

Resultados de la Evaluación Externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria del Programa Oportunidades

Juan Pablo Gutiérrez, Jef Leroy, Ruy López Ridaura, Lisa DeMaria, Dilys Walker, Julio César Campuzano, Karla Moreno, Edson Serván, Sandra G Sosa Rubí, Stefano M Bertozzi

RECOMENDACIONES

- ✓ El Programa debe trabajar con el sector salud un plan de reforzamiento de las unidades que garantice la existencia del equipamiento básico
- ✓ La infraestructura de los servicios de salud de primer nivel debe reforzarse en general, con énfasis en los servicios con mayores acreencias. Las Reglas de Operación pueden especificar las condiciones mínimas con las que debe contar una unidad.
- ✓ La existencia de expedientes completos se ha considerado un indicador de calidad; el Programa puede generar incentivos a su exigencia y correcto uso.
- ✓ Fortalecer la oferta de servicios de laboratorio en las unidades que proveen servicios a mujeres de Oportunidades.
- ✓ Incentivar el uso de la cartilla prenatal entre las mujeres embarazadas
- ✓ Fortalecer el acceso a servicios de laboratorio para la atención prenatal a población indígena
- ✓ Mejorar la provisión de la información relacionada con los beneficios que las mujeres pueden tener al usar métodos anticonceptivos
- ✓ Ofrecer cursos de capacitación al personal de salud para reforzar la relevancia de solicitar exámenes a pacientes de forma periódica
- ✓ Mejorar el acceso a laboratorio para mejorar el monitoreo de pacientes con enfermedad crónica
- ✓ Capacitar a los médicos tratantes en la prescripción farmacológica, incluyendo la utilización de insulina para pacientes con enfermedad crónica.
- ✓ Fortalecer el personal de apoyo a través de la creación de equipos multidisciplinarios de atención, incluyendo especialistas en orientación en dietas, oftalmólogos, grupos de autoayuda y otros tratamientos no farmacológicos.

Para ver el documento completo visite:
www.oportunidades.gob/evaluacion

INTRODUCCIÓN

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades tiene como objetivo interrumpir la transmisión intergeneracional de la pobreza, promoviendo la movilidad social y de esta forma el desarrollo. Para lograrlo, el Programa genera incentivos para incrementar la demanda por servicios que se traducen en inversión en capital humano (educación y salud). Un supuesto para que estas inversiones generen resultados positivos en salud y educación es que cuenten con la calidad técnica necesaria.

De esta forma, se espera que la calidad de los servicios de salud se relacione de manera directa con los resultados observados en la población usuaria. Resultados de las evaluaciones previas del componente salud de Oportunidades han mostrado un efecto positivo en la utilización de dichos servicios y se han observado efectos favorables en los indicadores del estado de salud. Sin embargo, la magnitud de estos efectos ha sido menor a la esperada al compararla con el incremento de la utilización de servicios, lo cual podría estar relacionado con la calidad de los mismos.

El objetivo del presente análisis es examinar la calidad de los servicios de salud que atienden a la población de Oportunidades en las dimensiones de estructura y procesos, en relación con las localidades en las que se ofrecen los servicios.

METODOLOGÍA

La medición de la calidad de los servicios de salud se ha propuesto en tres dimensiones: estructura (los recursos para la atención), procesos (las acciones del personal), y resultados (el logro en salud de estas acciones).

RECOMENDACIONES (continuación)

- ✓ Establecer la evaluación de calidad como un proceso permanente y que informe a los usuarios, como un mecanismo adicional de contraloría social sobre los servicios recibidos.
- ✓ Reforzar la afiliación al Seguro Popular y promover que las unidades que atienden a la población beneficiaria de ambos programas reciban los recursos adicionales necesarios para contar con la infraestructura y equipamiento adecuado.

En este resumen se describen las dos primeras dimensiones y se proporcionan insumos para el análisis de la dimensión de resultados, que aparece en otro documento.

Para la dimensión de estructura, el análisis se enfoca en el contraste de los recursos existentes en las unidades visitadas con los recursos necesarios para la atención, de acuerdo con lo establecido en la normatividad de las instituciones y en la opinión de expertos.

Por lo que se refiere a los procesos, se parte de tres condiciones indicadoras, que conjuntan la capacidad de los proveedores para emplear los recursos disponibles y convertirlos en acciones efectivas. En virtud de la dificultad para analizar todas las condiciones de salud, se optó por utilizar eventos o condiciones relevantes para la población mexicana que, dada su naturaleza de atención estandarizada, cuentan con recomendaciones claras sobre su manejo: i) la atención al embarazo, ii) el control de alteraciones relacionadas con el síndrome metabólico (de manera específica, diabetes e hipertensión, dos de las principales causas de morbilidad en adultos mexicanos) y iii) la atención del niño sano y el niño enfermo de 0 a 24 meses.

El análisis explora la calidad desde una óptica en la que, al conjuntar la visión de los proveedores con la percepción de los usuarios sobre el mismo suceso, se perfila un panorama más amplio de la calidad y los factores que la integran, además del modo en que la calidad técnica y la percibida se afectan una a otra.

El análisis se realizó a partir de datos de 299 unidades de salud que cuentan con información completa (unidad, médicos, enfermeras y pacientes) y que prestan servicio a 591 localidades de las 733 visitadas efectivamente para la Encuesta de Evaluación de los Hogares Rurales (Encel 2007).

De esta forma, el análisis considera a las unidades que están en condiciones de ofrecer servicios de calidad, considerados los servicios públicos disponibles, la infraestructura, el equipamiento y el abasto de medicamentos. Con

posterioridad se describen los procesos llevados a cabo por el personal, es decir, los patrones de atención, y los resultados de los casos estandarizados.

RESULTADOS y DISCUSIÓN

Características de las unidades de salud

La descripción de las unidades de salud permite identificar si éstas cuentan con las condiciones necesarias para ofrecer atención de calidad, de acuerdo con los recursos disponibles (personal, equipo, insumos y medicamentos).

Se observó que el acceso de las unidades a los servicios públicos no es universal. Por ejemplo, las instalaciones cuentan en general con energía eléctrica, sin embargo experimentan cortes en el suministro con cierta regularidad; alrededor de 30% de las unidades no dispone de agua entubada; y cerca de la mitad carece de conexión a drenaje. Otro aspecto revisado fue el sistema de referencia de las unidades, y se encontró que los centros para trasladar a mujeres con emergencias obstétricas o a niños muy enfermos se hallan en promedio a 32 kilómetros de distancia, con un tiempo de traslado medio de 1.4 horas.

El personal de las unidades está integrado por 42% de médicos y 36% de enfermeras. La mayor parte señaló haber asistido a algún curso de capacitación en el último

SEDESOL

Oportunidades

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades es un programa federal para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Para lograrlo, brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso.

Durante 2009, Oportunidades incrementó su cobertura, actualmente atiende a cinco millones 200 mil hogares brindándoles apoyos en educación, salud y nutrición, con los cuales sus integrantes tienen incentivos para desarrollar su capital humano y tener mejores condiciones de vida.

La presencia de Oportunidades alcanza ya más de 95 mil localidades, en los dos mil 445 municipios de todos los estados de la República. Como parte de sus apoyos, el Programa entrega becas y apoyos para la compra de útiles escolares a más de cinco millones de niños, niñas y jóvenes, que cursan entre el tercer grado de primaria y el bachillerato, así como un incentivo monetario a los jóvenes que concluyen su educación media superior.

Las familias incorporadas a Oportunidades reciben apoyo alimentario y energético, así como el nuevo apoyo alimentario Vivir Mejor, el paquete básico garantizado de salud y participan en talleres de auto-cuidado para la salud, todo ello como parte de las responsabilidades que deben cumplir para permanecer en el Programa. Evaluaciones externas de impacto muestran que los hogares que están incorporados al Programa Oportunidades obtienen múltiples beneficios y mejoran cotidianamente sus condiciones de vida.

Fuente: Unidad de Comunicación Social, Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).

año, pese a ello, muy pocos de ellos consultan las guías o normas oficiales de atención.

El instrumental necesario para realizar la exploración física de los usuarios de forma regular, como básculas, baumanómetros, otoscopio y termómetro, no está disponible en un porcentaje elevado en las unidades. Lo mismo ocurre con otro tipo de equipamiento (como electrocardiograma, microscopio y Doppler), quizá con un nivel de complejidad relativamente mayor, pero igualmente básico, y solo la décima parte de las clínicas cuenta con ambulancia para efectuar traslados.

Un alto porcentaje de las clínicas no cuenta con insumos necesarios para el monitoreo de las condiciones vinculadas con las corresponsabilidades, por ejemplo las consultas de atención prenatal. (cuadro 1). La mitad de las unidades no cuenta con infraestructura e insumos necesarios para la atención del parto; sólo 51% posee sala de expulsión y menos de la décima parte equipo para realizar ultrasonidos. Si se considera la atención de pacientes diabéticos, cerca de la cuarta parte de los centros no realiza pruebas para medir nivel de glucosa y sólo 10% efectúa pruebas de hemoglobina glucosilada.

En un país con alta prevalencia de anemia y diabetes, las unidades no están equipadas para la detección y monitoreo de estas alteraciones, lo cual imposibilita la prevención de sus complicaciones. En general, las unidades visitadas tienen una capacidad reducida para ofrecer servicios de salud adecuados a los usuarios y enfrentan una acusada carencia de insumos mínimos.

Atención prenatal

En total, se obtuvo información de 423 mujeres embarazadas. De las unidades de salud visitadas, en 93% estaban presentes médicos y enfermeras, mientras que en la proporción restante de 7%, casi todas rurales y de IMSS-Oportunidades, el personal presente lo conformaban sólo enfermeras y auxiliares de salud. En general, las acciones claves, como exámenes de orina y sangre, examen de mama, el examen pélvico y algunos exámenes de laboratorio, tienen una frecuencia baja en su realización, al igual que otros procedimientos, en teoría comunes, como el examen pélvico y el examen de mama (figura 1).

Pese a algunas acciones regulares que se llevan a cabo con frecuencia (toma de presión arterial, medición de peso), la consejería relacionada con el mantenimiento del peso adecuado y de nutrición es limitada. De esta forma, podría pensarse que si bien los proveedores de salud llevan a cabo acciones para valorar el estado de salud de la mujer, esto no se complementa con sugerencias para mantener un embarazo sano. Es importante resaltar que de acuerdo

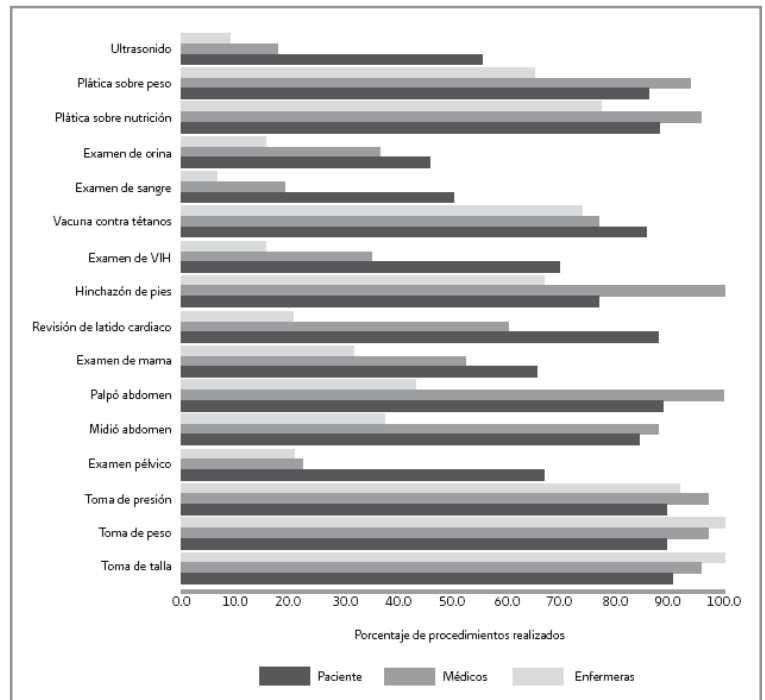


Figura 1. Distribución de equipamiento mínimo de las unidades (porcentaje del total)

con la información registrada en la cartilla, las poblaciones indígenas tienen menor acceso a exámenes de laboratorio y de la vacuna contra el tétanos, lo que limita en grado considerable el seguimiento adecuado de las mujeres embarazadas en este grupo de población.

Atención a pacientes con enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico

De 694 pacientes adultos con alguno de los tres diagnósticos relacionados con el síndrome metabólico (diabetes, hipertensión arterial o dislipidemia*) la gran mayoría refería tener diagnóstico de diabetes o hipertensión arterial y 131 de ellos reportó ambos diagnósticos.

Existe una gran variabilidad en la proporción de acciones realizadas a los pacientes. Una de las acciones más importantes en el paciente diabético es la determinación periódica de las concentraciones de glucosa en sangre, para definir el grado de control y normar la conducta terapéutica. Aunque la proporción de pacientes que notificaron la determinación de glucosa en sangre en los últimos seis meses es alta (mayor de 80% en todas las instituciones), es preocupante que exista una proporción considerable de pacientes con diagnóstico de diabetes que prescinde de la determinación de glucosa.

Variables	General %	Subsector		Valor P*
		SSA: %	IMSS-Oportunidades %	
Condomes ¹	87	87	86	0.76
Cubre bocas ¹	86	80	96	0
DIU ¹	89	83	98	0
Espejo Vaginal ¹	59	54	66	0.01
Gasas ¹	89	86	93	0.03
Jalea Lubrificante ¹	83	76	96	0
Jabón Líquido ^{1,2}	60	67	47	0
Tiras p/glucosa ^{1,3}	78	73	89	0
Tiras p/orina ¹	46	35	63	0

*Valor de probabilidad de la prueba t para diferencia de medias
 SSA: Centros de salud, casas de salud, unidades móviles, brigadas móviles
¹ Insumos necesarios para la atención del parto
² Insumos necesarios para la atención de niños
³ Insumos necesarios para la atención del síndrome metabólico

Cuadro 1 Existencia de consumibles médicos

Debido a que la hipertensión arterial y la diabetes se vinculan en grado considerable con dislipidemias, para todos los diagnósticos la determinación de los niveles de colesterol es una de las recomendaciones clave para definir el riesgo cardiovascular e iniciar tratamiento con medicamentos para reducir los niveles de colesterol en sangre. A pesar de que esto debería realizarse al menos una vez al año, menos de la mitad de los pacientes se sometió a un examen de colesterol en el último año.

Otro de los factores preocupantes de esta evaluación es la muy baja determinación de pruebas en orina, acción necesaria para detectar de forma temprana el daño renal. Sólo un poco más de una cuarta parte del total de los pacientes y una tercera parte de los diabéticos se habían practicado un examen en el último año.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, los datos muestran en general una pobre observancia de los planes de dieta y ejercicio. El control con dieta y ejercicio son piedra angular del tratamiento integral de los pacientes con anomalías relacionadas con el síndrome metabólico. La discreta observancia de estas medidas, además de la muy baja proporción de consultas específicas para evaluarlas o la baja proporción de pacientes que pertenecen a grupos de autoayuda, son sin duda aspectos susceptibles de modificación. 67% de los médicos y cerca de 50% de las enfermeras refirieron haber utilizado algún tipo de norma y guía de atención.

El resto del personal de salud mencionó haber utilizado conocimiento y experiencias previas o en libros de texto para la atención de pacientes. Asimismo, se observa una falta de modificaciones en los tratamientos ofrecidos a los usuarios a pesar de la evidencia de mal control, lo que resulta en tratamientos poco dinámicos y tal vez sin la efectividad necesaria para conseguir un control adecuado.

Atención a los niños

Se evaluó la práctica de atención a niños menores de dos años de edad a partir de datos de 284 proveedores de salud (enfermeras 29.58% y médicos 70.42%) y 556 niños que usaron los servicios de salud, 43% de ellos vivía en hogares beneficiarios de Oportunidades.

Entre los principales motivos de consulta señalados se encontraron los problemas respiratorios (39%), seguidos por la presencia de fiebre (21%) y diarrea (14%). Una cuarta parte de los niños visitó la unidad de salud para una consulta de niño sano. 62.9 y 56.3% de los médicos y enfermeras evaluaron la presencia de tos y fiebre, respectivamente, pero sólo 3.8% valoró la diarrea. La mayoría comparó el peso contra una tabla de referencia y apenas 5.2% evaluó las prácticas de alimentación; este porcentaje fue aún más bajo en niños con peso y/o talla bajos. Por otra parte, 53% de los niños que no necesitaban antibióticos los recibió.

Las acciones básicas de evaluación o exploración física de los niños (presencia de tos, diarrea y fiebre) no reciben al parecer mucha atención durante la consulta. No obstante, la evaluación integral del estado nutricional no es en apariencia una prioridad: menos del 6% evaluó las prácticas de alimentación. Pocos niños tuvieron el diagnóstico que, según la OMS, justifica el suministro de antibióticos, y a menos de la mitad de ellos se les prescribió antibióticos y a 46.7% de los niños que no los necesitaban se les indicó.

La conclusión general sobre calidad percibida es que los acompañantes evaluaron el servicio de manera positiva. No obstante, 10% no comprendió el diagnóstico y 24.7% opinó que la calidad podía mejorarse. Aunque el tiempo de espera promedio fue mayor de una hora, la mayoría de los usuarios evaluó el tiempo como aceptable.

Calidad relativa de las unidades y características asociadas

Se elaboró un índice de calidad de estructuras con base en la información de 408 unidades; los valores del índice a partir del primer factor del análisis factorial se ubicaron entre -2.4 y 3.5, con valores mayores para unidades con mejores condiciones estructurales.

En la figura 2 se presenta la distribución del índice y pueden observarse los extremos de calidad estructural. Se pueden identificar un grupo de unidades que requieren atención inmediata, otro de calidad media con un margen notable para las mejoras y un grupo reducido de unidades que pueden ofrecer lecciones de prácticas exitosas.

¿Cuál es la calidad de las unidades visitadas?

Para este estudio se midieron dos dimensiones de calidad: estructura y procesos. Por lo que se refiere a la estructura, los resultados sugieren deficiencias importantes que limitan las posibilidades de los servicios de proporcionar una atención adecuada a los usuarios.

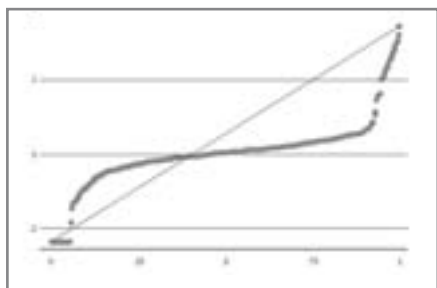


Figura 2 Distribución del índice de calidad estructural de las unidades de salud

Los proveedores no llevan a cabo en una proporción notoria las acciones necesarias para la atención a la salud de los usuarios. Esto es en particular crítico en relación con aquellas acciones de monitoreo para prevenir complicaciones en las tres condiciones de salud analizadas.

El índice que sintetiza la calidad estructural de las unidades identificó un grupo de unidades con notorias carencias, un grupo promedio con evidentes oportunidades para mejorar y un reducido grupo con resultados por arriba del promedio.

Por su parte, el índice de calidad de procesos refleja los hallazgos en el análisis de la dimensión respectiva (procesos), lo que muestra deficiencias de consideración en los servicios provistos en las unidades visitadas.

En conjunto, estos aspectos señalan retos importantes en la calidad de los servicios de salud, las cuales pueden ser el origen de una atención subóptima. Es necesario analizar estos resultados en conjunto con los resultados de salud de los usuarios, pero se refuerza la hipótesis de que las insuficientes mejorías en el estado de salud se vinculan con problemas de la calidad de los servicios. En este sentido, parece claro que sólo una mayor inversión para mejorar la calidad de los servicios de salud, permitirá que la mayor utilización de los mismos se traduzca en mejoras en salud de la población.

DIRECTORIO

Instituto Nacional de Salud Pública

Mario Henry Rodríguez López
Director General

Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas

Gustavo Ángeles Tagliaferro
Director Ejecutivo

Sergio Bautista
Economía de la Salud

Juan Pablo Gutiérrez
Encuestas Nacionales

Mara Téllez-Rojo Solís
Estadística

Contacto:

info_ciee@correo.insp.mx

www.insp.mx

Citación sugerida: Gutiérrez JP, Leroy J, López Ridaura R, DeMaria L, Walker D, Campuzano JC, Moreno K, Serván E, Sosa Rubí SG, Bertozzi, SM. Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades. En: Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). Tomo II, El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición. México, DF: Secretaría de Desarrollo Social, 2008.

La Secretaría de Desarrollo Social de México, a través del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, financió el diseño y recolección de datos de la evaluación del Programa, incluyendo la Encuesta de Evaluación de los Hogares Rurales 2007 (Encel 2007), y proporcionó asimismo financiamiento parcial para el análisis que se presenta en este documento. La Dirección de General de Información Geoestadística, Análisis y Evaluación de Oportunidades, bajo el liderazgo de Concepción Steta y Citlalli Hernández, participó en el diseño de la Encel 2007 y de las preguntas de investigación de la evaluación. El operativo de campo fue diseñado e implementado por el Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública, bajo la coordinación general de Stefano Bertozzi y Juan Pablo Gutiérrez. El equipo de campo fue coordinado por Aurora Franco y Lynnette Neufeld.