedido lo mejor, lo más objetivo posible, pero aun así nos llegan claves que no requerimos, mucho medicamento que tenemos en excedente incluso que ponemos a disposición, porque no se mueve aquí en la unidad y sin embargo nos están faltando, antiinflamatorios mayormente, antibióticos, pues no es tanto, realmente no tenemos mucho problema con eso, pero si por ejemplo en un tiempo, la insulina para los diabéticos, antihipertensivos...” (Directora CESSA, Ciudad Juárez)

Existe también preocupación por incluir servicios básicos como computadoras con internet y teléfono, ya que son elementos importantes en la comunicación entre centros de atención, sugiriéndose que esto mejoraría la red de referencia y contrarreferencia y por tanto la atención a los pacientes.

¿Cómo es posible? Que no hay ni internet, ni teléfono, y tenemos que cubrir la plataforma saliendo el papel (Jefe de Jurisdicción, Tabasco)

Otro de los aspectos fundamentales en este sentido es el adecuado conocimiento de la normatividad de los centros, por lo que actividades como la referencia directa a tercer nivel se está dando, si bien con el objetivo de cubrir las necesidades, fuera de la normatividad.

“...ni siquiera sabemos cuál es la normatividad de un CESSA y eso es el problema que tenemos con segundo nivel.” (Directora de CESSA, Oaxaca)

Por otra parte, se hace énfasis en mejorar el acceso a las unidades, sobretodo el geográfico, ya que aspectos como la lejanía o los caminos sinuosos dificultan que los usuarios acudan al centro que le corresponde y asistiendo a unidades de segundo o tercer nivel que son más accesibles con respecto a sus lugares de residencia.

“...estamos hablando igual de 65, 70 kilómetros (...) sobre una carretera accidentada en ese sentido por las curvas, entonces allá no tenemos otros servicios, si tu requieres una placa tienes que viajar 65 kilómetros...” (Jefe de Jurisdicción, Toluca)

Finalmente se subraya la necesidad de contar con mayor apoyo por parte de las autoridades, quienes deberán crear estrategias que mejoren su desempeño y den más impulso a los centros de salud con servicios ampliados como parte indispensable de la atención primaria a la salud.

“Yo sí creo en el CESSA, he trabajado 2 años, ha sido un trabajo arduo yo creo que le falta que se apoye este tipo de unidades, a lo mejor si estamos trabajando y los compañeros no han tenido todo el apoyo, en algunos lugares es porque a veces las mismas autoridades no han definido bien la cartera del servicio de estas unidades...” (Directora CESSA, Oaxaca)

Conclusión

La evidencia aportada por el presente estudio corrobora la importancia de implementar este tipo de centros en el sistema de salud mexicano. Sin embargo, esta replicación debiera atender la satisfacción de procesos básicos para su funcionamiento, principalmente en los ámbitos de infraestructura y equipamiento, así como de recursos humanos y financieros. El resto de los componentes del reporte documenta de forma particular lo que expresa el discurso de los entrevistados. Plantillas de personal incompletas, limitada disponibilidad de los servicios, áreas y equipos subutilizados, etc. Mientras estas condiciones no se resuelvan la viabilidad de extender el modelo es más un deseo que una posibilidad real. La eventual planeación de nuevos centros con servicios ampliados debe garantizar el funcionamiento adecuado de los centros y que la replicación no sea de las deficiencias.



11. Conclusiones generales

Lo que hay que hacer en materia de APS

Como se observa, treinta y cinco años después de que se diera a conocer la Declaración de Alma Ata, la situación en materia de salud sigue siendo un tema polémico, tanto en México como en el resto del mundo.

A pesar de que las directrices se ponen de manifiesto en el documento, cada país debe adaptarlas a su contexto, desarrollando así su propia estrategia de acuerdo con su situación política, social, económica, sus capacidades administrativas y el desarrollo histórico del sector salud; cada nación deberá tener una visión a futuro que le permita establecer objetivos y metas concisas que lo impulsen a implementar un sistema que permita a su población acceder a los servicios de salud, garantizando una distribución equitativa de recursos que eviten las desigualdades y los gastos catastróficos. Tomando en cuenta que los determinantes de la enfermedad no se distribuyen de igual manera en la población, conociendo las necesidades específicas de la población y sabiendo que una sola intervención no es la solución al problema, es posible diseñar e implementar políticas que tengan por objetivo atacar diversos factores.

El gobierno que pretenda basar su sistema de salud en la APS deberá alinear todas sus políticas en torno a la reforma, no solamente aquellas sobre los servicios de salud. En relación con esta situación, deben tomarse varias acciones con el objetivo de favorecer la implementación de la APS.

Por una parte, es indispensable abordar la situación del acceso a los medicamentos, con propuestas concretas como la elaboración de una lista de medicamentos básicos que tendrá como objetivo principal disminuir los riesgos en salud, los costos de atención al mejorar la compra de medicamentos básicos y el acceso a los medicamentos necesarios para la atención. El trabajo conjunto del sector salud y la industria

farmacéutica permitirán la regulación en materia de costos y producción de medicamentos.

Por otra parte, el uso racional de tecnología médica y el control de calidad de la prestación de servicios de salud (adopción de estándares de seguridad, eficacia y satisfacción de los pacientes) permitirán fomentar la atención de calidad.

Considerando que los recursos humanos son la base para la implementación de la APS, es necesario escuchar la opinión de los trabajadores de la salud y su experiencia con respecto a los estándares de calidad desde la perspectiva clínica para la elaboración de políticas. Por otro lado, su participación en programas o proyectos les brindará la oportunidad de establecer contacto con las necesidades prioritarias de la población a la que atenderán. Otro de los aspectos importantes con respecto a los recursos humanos es la necesidad de orientar a más estudiantes hacia la práctica de la medicina general y familiar, mantenerlos en preparación constante y favorecer la acreditación de aquellos que presten atención primaria.

Dado que el enfoque de la APS es preventivo, es de suma importancia que se promueva la elaboración de políticas enfocadas a las respuestas inmediatas a los problemas de salud de carácter agudo, como son las epidemias y las catástrofes naturales, ya que las respuestas rápidas y efectivas son indispensables para mantener la confianza de la sociedad en el sistema de salud. Sin embargo, se debe tener siempre presente que no es efectivo construir una reforma en torno a una enfermedad.

En lo que se refiere a la respuesta que se debe dar para disminuir la brecha en los determinantes sociales de la salud, la intersectorialidad es indispensable en el éxito de la APS. Los diferentes sectores y organizaciones deben permanecer en diálogo constante y elaborar programas y proyectos que favorezcan condiciones que promuevan una vida más sana. En este rubro se encuentran los programas educativos, las políticas en la industria, las políticas de seguridad alimentaria y de los bienes de los consumidores, así como las políticas de igualdad de género y de derechos para las minorías.

En la mayoría de países, sobre todo en aquellos en vías de desarrollo, se conocen los riesgos a la salud de mayor prevalencia y el impacto que tienen en la salud poblacional.

Asimismo se sabe, parcialmente, el efecto de algunos programas, pero se desconoce la manera en la que se puede realizar un cambio sistemático y sostenible en el nivel de salud.

En este sentido, un mejor sistema de información permitirá:

- A los usuarios: conocer el estatus de su enfermedad y los cambios y/o mejoras en su estado.
- A los gobiernos: conocer las actividades que se llevan a cabo, evaluando el cumplimiento de los objetivos y las premisas de la APS.

En suma, para fortalecer los sistemas de salud debemos, por una parte, acelerar la elaboración y el uso de revisiones sistemáticas de intervenciones y su evaluación económica; y por otra, documentar las intervenciones gubernamentales, con énfasis en la evaluación del impacto en salud y en materia de equidad.

Conclusiones específicas

La demanda de atención es importante; sin embargo, no siempre se puede atender a satisfacción. Las limitaciones de disponibilidad de recursos humanos particularmente de médicos especialistas, servicios o equipo explican esta situación. A su vez, para cada uno de estos rubros existen razones específicas que en su conjunto afectan la oportunidad, calidad y eficacia de la atención que prestan los Centros. El aspecto que resultó más crítico fue el de las limitaciones en recursos humanos. La oferta de servicios con la cual fueron concebidos estos centros se ve seriamente mermada por una disponibilidad de recursos humanos. Se encontraron centros con la capacidad física instalada pero sumamente subutilizada por la falta de recursos humanos, particularmente de médicos especialistas, aunque también de médicos generales. Incluso en casos en los que las plazas se encontraban disponibles. De tal modo que la promesa de servicios los 365 días del año las 24 horas del día sigue siendo en la mayoría de los casos un ofrecimiento insatisfecho. Es necesario buscar medios para hacer que las plazas resulten atractivas para los médicos, en los ámbitos económico, profesional, laboral y personal, siempre dentro del espíritu de la APS.

Pocos Centros están organizados en núcleos o módulos, que les permita tener a un grupo determinado de población a su cargo, para realizar actividades de prevención, promoción, detección y atención y asegurar una atención continua y personalizada. Esta característica parece ser una de las modificaciones que amerita un cuidadoso análisis para su implementación de forma generalizada, ya que la organización con base en este esquema se aproxima mucho a los propósitos y características de la APS.

La recomendación se fortalece cuando se observan las serias deficiencias en el control de los pacientes con DM. La eficacia en el manejo de una de las principales causas de morbimortalidad en el país está muy lejos de lo deseable. Aunque las GPC fueron reconocidas como un elemento importante en la atención, la falta de algunos servicios, como la medición en el laboratorio de la hemoglobina glicosilada, la atención brindada por diferentes médicos por ocasión de consulta y la falta de intervenciones para fortalecer la adherencia terapéutica y la modificación de estilos de vida, hace que la eficacia de las intervenciones sea muy limitada.

Existe un reconocimiento, muchas veces tácito cuando no francamente explícito, de que la atención sigue más enfocada en lo curativo, que en la prevención. Incluso las metas y la asignación de presupuesto suele hacerse con base en la productividad de casos atendidos y no en acciones de promoción y prevención.

No obstante, el trabajo que se realiza en las comunidades es una de las fortalezas que vale la pena señalar. Por ejemplo, la identificación de embarazadas incrementa la posibilidad de un control prenatal apropiado. Sin embargo, ocurre la paradoja de que, pensados como una opción para atenuar la demanda de los hospitales de segundo nivel para atender partos, al no disponer de la capacidad para atenderlos principalmente por falta de personal, la referencia a las unidades de segundo nivel, en lugar de disminuir, se ha incrementado.

Por lo que se refiere al abasto de medicamentos, se encontró que con frecuencia se modifica el catálogo respectivo, y por lo tanto la disponibilidad de fármacos y soluciones no siempre está garantizada. Salvo esta consideración, cuando el servicio de la farmacia está subrogado el abasto es más oportuno y mejor organizado que cuando depende de los servicios estatales de salud.

Un aspecto que sin duda llamó la atención fue que estos Centros se rigen, por su condición de unidades de primer nivel, por el CAUSES para el primer nivel de atención. Sin embargo, este catálogo es insuficiente para ofrecer los servicios de partos y urgencias, por lo que sería recomendable que cuenten con un catálogo híbrido para este tipo de Centros, o bien establecer un mecanismo para que también reciban medicamentos que corresponden al segundo nivel de atención.

Entre los 25 Centros visitados, existe una heterogeneidad, interestatal, intraestatal, incluso dentro de una misma Jurisdicción Sanitaria, desde el tamaño de las unidades médicas, en la infraestructura disponible, en la plantilla de personal y los tipos de contratación que deriva en distintos niveles de salarios, horarios y prestaciones, así como pertenencia o no a sindicatos. En los servicios que otorgan y áreas en funcionamiento, en los horarios de atención, en el sistema de gestión de citas, así como en la satisfacción de los usuarios.

Otro aspecto que amerita subrayarse tiene que ver con la capacidad de liderazgo de los directores y el apoyo que reciben de sus jurisdicciones sanitarias. Se apreció que en la medida de que el/la director(a) del centro jugaba un papel protagónico en la conducción del centro, en la toma de decisiones y en el compromiso con los servicios, la calidad de estos era mejor. Incluso a pesar de que se comentaron casos en los que no existía una compensación económica extra por desempeñar el puesto. Asimismo, el margen de maniobra de los directores se ve afectado por la intromisión del sindicato, así como las limitaciones para ejercer un presupuesto propio, el cual suele existir, pero que sin embargo es insuficiente. Es en este aspecto, en el que el respaldo de los jefes de jurisdicción es crítico para resolver problemas emergentes.

Es arriesgado hacer una generalización de estos hallazgos al resto de los Centros no incluidos en esta evaluación, en la medida de que fueron seleccionados por conveniencia. Sin embargo, tampoco es difícil pensar que esta situación de alta variabilidad, así como del tipo y número de limitaciones identificadas no sea más o menos generalizada. La situación se agrava si se supone que estos Centros son escenarios que tienen la mejor oferta de servicios y lleva a preguntarse qué está ocurriendo en los Centros de Salud tradicionales. Si bien existe prácticamente un

consenso sobre la idoneidad de replicar este modelo de atención, esta acción no puede emprenderse sin antes atender y anticipar los problemas estructurales que esta evaluación permitió identificar.

Bibliografía

Bibliografía. Atención Primaria a la Salud

Álvarez-Manilla JM. Atención primaria a la salud. Salud Pública de México 1988;30(5):676-82.

Apráez Ippolito G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. Revista de la Universidad Bolivariana 2010;9(27):1-9.

Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. Revista Argentina de Salud Pública 2011;2(8):6-14.

Domènech M, Feliu J, Garay A, Íñiguez L, Peñaranda MC, Tirado F. Movimientos sociales y conocimientos científicos: el impacto del activismo contra el SIDA sobre las prácticas científicas. Revista de Psicología Política. En prensa 2002.

Feo M. Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "atención primaria a la salud en debate". Saúde em Debate 2012;36(94):352-34.

García-Rodríguez JF, Rodríguez-León GA, García-Fariña A. Eficiencia técnica de los centros avanzados de atención primaria de la salud de Tabasco (CAAPS). Aplicación del método de optimización análisis envolvente de datos (DEA). Salud en Tabasco 2008;14(3):782-91.

Giraldo A, Vélez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Atención Primaria 2013;45(7):384-92.

Gómez Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública de México 2011;53(S2):S220-S232.

Ministerio de Salud de Panamá, Representación de OPS/OMS en Panamá. Atención primaria de salud: Una revisión de prácticas y tendencias. 2004.

ONU. Declaración sobre el establecimiento de un nuevo orden económico internacional, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en e sexto periodo extraordinario de sesiones Mayo de 1974. Nueva Sociedad 1974;14:50-3.

Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Kazajstán: OMS; 1978.

Secretaría de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. México D.F.; 2009.

Secretaría de Salud. Modelos de Unidades Médicas MIDAS Modelo Integrador de Atención a la Salud. Primera ed. México D.F.: 2006.

Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud: M I D A S. Segunda ed. México: 2006.

Sistema Nacional de Información en Salud. Consulta de información en bases de datos en formato de cubo dinámico. SINAIS 2013 [consultado el 20 de agosto del 2013]; Disponible en: URL: <http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Starfield B, Shi L. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005;83(3):457-502.

Starfield B. Primary care: an increasingly importante contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gaceta Sanitaria 2012;26(S):20-26.

Scutchfield FD, Michener JL, Thacker SB. Are we there yet? Seizing the moment to integrate medicine and public health. American Journal of Public Health 2012;102(S3):S312-S316.

Tejada de Rivero DA. Alma Ata: 25 años después. Perspectivas de salud 2004;13(2):51-4.

Terminel Medina RL. Manual de organización. Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud. 2012.

Universidad Nacional Autónoma de México, Organización Panamericana de la Salud. Hacia una cobertura universal en salud. Ciudad de México 2009.

Word Health Organization. Equity in Health Care. Geneva; 1996.

Word Health Organization. Renewing the Health for All Strategy: Elaboration of a policy for equity solidarity and health. Geneva; 1995.

World Health Organization. The world health report 2008. Primary health care - now more than ever. Geneva; 2008.

World Health Organization. ¿Qué es la cobertura sanitaria universal?. Preguntas y respuestas en línea. WHO 2012 [consultado el 27 de Septiembre de 2013]; Disponible en: URL: http://www.who.int/features/ga/universal_health_coverage/es/

Bibliografía. Efectividad de la atención

Jiménez Cangas, L; Báez Dueñas, RM; Pérez Maza, B y Reyes Álvarez, I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública [online]. 1996, vol.22, n.1 [citado 2013-11-14], pp. 15-16 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

Kessner, David M; Kalk, Carolyn E; Singer, James; White, Kerr L. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores / Assessing health quality- -The case for tracers. Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 1992. p.555-563, tab. (OPS. Publicación Científica, 534).

Soca Pedro EM. El síndrome metabólico: un alto riesgo para individuos sedentarios. ACIMED [revista en la Internet]. 2009 Ago [citado 2013 Nov 21] ; 20(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102494352009000800007&lng=es.

SSA: Coordinación de vigilancia epidemiológica. Programa de salud del adulto y el anciano. Guía técnica para el funcionamiento de clubes de diabéticos. México. 1998

Velazquez-Monroy O, et al. Evaluación de clubes de ayuda mutua. Rev Endocrinol Nutr 2001; 9(3) 126-132.

Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con enfoque de riesgo disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

Morcillo-Muñoz, M.A. Tabaco y embarazo en un área sanitaria de Madrid. Prevención del tabaquismo 2001; 3(1): 20-25

Magri R, Míguez H, Parodi V, Hutson J, Suárez H, Menéndez A et al. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. Arch. Pediatr. Urug. [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2013 Nov 22]; 78(2): 122-132. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000405842007000200006&lng=es.

Berdasquera Corcho D, Fariñas Reinoso AT, Ramos Valle I. Las enfermedades de transmisión sexual en embarazadas: Un problema de salud a nivel mundial. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2001 Abr [citado 2013 Nov 22] ; 17(2): 185-190. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000200013&lng=es.

Bustos- Lopez, H. et al. Prevalencia de chlamydia trachomatis en pacientes con esterilidad y embarazo no complicado. Perinatol reprod hum 1995; 9(4): 227-234

WHO. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2(8452):437-8

Bibliografía. Referencia y contrarreferencia

Acuerdo No. 79, relativo a la aplicación, instrumentación y actualización del Manual de la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y envío de muestras y especímenes.

Collado-Peña S, Sánchez-Bringas A. ¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo. Rev CONAMED 2012; 17 Supl 1: S23-S31.

Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Instituto de salud del Estado de México. Manual de procedimiento de consulta externa de primer nivel. ISEM 2004.

Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud. Consejo de Salud del Estado de México. Manual de operación y funcionamiento del comité de referencia y contrarreferencia del Consejo de Salud del Estado de México. GEM 2010.

Instituto Nacional de Pediatría. Referencia y contrarreferencia de pacientes del Instituto Nacional de Pediatría. INP 2011.

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

SSA. Modelo Integrador de Atención a la Salud, México, 2006.

Servicios de Salud de Veracruz, Dirección de Servicios de Salud, Subdirección de Atención Médica. Manual de procedimientos: referencia y contrarreferencia de pacientes. SSA 2011.

Servicios de Salud de Veracruz, Dirección de servicios de salud, Subdirección de atención médica. Manual de procedimientos: referencia y contrarreferencia de pacientes. SSA 2011.

Bibliografía Modelo de Atención

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Harti, J., Kimber, A., Storey, L., et al. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), 1-244.

Díaz, R. (2001). Satisfacción el paciente: Principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista Calidad Asistencias*, 17(1), 22-29.

Pan American Health Organization. (2007) *Renewing primary health care in the Americas: A position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)*. Washington, D.C.

Starfield B, Shi. L. (2009). *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Johns Hopkins University: Baltimore.

ANEXO 1. LISTA DE COTEJO DE ÁREAS Y SERVICIOS

I. CONSULTORIO DE MEDICINA GENERAL O FAMILIAR.

• CARACTERÍSTICAS

1. Dos áreas, una, en la que se efectúa la entrevista y otra donde se realiza la exploración física
2. Lavabo en el área (cualquiera de las 2 áreas)

• MOBILIARIO

3. Botiquín de urgencias
4. Asiento para el médico
5. Asientos para el paciente y acompañante
6. Mueble para escribir
7. Guarda de medicamentos, materiales o instrumental
8. Sistema para guarda de expedientes clínicos
9. Asiento para el médico en la exploración del paciente
10. Banqueta de altura o similar
11. Mesa de exploración con aditamento para las piernas
12. Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable
13. Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal
14. Cubeta o cesto para bolsa residuos peligrosos

• EQUIPO E INSTRUMENTAL

1. Esfigmomanómetro
2. Estetoscopio biauricular
3. Estetoscopio Pinard
4. Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional)

5. Báscula con estadímetro
6. Báscula pesa bebé
7. Lámpara direccionable
8. Caja con tapa para soluciones desinfectantes
9. Termómetro clínico
10. Cinta métrica
11. Lámpara de Baterías
12. Torundero con tapa

II. CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA (área para toma de muestras ginecológicas)

• MOBILIARIO E INSTRUMENTAL

1. Asiento para médico
2. Banqueta de altura
3. Mesa de exploración con pierneras
4. Mesa Pasteur o equivalente
5. Lámpara direccionable
6. Torundero con tapa

III. CONSULTORIO DE ESTOMATOLOGÍA

• MOBILIARIO

1. Asiento para el odontólogo
2. Mueble para escribir
3. Mesa con tarja
4. Mueble con cajonera
5. Asientos para paciente y acompañante

6. Guarda de materiales, instrumental o equipo
7. Sistema para guarda expedientes clínicos
8. Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para residuos peligrosos

- **EQUIPO**

1. Compresora de aire para unidad dental, con arranque y paro automático, con sistema automático de purga de condensados, filtros de aire
2. Unidad dental con charola, porta instrumentos, escupidera y lámpara
3. Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable
4. Compresora de aire para unidad dental, con arranque y paro automático, con sistema automático de purga de condensados, filtros de aire
5. Perforadora de Ainstworth

- **INSTRUMENTAL**

1. Pieza de mano de alta velocidad esterilizable
2. Pinza de traslado con frasco refractario
3. Torundero con tapa
4. Alveolotomo, pinza gubia
5. Contrángulo
6. Cucharilla para cirugía
7. Cureta Mc Call, derecha e izquierda, juego (Cureta C K 6)
8. Elevador con mango metálico, brazo angulado izquierdo o derecho, extremo fino y corto
9. Elevador, recto acanalado, con mango metálico, 2 mm
10. Elevador de bandera, izquierdo, con mango metálico, extremo en ángulo obtuso y hoja pequeña

11. Espátula de doble extremo
12. Espátula Estiques, doble punta de trabajo
13. Espátula para preparar alginato o yeso
14. Espejo dental, rosca sencilla, plano, sin aumento No. 5
15. Autoclave, olla de presión o esterilizador de operación manual
16. Excavador White No.17
17. Explorador de una pieza con doble extremo No. 5
18. Fórceps. Diferentes medidas y adecuados al operador
19. Jeringa Carpulle
20. Lima para hueso doble extremo con punta de trabajo rectangular y oval
21. Mortero provisto de mano con capacidad para 125 ml
22. Obturadores de los tipos y condiciones apropiadas al operador
23. Pinza Perforadora Ainsworth
24. Pinza para curaciones modelo Collage No.18
25. Porta amalgama Rower con puntas desmontables, doble extremo
26. Porta matriz Toffemire universal 7 mm
27. Porta vasos para escupidera
28. Dosificador amalgamador
29. Recortador de amalgama
30. Tijera para encías, curva, con hojas cortas, modelo: Quimby
31. Tira puente Miller
32. Grapas de aislado
33. Porta grapas
34. Empacador de amalgamas

35. Bruñidos

IV. LABORATORIO

- **MOBILIARIO PARA TOMA DE MUESTRA**

1. Repisa abatible con cojín
2. Asiento
3. Silla cama

- **MOBILIARIO PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA MUESTRA (EN CASO DE QUE EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS**

1. Banco apropiado para el técnico y actividad que ejecuta
2. Mesa con respaldo
3. Mesa alta
4. Mesa baja con respaldo para microscopio
5. Mesa alta con respaldo y tarja
6. Guarda de materiales, equipo o instrumentos
7. Cubeta o cesto para bolsa de basura o residuos municipales
8. Cubeta o cesto para bolsa de residuos peligrosos
9. Contenedor para punzo cortantes

- **EQUIPO BÁSICO O SU EQUIVALENTE TECNOLÓGICO**

1. Agitador eléctrico rotatorio de uso múltiple de velocidad fija
2. Balanza granataria de 2 platillos, con capacidad hasta 2 kg y sensibilidad de 0.1 g con una escala de 0 a 10 g dividida en 0.1 g
3. Baño de agua sin circulación forzada, con termostato
4. Baño de bloque, regulación de temperatura hasta 130 grados centígrados
5. Mechero provisto con regulador de llama y punta estabilizadora
6. Contenedor de tubos de ensaye para baño de bloque

7. Esterilizador de vapor autogenerado

8. Refrigerador 7.5 pies cúbicos

• **EQUIPO PARA BIOMETRÍA HEMÁTICA O SU EQUIVALENTE TECNOLÓGICO**

1. Centrífuga de mesa, cabezal intercambiable, tacómetro, reloj hasta 60 minutos, con regulador de velocidad hasta 4900 r.p.m.

2. Centrífuga de mesa para microhematocrito, para tubos capilares en posición horizontal, con reloj y freno. Velocidad de 11,500 a 15,000 r.p.m.

3. Contador de 8 teclas y suma de todos los parciales hasta 999

4. Lector de microhematocrito

5. Microscopio: binocular con enfoque macro y micrométrico, platina con movimiento en cruz, Iluminación en la base, revólver para 4 objetivos, filtro despulido y transformador variable (2)

6. Pipeta de vidrio, tipo Thoma o similar glóbulos rojos

7. Pipeta de vidrio, tipo Thoma o similar glóbulos blancos

8. Cámara de Neubauer de cristal, con dos compartimentos de 0.1mm de profundidad. Con cubreobjetos de 20x26x0.4 mm de grosor uniforme especial para dicha cámara

• **EQUIPO PARA QUÍMICA SANGUINEA O SU EQUIVALENTE TECNOLÓGICO**

1. Espectrofotómetro con ancho de banda para la longitud de onda de 325 a 825 nm, ancho de ventana de 20 nm.

2. Refractómetro de mano

3. Diluidor de relación fija de 1:251

4. Marcador de intervalos con mecanismo de cuerda, provisto de alarma de campana, con cuadrante interno que lee hasta 120 minutos, en intervalos de 10 minutos y cuadrante externo que lee hasta 10 minutos en intervalos con 1/4 de minuto

5. Medidor de líquidos c/dispensador 1 a 5 ml c/recipiente de 1000 ml

6. Medidor de líquidos c/dispensador de 10-50 ml con recipiente ámbar de 1000 ml
7. Pipetas calibración variable entre el volumen siguiente 2 a 10 microlitros
8. Gradilla para tubos de ensaye
9. Gradilla de alambre cubierta con cadmio

V. RAYOS X

• MOBILIARIO

1. Banqueta de altura
2. Banca
3. Cesto
4. Gancho, perchero o similar
5. Mesa para carga y descarga de chasis

• EQUIPO

1. Chasis con rejilla incluida
2. Chasis con rejilla incorporada y pantalla intensificadora tipo universal
3. Lámpara de seguridad, para cuarto oscuro, con filtros
4. Sistema para marcar placas
5. Marcos de acero inoxidable
6. Portachasis de pared
7. Tanque de revelado manual
8. Generador radiológico de 300 mA y 110 KV como mínimo, con sistema de control, columna porta tubo acoplada al portachasis. Tubo de Rayos "X" con ánodo rotatorio colimador
9. Mesa fija horizontal con bucky integrado y portachasis
10. Especímetro graduado en cm y/o pulgadas

11. Negatoscopio
12. Mampara de protección con vidrio plomoso
13. Mandil emplomado con hombrera de 0.2 mm de espesor
14. Porta mandil
15. Guantes con protección de plomo

VI. ÁREA DE ATENCIÓN AL PARTO/QUIRÓFANO

• MOBILIARIO

1. Mesa de atención al recién nacido
2. Asiento adecuado para ejecutar la función correspondiente
3. Banqueta de altura
4. Mesa de Expulsión
5. Pierneras
6. Cojín de Kelly
7. Mesa de Mayo o similar
8. Mesa Pasteur o similar
9. Cubeta para basura residuos municipales
10. Cubeta o cesto para bolsa de residuos peligrosos

• EQUIPO E INSTRUMENTAL

1. Aspirador con sondas
2. Instalaciones para suministrar oxígeno
3. Porta sueros
4. Lámpara sin sombra
5. Báscula pesa bebés
6. Infantómetro

7. Cubeta de 12 litros de capacidad
8. Valvas vaginales
9. Riñón 250 ml
10. Tijera recta y curva
11. Sondas de Nelaton
12. Pinzas de anillos recta y de campo
13. Guantes de látex (Diferetes tallas)
14. Sonda para aspiraciones del bebé
15. Lámpara de Baterías
16. Torundero con tapa
17. Espejo Graves 1.9 x 7.5 cm
18. Espejo Graves 3.2 x 10 cm
19. Espejo Graves 3.5 x 11.5 cm
20. Histerómetro Sims
21. Pinza de anillos
22. Pinza estándar, estriada, sin dientes
23. Pinza, recta, fenestrada, estriada
24. Pinza, tipo mosquito, curva
25. Pinza para sujetar cuello de matriz
26. Pinza, curva, con estrías transversales
27. Porta aguja, recto, con ranura central y estrías cruzadas
28. Pinza, longitud 24 cm
29. Riñón de 250 ml
30. Tijera recta

31. Mango para bisturí

VII. ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CURACIONES

• EQUIPO

1. Aspirador
2. Laringoscopio con hojas infantil y adulto
3. Cánulas rectas, de diversas medidas
4. Contenedores Guantes y material de curación estéril
5. Bolsa, válvula, mascarilla autoinflable o un tanque de oxígeno de 1 a 3 L
6. Collarín cervical de tres tamaños
7. Estuche de diagnóstico
8. Porta suero
9. Cubeta o cesto para bolsa basura o residuos municipales
10. Cubeta o cesto para bolsa de residuos peligrosos
11. Electrocardiógrafo con electrodos
12. Equipo de reanimaciones (carro rojo)
13. Esfigmomanómetro
14. Estetoscopio
15. Monitores
16. Oxímetro
17. Glucómetro
18. Tanque de oxígeno

• MATERIAL

1. Jeringas y agujas diferentes tamaños
2. Soluciones antisépticas

3. Gasas
4. Tela adhesiva
5. Material para toma de productos de laboratorio
6. Tijeras de mayo
7. Gel conductor
8. Termómetro
9. Sábanas, camisones limpios
10. Férulas
11. Catéter nasal
12. Suturas varias
13. Vendas elásticas
14. Vendas de yeso
15. Equipo para venoclisis
16. Instrumental
17. Soluciones (Hartman, Mixta, Glucosa, Cloruro de sodio), diferentes mililitros y concentración

VIII. RECUPERACIÓN-HOSPITALIZACIÓN

1. Camas
2. Incubadora
3. Área de enfermería
4. Cocina
5. Cuarto séptico
6. Cuarto de ropa limpia
7. Carro rojo

8. Cuarto de ropa limpia
9. Esfigmomanómetro
10. Estetoscopio
11. Termómetro
12. Estuche de diagnóstico
13. Bote de basura municipal
14. Bote para RPBI
15. Carro de curaciones

ANEXO 2. LISTA DE COTEJO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

I. MEDICAMENTOS

1. Ácido acetilsalicílico, tabletas 500 mg.
2. Ácido fólico, tabletas 0.4 mg.
3. Albendazol, tabletas 200 mg.
4. Alibour polvo
5. Alopurinol, tabletas 100 mg.
6. Amalgama
7. Ambroxol comprimidos 30mg
8. Ambroxol 120ml
9. Amoxicilina 500mg/5ml suspensión
10. Amoxicilina-ácido clavulánico, suspensión oral 125 mg / 31.5 mg / 5 ml.
11. Ampicilina 500mg, tableta o cápsula
12. Ampicilina suspensión, 250 mg/ 5 ml.
13. Atropina, solución inyectable 1 mg/ml.
14. Benzatina bencilpenicilina, solución inyectable 1,200,000 UI / 5 ml.
15. Bencilpenicilina procaínica-bencilpenicilina cristalina 300,000 UI/100,000 UI/2 ml.
16. Bezafibrato 200mg, tableta
17. Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5%
18. Bitartrato de cinitaprida, comprimidos 1 mg.
19. Bitartrato de cinitaprida, solución oral 20 mg / 10 ml.
20. Butilioscina, grageas 10 mg.
21. Captopril, tabletas 25 mg.
22. Carbamazepina, tabletas 200 mg.
23. Cefalexina, tabletas o cápsulas 500 mg.
24. CEMENTO. dental para restauración intermedia de óxido de zinc.
25. CEMENTO. dental para uso quirúrgico, para sellar conductos radiculares.
26. Ciprofloxacino, tabletas o cápsulas 250 mg.
27. Claritromicina, tabletas 250 mg.
28. Clindamicina, cápsulas 300 mg.

29. Clioquinol, crema 30 mg / g.
30. Clorfeniramina, jarabe 0.5 mg / ml.
31. Clorfenamina, tabletas 4 mg.
32. Cloroquina, tabletas 150 mg (zonas endémicas).
33. Clortalidona, tabletas 50 mg.
34. Cromoglicato de sodio 3.6mg/100g.
35. Desogestrel o levonorgestrel y etinilestradiol, grageas 0.15 mg / 0.03 mg.
36. Diclofenaco, cápsulas o grageas de liberación prolongada 100 mg.
37. Dicloxacilina, cápsulas o comprimidos 500 mg.
38. Dicloxacilina, suspensión oral 250 mg / 5 ml.
39. Difenidol, solución inyectable 40 mg /2 ml.
40. Difenidol, tabletas 25 mg.
41. Digoxina, tabletas 0.25 mg.
42. Doxiciclina, cápsulas o tabletas 100 mg.
43. Electrolitos orales, polvo para solución 27.9 g.
44. Enalapril, lisinopril o ramipril, cápsulas o tabletas 10 mg.
45. Epinefrina (adrenalina) solución inyectable 1mg/1 ml.
46. Eritromicina, suspensión oral 250 mg / 5 ml.
47. Fenitoína, tabletas o cápsulas 100 mg.
48. Fenitoína, suspensión oral 37.5 mg / 5 ml.
49. Fenobarbital, tabletas 100 mg.
50. Fenobarbital, elixir 20 mg / 5 ml.
51. Fluoxetina, tabletas o cápsulas 20 mg.
52. Fresas para utilizarse en la pieza de mano de alta velocidad N° 34
53. Fresa para profilaxis corta esterilizable
54. Fresa de vaja velocidad quirurgica N° 703
55. Fumarato ferroso tabletas 200 mg.
56. Furosemida, tabletas 40 mg.
57. Glibenclamida, tabletas 5 mg.
58. Hidralazina, tabletas 10 mg.
59. Hidroclorotiazida 25mg, tab

60. Hidrocortisona, solución inyectable 100 mg / 2 ml.
61. Hidróxido de Aluminio y Magnesio, tabletas masticables, Al 200 mg, Mg. 200 mg o 447.3 mg.
62. Hidróxido de Aluminio y Magnesio, suspensión oral, AlOH 3.7 mg y MgOH 4 g o trisilicato de Mg 8.9 g/ 00 ml.
63. Indometacina, cápsulas. 25 mg.
64. Insulina humana de acción rápida regular, solución inyectable 100 UI/ml (mínimo 1 frasco).
65. Insulina humana acción intermedia NPH, solución inyectable 100 UI/ml
66. Isosorbida dinitrato, tabletas sublinguales 5 mg.
67. Itraconazol, cápsulas 100 mg.
68. Lidocaína, solución inyectable al 1% 500 mg/50ml.
69. Lidocaína, solución inyectable al 2% 1g/50 ml.
70. Losartan
71. Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol, suspensión inyectable 25 mg/ 5mg /0.5 ml.
72. Metamizol sódico, solución inyectable 1g / 2ml.
73. Metamizol sódico, comprimidos 500 mg.
74. Metformina
75. Metoclopramida, tabletas 10 mg.
76. Metoprolol, tabletas 100 mg.
77. Metronidazol, óvulos o tabletas vaginales 500 mg.
78. Metronidazol, suspensión oral 250 mg / 5 ml.
79. Metronidazol, tabletas 500 mg.
80. Miconazol, crema 20 mg / g.
81. Nafazolina, solución oftálmica 1 mg / ml.
82. Naproxeno, tabletas 250 mg.
83. Nifedipino, comprimidos de liberación prolongada 30 mg.
84. Nistatina, óvulos o tabletas vaginales 100000 UI.
85. Nistatina suspensión 100 000 UI / ml.
86. Nitrofurantoína, suspensión oral 25 mg / 5 ml.

87. Nitrofurantoína, cápsulas 100 mg.
88. Nitrofurazona, óvulos 6 mg.
89. Omeprazol 20 mg
90. Omeprazol solución inyectable
91. Oxido de zinc, pasta 25 g / 100 g.
92. Paracetamol, solución oral 100 mg / ml.
93. Paracetamol, tabletas 500 mg.
94. Pasta para profilaxis dental abrasiva con abrasivos blandos.
95. Plantago psyllium, polvo 49.7 g / 100 g.
96. Prednisona, tabletas 5 mg.
97. Propranolol, tabletas 40 mg.
98. Ranitidina, jarabe 150 mg / 10 ml.
99. Ranitidina, tabletas o grageas 150 mg.
100. Resinas
101. Salbutamol, suspensión aerosol 20 mg / inhalador con dosis de 100 µg.
102. Senósidos A-B, tabletas 8.6 mg.
103. Suero antialacrán, solución inyectable y diluyente 5 ml (zona endémica).
104. Suero antiviperino, solución inyectable y diluyente 10ml (zona endémica).
105. Sulfacetamida, solución oftálmica 0.1 g / ml.
106. Teofilina, comprimidos o tableta de liberación prolongada 100 mg.
107. Trimetoprima-sulfametoxazol, suspensión oral 40 mg / 200 mg / 5 ml.
108. Trimetoprima-sulfametoxazol, tabletas o comprimidos 80 mg / 400 mg.
109. Vitaminas polivalentes y minerales tabletas o comprimidos
110. Vitamina A, C, D, solución
111. Vitaminas polivalentes y minerales, jarabe
112. Valproato de magnesio, tableta con cubierta entérica 185.6 mg. (en presencia de casos).
113. Valproato de magnesio, solución oral 186 mg/ml. (presencia de casos).
114. Yeso para uso odontológico

II. ÁREA DE ALMACÉN

1. Abatelenguas
2. Agua oxigenada
3. Agujas (diferentes calibres)
4. Alcohol
5. Algodón
6. Benzal
7. Espejo vaginal
8. Gasas
9. Gel antibacterial
10. Gel para explorar
11. Guantes estériles (diferentes números)
12. Guantes de látex (diferentes números)
13. Jabón quirúrgico
14. Jeringas para insulina
15. Jeringas (diferentes ml)
16. Solución glucosada al 5%
17. Solución Hartman
18. Solución Salina
19. Sonda Foley
20. Sonda Nasogástrica
21. Sutura Catgut
22. Suturas nylon
23. Tela Adhesiva
24. Vendas
25. Yeso

III. ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA

1. Vacuna antipoliomielítica Oral trivalente tipo Sabin
2. Vacuna BCG. Con diluyente de 1.0
3. Vacuna BCG. Con diluyente de 0.5

4. Recombinante contra Hepatitis B
5. Pentavalente
6. Vacuna contra Rotavirus
7. Vacuna antineumocócica
8. Vacuna antineumocócica 13 valente
9. Vacuna anti influenza
10. Vacuna anti influenza
11. Vacuna triple viral (SRP)
12. Vacuna DPT
13. Vitaminas (Polivitaminas) y minerales