



Instituto Nacional
de Salud Pública | 2012

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC)

SÍNTESIS EJECUTIVA

Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, Morelos, México
Noviembre de 2012

Introducción

La creciente prevalencia y mortalidad por diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA), la enorme carga financiera que genera el tratamiento de estos padecimientos y los pobres resultados de las estrategias de atención impulsaron la creación, dentro de la Secretaría de Salud (SSa) y los Servicios Estatales de Salud (SESA), de las llamadas Unidades de Especialidades Médicas dedicadas a la atención de enfermedades crónicas (UNEMES-EC). Su objetivo principal es contribuir a prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles (ENT) de mayor prevalencia en México, haciendo uso de un modelo innovador que busca garantizar la atención integral y multidisciplinaria de las personas afectadas por dichas enfermedades, con lo que se espera contribuir en el control de la saturación y costos en el nivel hospitalario. Las primeras UNEMES-EC se pusieron en marcha en 2007 y a finales de 2011 ya había en el país 83 de estas unidades distribuidas en 29 entidades federativas.

A cuatro años de la puesta en marcha de este proyecto, se consideró pertinente evaluar la operación y resultados de las UNEMES-EC y su innovador modelo de atención. Esta síntesis presenta los resultados más relevantes de esta evaluación.

Objetivo

Evaluar el desempeño del modelo de atención multidisciplinaria y de extensión de buenas prácticas para el tratamiento de enfermedades crónicas implementado en las UNEME-EC.

Metodología

Se obtuvo información a partir de una muestra aleatoria de 30 UNEME-EC distribuidas en 21 entidades federativas. Los instrumentos que se utilizaron para recolectar la información fueron los siguientes:

- *Cuestionario de satisfacción y surtimiento de recetas de pacientes de las UNEMES-EC.* Se aplicó mediante entrevista directa a 1200 pacientes después de su consulta médica en la unidad.
- *Cuestionario para evaluación de expedientes clínicos de las UNEMES-EC.* Se recolectó información de 1738 expedientes.

- *Cuestionario de unidades médicas UNEMES-EC.* Se aplicaron 31¹ cuestionarios para obtener información sobre infraestructura, equipamiento y abasto de medicamentos, entre otros temas.
- *Entrevista de éxito y viabilidad del modelo.* Se entrevistó a los responsables estatales del programa UNEMES-EC en 28 entidades federativas.

Resultados

1. Efectividad clínica

Los diagnósticos más frecuentes en la muestra de expedientes fueron la DM (37%) y el síndrome metabólico (SM) (29%), y la presencia concomitante de DM e HA (13%). Para analizar el nivel de éxito clínico de las UNEMES-EC, se analizaron diversos biomarcadores cuyos valores reflejan el nivel de control de la enfermedad alcanzado durante la atención. A continuación se reportan los resultados de los tres padecimientos con mayor prevalencia en la muestra analítica.

Pacientes con DM

Se observó una reducción de 1.5 puntos porcentuales en los valores de hemoglobina glucosilada sin diferencias entre hombres y mujeres (Cuadro I). La reducción en los niveles de glucosa en ayuno fue mayor en las mujeres (43.9 mg/dL) que en los hombres (27.1). En los indicadores de microalbuminuria y creatinina, las reducciones fueron modestas y con baja significancia estadística.

Pacientes con HA

Se encontró una reducción promedio de 9.2 mmHg en la presión sistólica de los hombres y de 12.2 en las mujeres. La reducción en la presión diastólica también resultó significativa en magnitud y estadísticamente. El cambio en la micro-albuminuria resultó no significativa y en los hombres su valor incluso aumentó (en promedio 2.5 mg/dL). Los cambios en los valores de la creatinina no fueron significativos.

¹ Se aplicaron 31 cuestionarios de unidad porque una de las UNEME-EC contaba con dos turnos atendidos por equipos independientes.

Cuadro I

Cambio en los biomarcadores de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tratados en UNEMES-EC, México 2012

	Hombres					Mujeres				
	N	Inicial	Final	Cambio	p-val	N	Inicial	Final	Cambio	p-val
Peso (kg)	160	75.7	76.3	0.6	0.037	426	67.5	67.8	0.3	0.054
IMC (kg/m ²)	160	28.0	28.2	0.2	0.064	426	29.0	29.2	0.2	0.045
Circunferencia de cintura (cm)	162	97.1	96.2	-1.0	0.064	422	94.7	93.5	-1.2	0.011
% de hemoglobina glucosilada (HbA1c)	138	9.2	7.7	-1.5	0.000	367	9.6	8.1	-1.5	0.000
Glucosa sérica en ayuno (mg/dl)	159	181.0	154.0	-27.1	0.000	401	200.5	158.0	-43.9	0.000
Microalbuminuria (mg/dl)	41	33.8	28.4	-4.6	0.296	94	23.4	16.8	-6.0	0.042
Creatinina (mg/dl)	65	1.0	0.8	-0.02	0.626	188	0.9	0.7	-0.13	0.163

Pacientes con SM

La reducción en el porcentaje de hemoglobina glucosilada en los pacientes hombres con SM fue de 1.5 puntos porcentuales. En el caso de las mujeres, la reducción promedio fue de 0.9 puntos porcentuales (menor a la reducción encontrada en las mujeres diabéticas [1.3 puntos]). El cambio en la concentración de glucosa en ayuno fue mayor en los hombres (35 mg/dl) que en las mujeres (15 mg/dl).

El cambio en la presión arterial (5.2 en los hombres y 7.2 mmHg en las mujeres [sistólica]) en los pacientes con SM fue menor en magnitud al compararse con los pacientes hipertensos puros, con la salvedad de que los valores medios iniciales para estos indicadores fueron menores que en el grupo de sólo hipertensión. En el biomarcador de triglicéridos en sangre encontramos reducciones significativas, aunque los valores medios finales entre hombres y mujeres permanecen en el grupo de descontrol si se considera como punto de corte 150 mg/dL. En el caso del colesterol total en sangre, los valores medios iniciales para hombres y mujeres se ubicaron justo por debajo de la cifra de control (<200 mg/dl) y la reducción fue modesta pero significativa estadísticamente.

Sólo los expedientes de pacientes del sexo masculino mostraron cifras de descontrol en micro-albuminuria al inicio de su atención en las UNEMES-EC (35.1

mg/dl). La reducción promedio los ubica justo por debajo de la línea de corte (<30 mg/dl para la medición en 24 hrs). Asimismo, sólo los hombres mostraron niveles de descontrol iniciales en el biomarcador de creatinina (1.5 mg/dL). La reducción media (0.3) aunque no es significativa estadísticamente, sigue ubicando al paciente promedio en el grupo de descontrol si se toma el punto de corte de 1.3 mg/dl para el sexo masculino.

Reducción del Índice de Masa Corporal

Se ha encontrado que una reducción de 5% en el índice de masa corporal (IMC) tiene efectos clínicos visibles. Ayuda, por ejemplo, a reducir la presión arterial. Con la información de los expedientes clínicos se calculó el porcentaje de pacientes que lograron esta reducción. Los pacientes con HA “pura” y obesidad fueron quienes resultaron más exitosos en el control de su peso. El grupo de pacientes menos favorecido en la reducción del IMC fueron los diabéticos: sólo 13.6% de ellos lograron reducir y mantener al menos 5% su IMC.

2. Caracterización de la demanda de las UNEMES-EC

En promedio, los pacientes con DM y HA concomitante exhibieron la mayor longitud de tiempo de atención (12.2 meses). El grupo de pacientes con dislipidemia mostró la atención promedio más corta, 9.6 meses. En promedio, los pacientes de las UNEMES-EC se han atendido durante 11.3 meses, valor cercano al que establece el modelo teórico de atención como plazo máximo para alcanzar cifras de control (un año).

Para valorar la “intensidad” de la atención en las UNEMES-EC, se construyó un indicador de promedio de consultas por paciente para cada tipo de profesional de la salud. Se observó que el profesional más involucrado en la atención del paciente es el médico tratante (8.8 consultas por paciente durante toda su estancia en la unidad). El menor valor de este indicador se encontró en los psicólogos, que otorgan una media de 6.4 consultas por cada paciente atendido.

A nivel unidad, se recabó información sobre el número de pacientes atendidos en los últimos tres meses, a fin de dimensionar el tamaño de la demanda de servicios y el flujo de éstos hacia otras instancias de atención. Encontramos que, en promedio, se atendieron 586 pacientes por UNEME-EC en los 90 días previos al trabajo de campo, 450 de los cuales eran subsecuentes. Una media de 12 pacientes subsecuentes fue referida al segundo nivel y una media de dos al primer nivel. Los resultados muestran que cada día se atiende un promedio de 1.5 pacientes de primera vez en cada una de las unidades visitadas. Finalmente, es importante mencionar que 94% de los pacientes atendidos en las UNEMES-EC cuentan con afiliación al Seguro Popular.

3. Abasto de medicamentos y surtimiento completo de recetas

Doce de las 31 unidades analizadas cuentan con servicio tercerizado de farmacia. En general, los almacenes de las farmacias de las unidades analizadas son surtidos 1.6 veces al mes. 77.4% de las farmacias cuentan con un mecanismo para solicitar medicamentos de manera urgente. El tiempo medio de respuesta mencionado por los responsables de las unidades fue menor a una semana. Estos resultados sugieren que el abasto de medicamentos es bueno. Sin embargo, la información sobre existencias en inventarios sugiere deficiencias en la disponibilidad de medicamentos esenciales para el tratamiento de las principales enfermedades que atienden las UNEMES-EC.

Se les preguntó a los pacientes si en su última consulta médica les habían prescrito medicamentos. A quienes respondieron afirmativamente, se les preguntó si esta receta había sido surtida íntegramente. En uno de cada cuatro pacientes la receta no se había surtido en forma completa, siendo las carencias más destacables las de la metformina y el bezafibrato.

Sólo 13.3% de las UNEMES-EC cuentan con abasto completo de la lista de 17 medicamentos esenciales descritos en sus manuales de operación. Se observó una diferencia al desagregar este indicador por el estatus de responsabilidad de la operación de la farmacia. El cumplimiento fue mayor en aquellas en las que el servicio de farmacia estaba concesionado (18.2% versus 10.5% en las unidades en las que el servicio de farmacia lo operaban los SESA).

35% de los pacientes tuvieron que comprar alguna vez medicamentos con dinero de su bolsillo por desabasto en las UNEMES-EC. El gasto promedio reportado fue de \$205.00, que equivale a 3.4 salarios mínimos diarios.

4. Sistemas de referencia y contrarreferencia

Dieciocho unidades reportaron que sus pacientes frecuentemente son referidos de centros de salud y 12 que siempre son referidos del primer nivel. Once reportaron que sus pacientes rara vez son referidos del segundo nivel y 12 reportaron que esto último nunca ocurre.

26% de las unidades refirieron principalmente a sus pacientes al segundo nivel por presencia de datos de insuficiencia renal, 29% reportaron como causa de referencia lesiones que requerían de atención hospitalaria y 22% de las unidades refirieron a sus pacientes para revisión oftalmológica.

5. Fortalezas y debilidades del modelo de recursos humanos

Sólo 28% del personal de las UNEMES-EC tiene contrato de base. Resalta la baja proporción de nutriólogos que trabajan bajo esta modalidad (7%). El segundo esquema de dependencia laboral más prevalente fue el contrato eventual. La antigüedad promedio del personal fue de 2.4 años.

Los médicos con base ganan \$21,568 brutos al mes, mientras que los eventuales ganan \$18,721. El profesional de salud con menor salario es la trabajadora social, que percibe un sueldo de \$9,144 mensuales en promedio.

Para valorar la percepción del personal acerca de los incentivos y desincentivos en el trabajo se preguntó a los colaboradores de las UNEMES-EC que escogieran de una lista predeterminada los dos atributos más valorados de su trabajo. De la misma lista escogieron también los menos valorados. Los dos atributos laborales más valorados por el personal de las UNEMES-EC fueron el modelo de atención (46% frecuencia relativa global) y la capacitación (31%). En sentido opuesto, los que fueron seleccionados como los atributos más negativos fueron las prestaciones sociales, seguidos de la carga de trabajo y el salario.

6. Concordancia entre las UNEMES-EC en funcionamiento y el modelo teórico propuesto

Casi la mitad de las unidades reportaron referir al segundo nivel a los pacientes que no alcanzan cifras de control en los 12 meses posteriores al ingreso. 10 unidades contra-refirieron a sus pacientes a los centros de salud tras este plazo. Finalmente, seis de reportaron mantener el tratamiento en la UNEME-EC.

97% de los pacientes con DM cuentan con registro de exploración de pies. El mismo porcentaje se encontró en los pacientes con SM. Esta exploración se hizo en 95% de los pacientes con DM e HA.

Al momento de la medición, se encontró que todas las unidades contaban con al menos un médico tratante. Cinco unidades contaban con dos médicos y ninguna contaba con tres o más. 23 de las 31 UNEMES-EC visitadas contaban con equipo completo de profesionales de la salud.

Los médicos ven un promedio de 7.1 pacientes diarios, seguidos por los nutriólogos, con 5.5 consultas, y los psicólogos, con 4.7.

Diez de las unidades inician sus operaciones a las 7:00 AM, cuatro a las 7:30 AM y 17 a las 8:00 AM.

Sólo dos de las unidades visitadas contaban con equipo y mobiliario completos. El equipo que faltaba con mayor frecuencia fue el equipo de detección de micro-albuminuria (ausente en 61.3% de los casos), seguido por el verificador para esfigmomanómetros (38.7%) y el equipo de impedancia-cardiografía (25.8%).

7. Grado de éxito de las UNEMES-EC como centros de extensión de buenas prácticas clínicas

Las UNEMES-EC visitadas realizaron un promedio de cuatro sesiones de nutriología y cuatro sesiones de psicología por mes. Los equipos de actividad física y enfermería

otorgaron un promedio de tres pláticas por mes y el de trabajo social, dos. Las sesiones menos concurridas fueron las de activación física, con 11 asistentes promedio por plática.

Todas las UNEMES-EC cuentan con evidencia de listas de asistencia a talleres o pláticas, aunque muy pocas documentan el contenido de las pláticas o talleres.

En los últimos seis meses, las UNEMES-EC visitadas capacitaron en su modelo de atención a un promedio de 26 médicos de centros de salud.

En cuanto a las actividades en comunidad, se realizó en promedio una actividad por mes en centros comunitarios (escuelas, centros de trabajo o parroquias). En el último semestre se captó un promedio por unidad de 174 pacientes en la comunidad para tamizaje de DM o HA.

8. Viabilidad a largo plazo del modelo de UNEMES-EC

Todos los responsables entrevistados mencionaron la capacitación que otorgó el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) para el arranque del modelo de atención. Asimismo, en todas las entidades se reportó haber difundido los mecanismos de referencia y promocionado las UNEMES-EC en las jurisdicciones y centros de salud aledaños.

En cuanto a las barreras que se observaron para la implementación de las unidades, en cuatro estados se mencionó que la ubicación del terreno fue el obstáculo más importante.

En 16 estados (59%) se reportó que el recurso para la implementación de las UNEMES-EC (terreno, edificio y equipamiento) provino de fuentes estatales y federales. En 10 estados se reportó que el recurso fue solamente federal y sólo

en Tlaxcala el recurso provino de fondos estatales. En ocho entidades (30%) se reportó haber recibido apoyo del Seguro Popular para la implementación de las UNEMES-EC. 14 entidades (52%) reportaron que no existió tal apoyo y el restante 18% reportaron no tener conocimiento sobre este punto.

Con respecto a las fuentes de financiamiento para la operación regular de las unidades (salarios, insumos y mantenimiento), se encontró que en 12 entidades (44%) se financian con fondos mixtos, 13 con fondos estatales y el resto con financiamiento únicamente federal. En 11 entidades se reportó que existe aportación para salarios del Seguro Popular.

9. Percepción de los usuarios de las UNEMES-EC sobre la calidad de los servicios proporcionados

72% de los pacientes entrevistados respondieron que el padecimiento principal por el que se atendían en las UNEMES-EC era la DM, 18% por HA y 7% por obesidad.

La edad promedio de la muestra fue 52.4 años y de nuevo encontramos que el grupo de menor edad era el de los pacientes con obesidad (41.8 años). 76% de la muestra perteneció al sexo femenino.

90% de los pacientes reportaron haber sido atendidos por todo el equipo multidisciplinario. Para los pacientes con obesidad, este indicador se ubicó en 74%. Un alto porcentaje (96.3%) de los pacientes reportó que su estado de salud ha mejorado a partir de que se atienden en las UNEMES-EC y 93.2% consideran que la atención es mejor en estas unidades que donde se atendían antes. La calificación media que los pacientes otorgaron a la atención recibida en la UNEME-EC fue 9.8, aunque en San Luis Potosí alcanzó 10.

En cuanto a la satisfacción de los usuarios, destaca que 90.4% de los pacientes recomendarían a otros pacientes las UNEMES-EC para atención de alguna enfermedad crónica como DM y HA.

Casi la totalidad (97%) de los pacientes refirió que se les había explicado de una manera detallada cada aspecto de la atención en las UNEMES-EC. Como una forma de corroborar este dato, a los pacientes entrevistados se les preguntó si conocían los niveles de control para su padecimiento. Al preguntarles los valores normales de presión, 46% de las mujeres respondieron de manera correcta a la pregunta sobre presión sistólica y 42% a la pregunta sobre presión diastólica. La proporción de pacientes que respondieron conocer correctamente el valor normal de glucosa en ayuno fue similar entre mujeres y hombre (46 y 43, respectivamente).

El tiempo de espera reportado por los pacientes para recibir consulta fue de 19 minutos. Se les preguntó también sobre cuánto tiempo pasan en la unidad cada vez que acuden a consulta, y este valor promedió 2.4 horas.

A nivel general, 17% de los pacientes deben faltar a su trabajo y pierden esos ingresos cada vez que acuden a la UNEME-EC para atención. Esta proporción fue distinta entre hombres (36.4%) y mujeres (10.8%).

La cantidad media en pesos mexicanos del gasto en transporte y comida que reportan realizar los pacientes cada vez que acuden a la UNEME-EC fue de \$51.50 pesos. La calificación que dieron los pacientes a la infraestructura fue 9.5.

Conclusiones

Este estudio encontró que las UNEMES-EC alcanzan mayores porcentajes de control de pacientes diabéticos e hipertensos que las unidades promedio del país, aunque los porcentajes de pacientes diabéticos bajo control están lejos de las cifras alcanzadas por Chile, que es un país con condiciones socio-económicas similares a las de México (Cuadro II). Destacan los porcentajes de control de los pacientes hipertensos, que son mayores incluso que las reportadas por el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (Cuadro II).

Cuadro II

Porcentajes de pacientes diabéticos e hipertensos bajo control en México (en distintos momentos), Reino Unido y Chile.

Biomarcador	México 2006 ¹	México 2012 ²	México, UNEMES-EC 2012 ³	Reino Unido 2012 ^{4,5}	Chile 2009 ⁶
HbA1c	5.29	25.0	28.7	63.3	34.32
Presión arterial	56.8	50.9	64.2	54.0	16.49

¹ Villalpando S, de la Cruz R, Shamah-Levy T, Avila MA, Gaona B, Robollar R, et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexico adult population: a probabilistic survey. *Salud Publica Mex* 2010;52(suppl 1):S19-26.

² Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca, Morelos, 2012.

³ Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera J, Villalpando S, Rodríguez-Gilabert C, Durazo-Arvizú R, et al. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Publica Mex* 2010;52(suppl 1):S63-71.

⁴ State of the Nation 2012. Diabetes UK Organisation Reports. Disponible en: <http://www.diabetes.org.uk/Documents/Reports/State-of-the-Nation-2012.pdf>. Consultado el 1° de noviembre de 2012.

⁵ Health Survey for England 2009. Health and Lifestyles. Disponible en: http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/003_Health_Lifestyles/hse09report/HSE_09_Volume1.pdf. Consultado el 1° de noviembre de 2012.

⁶ Ministerio de Salud, Chile. Encuesta Nacional de Salud de Chile 2009-2010. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile, 2010.

En los pacientes con DM pura y asociada a algún otro padecimiento se encontró que 37% logró cifras de control de glucosa en ayuno. Al utilizar como criterio de control la hemoglobina glucosilada, el porcentaje de éxito en los pacientes se reduce a 28.7%.

El desempeño en materia de HA fue mucho mejor: cerca de 65% de los pacientes atendidos alcanzaron cifras de control, porcentaje muy superior al reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 para todas las unidades del país, que fue de 50.9%.

También se observa una importante reducción en el índice de masa corporal (IMC), en especial en los pacientes con HA y obesidad. Cerca de la mitad de los pacientes obesos redujeron su IMC al menos 5% entre la primera medición registrada en el expediente y las mediciones sucesivas durante el proceso de atención, y siete de cada 10 lograron mantener esta reducción en la última medición que se recuperó de sus expedientes.

En cuanto a la demanda de servicios de las UNEMES-EC, se encontró una amplia variabilidad en la afluencia de pacientes, en muchos casos explicada por la ubicación física de la unidad dentro de los centros de población. No obstante, encontramos que en los últimos tres meses, se ha atendido a un promedio de 1.5 pacientes de primer contacto por día. 94% de los pacientes cuentan con afiliación al Seguro Popular.

Doce de 31 unidades analizadas cuentan con servicio tercerizado de farmacia. En general, éstas unidades exhibieron mejores niveles de abasto completo de

medicamentos que aquellas operadas por los mismos Servicios Estatales de Salud. No obstante, el cumplimiento general fue muy bajo, ya que sólo 13% de las UNEMES-EC cuentan con los 17 medicamentos esenciales descritos en el catálogo del CAUSES. Los medicamentos con menor existencia en las farmacias de las UNEMES-EC fueron el ibersartán, la insulina giargina, el isosorbide, la furosemida y el propranolol. Los medicamentos surtidos con menor frecuencia a los pacientes fueron la metformina, el bezafibrato, el ácido-acetil-salicílico y la hidroclorotiazida.

35% de los pacientes entrevistados tuvieron alguna vez que gastar de su bolsillo para comprar de medicamentos por desabasto en la unidad y 25% de los pacientes no surtió su receta completa en la última consulta médica. El gasto promedio reportado por eventos de desabasto en la unidad equivale a 3.4 salarios mínimos diarios.

Este estudio encontró indicadores de buen apego al modelo teórico de atención así como desviaciones menores en lo que se refiere al perfil de pacientes atendidos. Sólo 20% de los pacientes hiperglucémicos llegaron a la unidad con cifras de control ($<7\%$ HbA1c). En contraste, 60% de los pacientes hipertensos registraron en su primer nota médica niveles de presión arterial sistólica menores a 140 mmHg. También se encontró que 48% de las unidades reportó que la principal acción tomada por las UNEMES-EC fue referir al paciente al segundo nivel si su control metabólico no mejoró después de los 12 meses de plazo teórico de tratamiento en la unidad. La principal causa de referencia al hospital fue la presencia de lesiones, seguido de datos de insuficiencia renal. También una proporción importante reportó la revisión oftalmológica como criterio de interconsulta.

97% de los pacientes con DM y SM mostraron registros de exploración de pies y 90% reportaron haber sido atendidos por el equipo multidisciplinario completo.

De manera uniforme, al personal que labora en las unidades analizadas se manifestó motivado por el modelo de atención y la capacitación que se le otorga. Los atributos menos valorados por los colaboradores, esto es, los aspectos de su trabajo que actúan como incentivos negativos, fueron el salario y las prestaciones sociales.

Se encontraron algunas deficiencias en el equipamiento de las UNEMES-EC, principalmente en el equipo para detección de micro-albuminuria y el impedanciocardiógrafo.

Los resultados de este estudio también sugieren que las UNEME-EC están funcionando adecuadamente como centros de extensión de buenas prácticas. En los últimos seis meses se brindó una media de 3.5 pláticas o talleres por especialidad (nutrición, psicología, actividad física, enfermería y trabajo social). La asistencia promedio a cada taller fue de 13 pacientes. Se reportó actividad regular de capacitación con médicos de centros de salud y actividades comunitarias.

Este trabajo reveló excelentes niveles de satisfacción del paciente con respecto a la calidad de los servicios que brindan las UNEMES-EC. 90% de los pacientes recomendarían o han recomendado a otros pacientes acudir a las UNEMES-EC para el

tratamiento de alguna enfermedad crónica y 96% percibieron mejoría en su estado de salud desde que se atienden en la unidad.

Los buenos resultados clínicos y los altos niveles de satisfacción tienen diversas explicaciones: el adecuado equipamiento de las unidades, el contar con un equipo multidisciplinario completo, el carácter integral del modelo y su adecuada implementación. Parte del éxito también puede atribuirse al buen desempeño de los responsables estatales del programa, que están bien capacitados y al tanto de los problemas cotidianos de las UNEMES-EC, así como a la continua coordinación y supervisión que el CENAPRECE ejerce como instancia federal. El equipo federal que monitorea desde este centro el trabajo de las UNEMES-EC cuenta con especialistas en salud pública, nutrición y psicología y, de acuerdo con los reportes recogidos en este ejercicio, han desempeñado efectivamente sus labores de inducción, motivación y control sobre el proyecto de implementación de las UNEME-EC.

Recomendaciones

Los resultados de este estudio indican que las UNEMES-EC están en camino de lograr las metas que se plantearon. Las siguientes recomendaciones pueden ayudar a mejorar la operación y sustentabilidad del modelo.

1. Mejorar el proceso de captación de pacientes en centros de salud y en la comunidad fortaleciendo las actividades de *outreach* en clínicas y espacios comunitarios.
2. Fortalecer sobre todo la atención de los pacientes con DM, mejorando el abasto de medicamentos hipoglicemiantes y de insulina, y revisando los criterios de tratamiento, incluyendo el manejo del sobrepeso, para así contar con porcentajes de pacientes controlados mayores de 30%, que son las cifras que, dadas las ventajas de estas unidades, deberían poderse alcanzar sin problema.
3. Mejorar el abasto de reactivos diagnósticos y medicamentos mediante el reporte de incidencias de desabasto al responsable estatal y a la coordinación federal del CENAPRECE. La disponibilidad de los 17 medicamentos de la lista esencial de las UNEMES-EC debe ser de 100%.
4. Revisar a nivel local los mecanismos de referencia y contra-referencia de pacientes, así como la comunicación con el primer y segundo nivel, para así garantizar una adecuada continuidad en la atención de los pacientes que llegan a las UNEMES-EC.
5. Revisar las capacidades con las que deben contar los médicos contratados para trabajar en las UNEMES-EC para así garantizar que pueden atender de manera exitosa a los pacientes con DM, HA, SM y sobrepeso/obesidad. Debe contemplarse como requisito el haber cursado la especialidad en medicina integral, medicina familiar o medicina interna.

6. Diseñar y poner en operación un plan de carrera y homologación de sueldos en las UNEMES-EC.
7. Revisar los criterios de ubicación geográfica de las nuevas UNEMES-EC para así reducir los altos tiempos y costos de traslado de los pacientes asociados a la lejanía de dicha unidades en número muy alto de entidades federativas.
8. Ampliar los horarios de atención de las UNEMES-EC para permitirle a los pacientes diabéticos, hipertensos y con sobrepeso que trabajan en horarios matutinos acceder a la atención que ofrecen estas unidades.
9. Evaluar los niveles de control y los costos de atención de los pacientes con DM e HA en centros de salud para compararlos con los de las UNEMES-EC. De esta manera se puede dimensionar el costo-efectividad relativo de la atención que se brinda como criterio primordial para la continuidad del modelo.
10. Utilizar los indicadores del marco teórico de este estudio para diseñar un “tablero de control” para el monitoreo del progreso en las metas clínicas y organizacionales de las UNEMES-EC.