



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

Síntesis Ejecutiva

En 1978 los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (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 en Salud, llevada a cabo en Alma Ata, URSS. A partir de entonces, diversos países han modificado sus sistemas de salud para ajustarse a las características que propone el modelo de Atención Primaria en Salud (APS). Aquellas naciones que actuaron con prontitud han progresado tanto a nivel de práctica como de estructura; tal es el caso de los países nórdicos, el Reino Unido, España e Italia. En Latinoamérica, países como Chile y Cuba muestran que aún es posible mejorar el nivel de salud poblacional a partir de las estrategias propuestas por dicho modelo.

Barbara Starfield, una de las principales teóricas de la APS, definió este tipo de atención 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 continua con los pacientes –de la cuna a la tumba– y practicando en un contexto amplio que acoge a la familia y la comunidad. Entendida así, la APS resulta ser el elemento clave para 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 comunes y que debido a su bajo nivel de complejidad es factible resolverlos por medio de atención ambulatoria, basada en una combinación de acciones y recursos de poca complejidad técnica.

La evidencia científica demuestra que gracias a su carácter preventivo y de promoción de 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.

En México existe un gran número de unidades médicas de atención primaria, muchas de las cuales se encuentran en zonas de alta marginación, localidades remotas y rurales. Estas unidades representan la única alternativa de atención para la mayor parte de la población mexicana de bajos recursos. Varios estudios han dado cuenta de que este primer nivel de atención médica presenta problemas en su capacidad resolutive, en la eficiencia y en la calidad del servicio. Además, se han reportado diversos impedimentos para la integración de redes de servicios, como la definición de prioridades a corto plazo y de manera fragmentada, con excesiva focalización de los programas para el control de enfermedades prioritarias, al mismo tiempo que sobresale la falta de recursos que limita la capacidad de atención en la unidades, aunada a la carencia de algunos insumos, como los medicamentos. Por otro lado, la calidad de la atención también depende de que exista la infraestructura necesaria para poder dar la atención que requiere la población, incluyendo el control de enfermedades crónicas.

Con el fin de dar respuesta a esta problemática, en los últimos años se puso en práctica en México un nuevo modelo de atención a partir de la creación de unidades con una mayor cartera de servicios. Aumentando la capacidad resolutive, se pretendió dar una mejor respuesta a las necesidades de los usuarios y, a la vez, fortalecer la integración de los servicios. Estas unidades de atención se llaman Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) y Centros Avanzados de Atención Primaria a la Salud (CAAPS). Según datos del Sistema Nacional de Salud, hasta junio del año en curso existían 59 CESSA y 85 CAAPS en operación.

El presente estudio se planteó establecer cuál es el nivel de desempeño de estas unidades, si han cumplido con los objetivos para los cuales fueron creadas y cómo se han integrado a la red de servicios, de tal suerte que sea posible determinar si pueden funcionar como centros modelos para una reforma integral del primer nivel de atención.

Tras una revisión histórica y conceptual de la APS, presentada en el capítulo 1 del presente trabajo en el capítulo 2 se describen las características metodológicas de la evaluación. El estudio se abordó desde una metodología

mixta, con componentes cuantitativos y cualitativos. Se describen los diferentes componentes incluidos así como los once instrumentos diseñados para cada componente.

La cobertura de las unidades estudiadas se aborda en el capítulo 3. Con respecto a la cobertura poblacional se encontró que cumple con el objetivo normativo, pues oscilan entre 20 mil y 30 mil habitantes por centro. En relación con la cobertura geográfica, se observó que existe la microrregionalización operativa necesaria para ubicar los centros. La cobertura total no ha sido alcanzada debido a limitantes de otra naturaleza, principalmente por falta de recursos humanos.

En el capítulo 4 se presentan los resultados relativos al modelo de servicios, que abarca datos acerca de las áreas y servicios de los centros, la demanda y oferta de los servicios de salud, la gestión de citas y la satisfacción ante los servicios brindados. En primera instancia, se encontraron grandes diferencias en los materiales disponibles, los servicios ofrecidos y las áreas de atención con las que cuentan los centros. Un hallazgo que merece mención es que ninguno de los centros contó con el 100% de las áreas y servicios evaluados; mientras que todos contaron con áreas de consulta externa, urgencias, medicina preventiva, estomatología, farmacia, dirección y caja, aunque su funcionamiento fuera parcial. Los servicios que se encontraron con menor frecuencia fueron gineco-obstetricia (17%) y mastografía y telemedicina (8%).

En relación con la demanda, ésta está dominada por los adultos, mujeres con enfermedades crónico-degenerativas y por la atención de IRAs y EDAs en menores de edad, con variaciones debidas a la geografía. En general, la demanda excede a la oferta de servicios principalmente por un déficit de personal médico, en especial, especialistas. La principal conclusión es que una de las modificaciones necesarias para que estos modelos funcionen, es la inclusión de una plantilla de personal calificado suficiente para atender las necesidades de la población, ya que de no ser así, aunque se disponga de la infraestructura, la atención siempre será limitada.

Respecto a la gestión de citas se encontró una ausencia de uniformidad en los procedimientos, cada Centro se organiza con base en volumen de la demanda, la disponibilidad de personal y en la productividad que cada médico debe cumplir. Esta falta de uniformidad también se observó en otros rubros como el de la referencia y la contrarreferencia y el uso de guías de práctica clínica

La evaluación del modelo de servicios (capítulo 4) también comprendió la aplicación de entrevistas basadas en el modelo de APS de Strafield mediante las cuales se estudió la percepción de la calidad de los servicios de atención primaria por parte de la población usuaria y la potencialmente usuaria, esto es habitantes de la zona de influencia de cada centro que al momento de la entrevista no eran usuarios activos. En las entrevistas a la población usuaria se encontró que el 93% de los usuarios cuenta con Seguro Popular. De ellos, el 83% reporta que los centros sólo se encuentran abiertos entre semana, limitando el acceso a los servicios. La mitad de los usuarios obtienen un trato personal de parte de los médicos. El desabasto de medicamentos es el principal problema de los centros, pues produce falta de apego al tratamiento, lo que resulta importante porque 85% de los usuarios padece enfermedades crónico degenerativas. Los usuarios perciben que los largos tiempos de espera son el segundo problema de importancia de los centros estudiados. A pesar de estas dificultades, la mayoría de los usuarios se sienten satisfechos con la atención recibida, aunque cabe hacer notar que sólo el 5.8% acude al centro porque la atención mejora su salud, mientras que el 60% acude porque tienen Seguro Popular y esos centros son su única opción para recibir atención médica.

En las entrevistas a población usuaria potencial se encontró que la mayoría de los encuestados conocía y usaba los centros de salud, a pesar de la atención brindada no fuera de su completo agrado. En las localidades donde había mayor oferta de servicios, dependiendo del poder adquisitivo de los usuarios, preferían hacer uso de otros servicios. Con respecto a la calidad de la atención brindada por médicos y enfermeras, se encontró una importante variabilidad entre los centros de salud. Hubo una mejor percepción promedio en las unidades de Chihuahua, Guanajuato y Tabasco, sin embargo su calidad aún se encontró por debajo del

promedio ideal. Los principales rasgos que demeritan la calidad de la atención son el tiempo de espera, la relación médico-paciente, el abasto y surtimiento de medicamentos, entre otros. Al comparar CAAPS con CESSA, resultó que la percepción de la calidad de la atención en los primeros fue más favorable.

En el capítulo 5 se habla acerca de la evaluación de la efectividad de la atención, utilizando como trazadores de calidad la atención prenatal y la atención a pacientes diabéticos. Con respecto a la primera, se evidenció que no se han cumplido las metas ni se han alcanzado objetivos como homogenizar la atención, centrarse en los modelos preventivos, hacer más eficiente la atención de las pacientes, evitar la aparición de complicaciones y disminuir los costos de la atención perinatal. Las importantes deficiencias y desigualdades en este tipo de atención se manifiestan con el bajo cumplimiento de condiciones básicas como lograr un mínimo de 5 consultas de control del embarazo, vacunación con toxoide tetánico, toma de ácido fólico, contar con al menos 2 ultrasonidos y la aplicación de la prueba TORCH.

Para determinar el trazador de atención a pacientes diabéticos se evaluó la calidad de los expedientes, el control de la enfermedad y las herramientas diagnósticas y terapéuticas, identificándose una inmensa heterogeneidad entre los centros. En términos generales se puede decir que la mayoría de los pacientes diabéticos carecen de control de la enfermedad. Algunos factores que pueden explicar esta heterogeneidad son la falta de recursos, capacitación, formación del equipo médico, cantidad de personal, entre otros.

Acercas de la implementación de las Guías de Práctica Clínica, tema que se aborda en el capítulo 6, cabe remarcar que casi todos los médicos encuestados las conocían y que la mayoría de los funcionarios reconoció su importancia. Su acceso y disponibilidad estaban garantizados en la mayor parte de los centros estudiados. 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, motivos por los cuales la percepción sobre su utilidad resultó muy variable. No se identificó una estrategia de capacitación y promoción de estas

herramientas, lo que apunta a que el problema no parece estar en el acceso y la disponibilidad de las guías, sino en su promoción.

El tema de abasto de medicamentos y el surtimiento de recetas se aborda en el capítulo 7. Con respecto al abastecimiento, los resultados del estudio señalan mucha disparidad entre las unidades. Aquellas con mejor orden, disposición, control y nivel de capacitación del personal encargado fueron las farmacias subrogadas. El suministro de claves de acuerdo con el CAUSES varía por unidad. Aunque la mayoría de los centros cuentan con los medicamentos básicos para la atención de consulta de primer nivel, existen unidades que habitualmente no manejan ni el cuadro básico completo. Llamó la atención el desabasto de biológicos y que no se estén cubriendo los esquemas de vacunación según las metas planteadas.

En el capítulo 8, que trata acerca de la referencia y la contrarreferencia (RyC), se encontró un problema que es tanto estructural como funcional, mismo que limita la operatividad de estos mecanismos y que ha sido muy poco estudiado en nuestro país. Los hallazgos de esta investigación apuntan a que el sistema de RyC depende más de las relaciones interpersonales de los funcionarios o personal de salud involucrado que de un sistema funcional y organizado, al mismo tiempo que se deposita en el paciente la responsabilidad del proceso. Cabe subrayar que no pueden esperarse filtros de referencia más finos cuando la capacidad resolutive del primer nivel de atención se ve mermada por otros aspectos abordados en el presente estudio. Además habrá de considerarse que mientras haya carencia de contrarreferencias, se dificultará el seguimiento de los pacientes referidos por parte del médico de primer nivel. Todo esto deviene en la discontinuidad de la atención, producto de una red de servicios de salud inconexa.

Sobre los recursos humanos, tema del capítulo 9, nuevamente se encontró gran heterogeneidad entre los distintos centros. Mientras que en 7 unidades no hay médicos especialistas, en el CEAPS de Tonatico se concentra el 50% de los especialistas. Algo similar sucede con las enfermeras: en el CESSA Pénjamo hallamos 90 enfermeras, mientras que el CESSA Ascensión y el CEAPS Tonatico

sólo cuentan con una. Otros centros, por su parte, compensan y/o reemplazan el trabajo que debería realizarse por médicos adscritos, con médicos y enfermeras pasantes de servicio social. La diferencia entre turnos también resultó muy contrastante: la cifra del personal que trabaja en el turno matutino es cuatro veces mayor que la del vespertino, lo que se traduce en una sobredemanda de servicios en el primer turno y una oferta de atención muy limitada por la tarde. Estos hallazgos son incongruentes con los propósitos por los cuales fueron fundados los CEAPS y los CESSA, como ofrecer servicios que redujeran la demanda de los niveles de atención segundo y tercero, y brindar una atención completa y continua las 24 horas los 365 días del año. El problema de los recursos humanos es complejo, pues involucra factores de índole social (v. gr. la inseguridad), económica (v. gr. salarios bajos), laboral (v. gr. falta de prestaciones), estructural (v. gr. falta de recursos físicos) e incluso educativos (v. gr. formación según un molde de alta especialidad).

El último capítulo aborda el tema de la posible replicabilidad del modelo de atención brindado por los CAAPS y los CESSA. Tanto los funcionarios como los médicos adscritos coincidieron en 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.

Las conclusiones generales apuntan en primer lugar hacia una notable variabilidad en los procesos y resultados de los centros evaluados. Esta falta de uniformidad se observó en prácticamente todos los rubros incluidos en el estudio.

Se apreció la ausencia de una política global, que atienda al mismo tiempo las características locales de cada unidad, que norme el funcionamiento de los Centros. Unos de los denominadores comunes, fue la falta de recursos humanos, particularmente de médicos especialistas, o su distribución desbalanceada entre los turnos de servicio. No fue extraño encontrar áreas y servicios subutilizados debido, no tanto a la falta de equipamiento, sino a la falta de personal especializado. El mismo argumento existe para explicar la falta de funcionamiento de muchos de los centros los 365 días del año, las 24 horas del día. La satisfacción de parte de los usuarios también fue muy variable. A diferencia de los reportado en otros estudios, en este caso mayores se encontraron porcentajes de opiniones desfavorables. No obstante, estos centros atienden a un sector que solamente cuenta con la cobertura del Seguro Popular o que no tiene otra opción para recibir atención. Entre el personal y los funcionarios predominó la opinión de la deseabilidad de replicar el modelo ya que ofrece ventajas sobre los centros de salud tradicionales, sin embargo, es claro que esta acción no puede emprenderse sin antes atender y anticipar los problemas estructurales que esta evaluación permitió identificar.