

GUATEMALA : LA EXPERIENCIA EXITOSA DE LA EXTENSION DE COBERTURA.-

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA.- PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

RESUMEN.-

Se describe el proceso de extensión de cobertura de la Reforma del Sector Salud en Guatemala, implementado para dar respuesta al problema de la extremada baja cobertura de los servicios. En 1995, el 46 % de la población no tenía acceso a servicios de salud y la población que quedaba fuera del área de influencia de los Centros de Salud era la más postergada.

En 1996, se implementó el proceso de extensión de cobertura. Al 30 de junio de 1999, la extensión de cobertura llegó a 3.5 millones de habitantes, lo que representa un 76.8% de la población previamente no cubierta y todo sugiere que a diciembre del año 2000 se alcanzará la mayor parte de la cobertura total de la población que en 1995 no tenía acceso a ningún servicio de salud. Por primera vez existe ahora, un conjunto de medicamentos básicos que están disponibles a los usuarios en forma gratuita en la comunidad. La extensión de cobertura es producto de la alianza con 77 organizaciones no gubernamentales que se desempeñan como prestadoras o administradoras de servicios de salud la prestación de los servicios básicos de salud se hace con la participación de la población en viviendas y en centros comunitarios. El costo per cápita del conjunto de servicios básicos, expresado en estándares del mercado internacional es de USA 14.59. Este costo en Guatemala se reduce a USA 8.50 . La ejecución favorece la equidad al permitir por primera vez, acceso a los servicios básicos a la población que no lo tenía.

Se recomienda asegurar la sostenibilidad de los logros y la institucionalización del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- en los tres niveles de atención. Es necesario asegurar la calidad de los servicios del conjunto básico y continuar fortaleciendo el segundo nivel de atención incluyendo las referencias y contra-referencias. Asimismo mantener el respaldo, al más alto nivel ejecutivo, al proceso de la Reforma del Sector Salud e intensificar la capacitación en gestión de las áreas de salud y las ONGs.

La innovación más importante al nivel nacional e internacional fue el desarrollo de alianzas con ONGs a fin de extender la cobertura del primer nivel de atención. Otras innovaciones importantes en relación al esquema tradicional del sector en Guatemala fueron: énfasis preventivo y no sólo curativo; integralidad de atención en los tres niveles; cobertura en escala nacional; estandarización de un conjunto de servicios básicos de salud; participación comunitaria; introducción del médico ambulatorio, el vigilante de salud, la comadrona tradicional, el técnico en salud rural y el facilitador comunitario como elementos formales del equipo básico de salud; alto grado de sostenibilidad del financiamiento ya que la mayor parte se realizó con fondos nacionales; descentralización; disponibilidad de medicamentos básicos; uso de la información producida para la mejor gerencia a todos los niveles; y el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en todo el proceso.

I. INTRODUCCION .

El desarrollo del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- en el Primer Nivel de Atención, se sustenta en alianzas estratégicas con organizaciones no gubernamentales –ONGs- y en la organización comunitaria para su participación plena, en el análisis de los problemas de salud, en la toma de decisiones para superarlos y en la fiscalización de los servicios básicos de salud.

El proceso incluye los siguientes componentes:

- ✓ participación comunitaria,
- ✓ capacitación sistemática del personal institucional y comunitario,
- ✓ vigilancia epidemiológica vinculada al sistema gerencial de información,
- ✓ accesibilidad a medicamentos básicos,
- ✓ supervisión,
- ✓ monitoreo y evaluación

En esta presentación se describen los avances alcanzados en la extensión de cobertura del Primer Nivel de Atención en Salud hasta junio 1999.

II. ANTECEDENTES. EL PROBLEMA EN 1995: EL 46 % DE LA POBLACION NO TENÍA ACCESO A SERVICIOS DE SALUD.

Los servicios del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, fueron proporcionados hasta 1996 por 860 puestos de salud, ubicados en áreas periurbanas y rurales de los municipios y atendidos por auxiliares de enfermería. La cobertura de cada puesto de salud se calcula en 2,000 habitantes que viven a su alrededor.

Además, se brindaba atención de primero y segundo nivel en 318 centros de salud con una cobertura estimada de 10,000 habitantes cada uno. Estos centros de salud cuentan con médicos, enfermeras profesionales y auxiliares y técnicos.

La población que quedaba fuera del área de influencia de los servicios de salud, en el primer nivel de atención, constituía el 46% de los habitantes del país en 1995. Esta población se ubica en zonas geográficas con difícil acceso, en áreas muy dispersas, con altos índices de pobreza y con la mayor concentración de población indígena.

El modelo de atención utilizado hasta 1996, para el primer nivel de atención, tenía énfasis en la atención médica curativa y se orientaba a enfermos que consultaban en los establecimientos. La excepción era las jornadas de vacunación extramuros como actividad preventiva.

En general, no existían alianzas con otros prestadores de servicios de salud y la participación comunitaria era limitada a la convocatoria a las jornadas de vacunación. El Ministerio de Salud no ejercía su papel rector, y tanto las instituciones nacionales que trabajaban en el campo de la salud, como la cooperación externa, eran concertadas directamente con las unidades técnicas o las áreas de salud en forma aislada y puntual.

Además, el financiamiento estaba orientado en una fuerte proporción al funcionamiento de los establecimientos de salud con énfasis curativo y en mínima parte a actividades preventivas para la población.

III. 1996: LA INTERVENCION PARA RESOLVER EL PROBLEMA.

1. La Reforma del Sector.- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) implementó el Sistema Integral de Atención de Salud–SIAS-, que tiene como base las estrategias de salud del Programa de Gobierno 1996-2000, el Código de Salud , las metas del Plan de Desarrollo y Construcción de la Paz y los Acuerdos de Paz. El modelo de atención intenta dar respuesta a las necesidades planteadas, con un enfoque de eficiencia, eficacia y equidad.

El proceso de extensión de cobertura se enmarcó en las políticas de salud 1996 - 2000 que incluyen:

- reordenamiento, descentralización y modernización del sector salud;
 - aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios básicos de salud;
 - mejoramiento de la eficiencia en la gestión de los recursos y calidad de la atención en hospitales, centros y puestos de salud;
 - promoción del desarrollo y modernización de la gerencia de los recursos de las instituciones que conforman el sector;
 - promoción de la salud y de ambientes saludables para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población;
 - aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad del agua de consumo humano y ampliación de la cobertura de saneamiento básico rural;
 - participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios de salud.;
- y
- fortalecimiento de la capacidad de conducción de la cooperación técnica en salud.

El programa de Gobierno 1996-2000, los Acuerdos de Paz, el Código de Salud y las políticas de salud, proporcionan el marco legal de referencia que da respaldo al Sistema Integral de Atención en Salud.

La aprobación del nuevo Código de Salud sirvió para apuntalar la organización del nuevo modelo de prestación de servicios , establecer las bases de la regulación sanitaria, establecer las nuevas modalidades para el financiamiento de la salud, la participación social y la relación intersectorial e interinstitucional.

Una de las políticas de salud establece como prioridad dentro del nuevo modelo de atención, la Extensión de Cobertura del Primer Nivel de Atención.

B. La implementación del proceso de extensión de cobertura, del primer nivel de atención. En contraste con lo ocurrido en otros países del continente, en el caso de Guatemala, la Reforma del Sector priorizó los procesos de extensión de cobertura para la población que no tenía acceso a ningún servicio.

IV. RESULTADOS.

1. EXTENSION DE COBERTURA PRIMER NIVEL: ALIANZA ESTRATEGICA CON ONGs Y OTRAS INSTITUCIONES

En junio 1999, la extensión de cobertura llegó a cubrir 3,534,521 habitantes en 25 de las 27 Áreas de Salud del país. Esta información se basa en el total de la población incluida en los convenios entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Prestadoras y Administradoras de Servicios de Salud – PSS/ASS-, así como la población cubierta por la Cooperación Cubana y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-.

Esta población es equivalente al 76.8% de la población que no tenía acceso a servicios de salud en 1996. Esto significa que la población que quedaría por cubrir sería de 1,065,479 habitantes.

Si esta población sin acceso, se corrige por el crecimiento demográfico en el período 1996-2000, correspondiente a 600,000 habitantes para el total de población no cubierta en 1996, el total de la población que necesitaría de servicios de salud al año 2000, sería de 1,665,479, o sea, un total 1.7 millones ya corregidos por el crecimiento demográfico.

La extensión de cobertura alcanzada es producto de las alianzas con 78 organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otras instituciones mediante la suscripción de 123 convenios. Además de las ONGs participan cooperativas, municipalidades, el IGSS, iglesias y otras instituciones de servicio. Estas organizaciones brindan servicios de salud directamente como prestadoras de servicios de salud, o bien, apoyan a los Distritos de Salud como Administradoras de Servicios de Salud.

2. INCREMENTO DEL FINANCIAMIENTO PARA LA ATENCION PREVENTIVA DE LA SALUD

TRASLADO DE RECURSOS FINANCIEROS A LAS ONGs

La ampliación de servicios en el Primer Nivel de Atención, implica el traslado de recursos financieros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a las Prestadoras y Administradoras de Servicios.

En 1997, se transfirieron Q.10.4 millones en efectivo, Q.5.9 millones en especie (biológicos e insumos de vacunación, tratamientos para tuberculosis y vitamina "A") y Q.5.3 millones de otros aportes. El total ascendió a Q.21.6 millones.

En 1998, la transferencia fue de Q.57.5 millones en efectivo, Q.43.6 millones en especie y Q.5.3 de otros aportes. El total ascendió a Q.106.4 millones.

Para 1999, el aporte en efectivo fue de Q.91 millones, Q.45.2 millones en especie y Q.3.2 millones de otros aportes. Del total transferido en efectivo, Q.84 millones están siendo transferidos a PSS/ASS. El total a ser transferido en 1999, es de Q.139.4 millones.

Adicionalmente, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), financia sus acciones de extensión de cobertura en Escuintla con su presupuesto regular.

En conclusión, el análisis muestra una tendencia consistente al incremento de la transferencia total de recursos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a las ONGs. La magnitud de esta transferencia creció de cero quetzales en 1996 a un total de Q.139.4 millones en 1999.

INVERSION TOTAL EN ASPECTOS PREVENTIVOS Y CURATIVOS

En 1995, se destinaron un total de Q.428.6 millones en atención de salud. De estos, Q.253.8 millones (59%) fueron para la atención hospitalaria y Q.174.8 millones (41%) para la atención preventiva.

En 1998, el total de la inversión en atención de salud fue de Q.830.9 millones. De estos Q.448.1 millones (54%) fueron para la atención hospitalaria y Q.382.8 (46%) para la atención preventiva. La compra de biológicos y otros rubros que apoyan el componente preventivo se asignan al nivel central y no están contemplados en esta distribución.

Las cifras anteriores muestran una tendencia a destinar montos equivalentes a ambos tipos de atención. Sin embargo, la diferencia más importante es que hubo un incremento de recursos para el **área preventiva**, que sobrepasa los Q.200 millones (equivalente a un aumento del 120%) en tres años.

Este aumento no se realizó a expensas del presupuesto de los hospitales, ya que también el presupuesto de hospitales tuvo un aumento importante: Q.195 millones, equivalente a un incremento de 77% en el período de tres años. Estos logros responden a los compromisos respectivos de los Acuerdos de Paz.

APOYO FINANCIERO DE LA COOPERACION INTERNACIONAL

La mayor parte de la inversión en atención de la salud proviene de fuentes públicas. Las agencias de cooperación internacional apoyan el proceso mediante acciones de capacitación y cooperación técnica. Dichas Agencias incluyen la Organización Panamericana de la Salud –OPS-, Agencia para el Desarrollo

Internacional –AID-, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF-, Unión Europea y la Cooperación Alemana para el Desarrollo –GTZ.

3. IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS BASICOS DE SALUD

A. CONTRATACION DEL PERSONAL

Los servicios básicos de salud son provistos en cada jurisdicción de 10,000 personas por personal institucional: un médico ambulatorio y un facilitador institucional; y por personal comunitario: 84 vigilantes de salud, las comadronas tradicionales existentes, ocho facilitadores comunitarios y los colaboradores de vectores; juntos conforman el **Equipo Básico de Salud**.

A través del proceso de extensión de cobertura, las prestadoras y administradoras de servicios de salud han contratado a la fecha, 414 facilitadores institucionales y 492 médicos ambulatorios.

B. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Los primeros tres meses del convenio con las prestadoras y administradoras de servicios de salud, están programados para fortalecer la organización comunitaria para la conducción de las acciones de salud. Para ello, se realizan reuniones con autoridades y líderes locales, seguidas de la identificación de los grupos organizados existentes (comités de desarrollo, pro-mejoramiento, salud y otros), con el fin de que ellos decidan quiénes asumirán la responsabilidad de conducir las acciones de salud de su localidad. El proceso se inicia con la selección de los vigilantes de salud y facilitadores comunitarios, y la identificación de las comadronas tradicionales a ser incorporados al sistema.

Actualmente, se cuenta con 20,476 vigilantes de salud seleccionados, 5,459 comadronas incorporadas y 1,335 facilitadores comunitarios, quienes han sido escogidos entre los grupos de vigilantes, por contar con mayor liderazgo, con mejores habilidades de lectura, escritura y experiencia en atención de salud. Este proceso busca la apropiación del modelo de atención por parte de la comunidad, lo que le confiere sostenibilidad.

C. INCORPORACION DE PERSONAL COMUNITARIO

El personal comunitario realiza acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades comunes, con el apoyo y supervisión del facilitador institucional y el médico ambulatorio.

Los facilitadores comunitarios asisten a una capacitación mensual y trabajan alrededor de cuatro horas diarias en el monitoreo de los vigilantes de salud y en la atención de personas enfermas referidas por los vigilantes. Son responsables de elaborar consolidados bimestrales de la información de salud de sus comunidades, presentar la Sala Situacional a la asamblea comunitaria y de programar los suministros del botiquín de medicamentos básicos. Por el cumplimiento de estas tareas reciben mensualmente un incentivo económico de Q.375.00.

Todo el equipo básico de salud participa en el proceso de capacitación con enfoque permanente, que facilita su inmersión progresiva en el conocimiento y manejo de las prioridades de salud locales. La capacitación se realiza en forma sistemática en el nivel local y se complementa con acciones de monitoreo, que permiten la utilización de la información comunitaria para fortalecer la prestación de los servicios básicos de salud. Los vigilantes de salud y las comadronas reciben un estipendio de Q.50.00 en cada sesión de capacitación para la reposición de gastos.

D. ESTABLECIMIENTO DE CENTROS COMUNITARIOS

El modelo de prestación de servicios en el primer nivel, considera un espacio físico en la comunidad, denominado “Centro Comunitario”, para realizar acciones de atención médica, capacitación y análisis de situación de salud con la asamblea comunitaria.

Estos centros comunitarios constituyen un aporte de contrapartida de la comunidad y es responsabilidad de las organizaciones comunitarias asegurar su mantenimiento. Actualmente, se cuenta con 1,868 centros comunitarios.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha gestionado con el Fondo de Inversión Social (FIS), el Fondo Nacional para la Paz (FONAPAZ) y la Unión Europea (UE), el financiamiento para la construcción formal de centros comunitarios.

E. ACCESO A MEDICAMENTOS BASICOS

Los servicios básicos de salud incluyen un paquete de medicamentos para atender las prioridades de salud. Los medicamentos son comprados por las prestadoras y administradoras con fondos que les transfiere el Ministerio de Salud y son seleccionados de acuerdo a la matriz de prioridades de la población a atender.

El grupo materno infantil recibe los medicamentos en forma gratuita durante la consulta médica, según las normas de atención. Los suplementos de hierro y ácido fólico son distribuidos por la comadrona tradicional a las mujeres embarazadas y en lactancia. El vigilante de salud suministra acetaminofén, sales de rehidratación oral y hace el seguimiento de los tratamientos prescritos por el médico ambulatorio y el facilitador institucional y comunitario. El facilitador comunitario suministra 22 medicamentos básicos.

Las organizaciones comunitarias asumen el control de inventarios de los botiquines de medicamentos básicos, con un sencillo sistema de entradas y salidas. De acuerdo al balance de las existencias y de la demanda, hacen los requerimientos trimestrales a la prestadora o administradora de servicios básicos de salud, a través del facilitador institucional.

Hasta junio de 1999, se han establecido 1,868 botiquines básicos en los centros comunitarios habilitados. Además de estos botiquines, el Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM), ha ubicado botiquines rurales, administrados por organizaciones comunitarias, en los que se expenden aproximadamente el doble de medicamentos del botiquín básico. Estos botiquines rurales se financian con un fondo rotatorio, y venden los medicamentos a los precios más bajos del mercado. De esta forma se

facilita aún más, el acceso de la población a medicamentos básicos. El proceso se encuentra en su etapa inicial, contándose a la fecha con 76 botiquines rurales. Se espera contar con 300 botiquines a finales de 1999.

F. PRESTACION DE SERVICIOS BASICOS DE SALUD

La primera actividad es la inducción del personal comunitario. Esta es una etapa crucial para el éxito de la prestación de los servicios, ya que de ella depende que los facilitadores comunitarios, los vigilantes de salud y las comadronas tradicionales, comprendan la importancia de su trabajo en la comunidad.

Este proceso toma aproximadamente dos meses, después de los cuales se obtienen como productos los croquis y censos de población elaborados por comunidad y los consolidados por jurisdicción.

Al finalizar estas actividades, se cuenta con los datos necesarios para programar e iniciar la etapa de prestación de servicios básicos de salud a la población.

Las acciones iniciales prioritarias son:

- Vacunación, control de diarrea, control de infecciones respiratorias agudas, promoción del crecimiento.
- Control prenatal, atención del parto, atención del puerperio, espaciamiento entre embarazos, detección de cáncer cérvico uterino y de la mama.
- Control del dengue, de la malaria, de la tuberculosis, de las enfermedades de transmisión sexual/VIH/SIDA y atención de urgencias para la población en general.
- Mejoramiento de la disposición de excretas y de la basura, control de la calidad del agua, de vectores y de la rabia, como parte de la atención al ambiente.

G. MONITOREO DEL PROCESO DE EXTENSION DE COBERTURA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION

En el nivel local, el sistema de información comunitaria permite contar con datos de salud de cada familia y es la base de la vigilancia epidemiológica; esto facilita identificar y prevenir casos. Si ocurrieran estos casos, la información permite tratarlos con rapidez para romper la cadena de transmisión de las enfermedades infecto-contagiosas, controlar brotes y prevenir epidemias.

El facilitador comunitario consolida la información de los vigilantes de salud a su cargo y el facilitador institucional consolida la información de los facilitadores comunitarios de su jurisdicción.

Los consolidados por comunidad proporcionan los datos que el facilitador comunitario utiliza para presentar la situación de salud en asamblea comunitaria, con el propósito de analizarla e identificar los problemas de salud y tomar decisiones locales para superarlos.

Los consolidados de cada jurisdicción se envían bimestralmente al Distrito de Salud correspondiente. Mensualmente se reporta, entre otros, la atención médica y las coberturas de vacunación y, semanalmente o de inmediato, se notifican casos de reporte obligatorio de enfermedades transmisibles.

En todos los niveles, incluyendo el Distrito y el Área de Salud, el monitoreo es realizado por medio de análisis de Salas Situacionales, la revisión de los informes bimestrales y visitas de observación que incluyen entrevistas al personal prestador de servicios de salud. Estas actividades son realizadas con la guía de un instrumento que incluye los indicadores y criterios para valorar la adecuación de la ejecución, así como las medidas correctivas para cada caso.

Además, los equipos del Área de Salud revisan informes periódicos técnicos y financieros de prestadoras y administradoras, sobre la producción de servicios y la ejecución de los fondos transferidos.

El nivel central participa en el proceso de monitoreo de la extensión de cobertura del Primer Nivel con tres propósitos:

- Capacitar para el fortalecimiento gerencial, tanto del equipo de área como de las prestadoras y administradoras,
- Desarrollar una base de datos que permita la identificación de los aspectos a mejorar, y
- Ayudar a construir la cultura de uso de información para la toma de decisiones.

V. CONCLUSIONES

A. LOGROS

1. En tres años se logró aumentar la cobertura de los servicios básicos de salud, de cero a 3.5 millones de guatemaltecos que no tenían acceso a ningún servicio de salud, lo que no había sido posible en los 40 años anteriores.
2. La extensión de cobertura del Primer Nivel de Atención es financiada con recursos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
3. La alianza estratégica con 78 ONGs es un factor clave para el éxito de la extensión de cobertura del Primer Nivel.
4. El modelo de atención incluye la promoción y la prevención, además de la curación, acercando los servicios a la comunidad y creando espacios de participación comunitaria.

5. Se ha definido y normado un conjunto de servicios básicos de salud con alta relación de costo-efectividad, que responden al perfil epidemiológico de la población más necesitada.

B. PERSPECTIVAS

Es necesario asegurar la sostenibilidad de los logros y la institucionalización del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS- en los tres niveles de atención. En esta dirección, se identifican tres prioridades:

- Asegurar la calidad de los servicios del conjunto básico; y
- Continuar fortaleciendo el segundo nivel de atención.

VI. LISTA DE REFERENCIAS.

- Secretaría General de Planificación (SEPLAN). PROGRAMA DE GOBIERNO 1996-2000. Guatemala, Junio 1996.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. LINEAMIENTOS POLÍTICOS, ESTRATÉGICOS Y PROGRAMÁTICOS PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD DE GUATEMALA. Guatemala, Junio, 1997.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . CÓDIGO DE SALUD. DECRETO 90-97. Guatemala 1999, Segunda Edición.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . REFORMA DEL SECTOR SALUD. 1996-2000. Guatemala, 1996.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). ENCUESTA NACIONAL DE MATERNO INFANTIL 1998-99. Guatemala, 1999.
- PNUD. GUATEMALA: LOS CONTRASTES DEL DESARROLLO HUMANO. Edición 1998.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud, Sistema Integral de Atención en Salud. Extensión de Cobertura, Primer Nivel de atención. ADECUACION DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD A LAS ESTRATEGIAS NACIONALES DE DESARROLLO.- Guatemala, Febrero de 1999.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud, Sistema Integral de Atención en Salud. Extensión de Cobertura, Primer Nivel de Atención. JUSTIFICACION DEL PAQUETE BASICO DE SERVICIOS. Guatemala, Febrero de 1999.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud, Sistema Integral de Atención en Salud. Extensión de Cobertura, Primer Nivel de Atención. SISTEMATIZACION ADMINISTRATIVO FINANCIERA. Guatemala, febrero de 1999.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud, Sistema Integral de Atención en Salud. Extensión de Cobertura, Primer Nivel de Atención. ANALISIS DE COSTOS DE LA PRESTACION DE SERVICIOS. Guatemala, febrero de 1999.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud, Sistema Integral de Atención en Salud. Extensión de Cobertura, Primer Nivel de Atención. EXPERIENCIA GUATEMALTECA DE ALIANZA ESTRATEGICA DEL SECTOR PUBLICO CON ONGS, PARA LA PROVISION DE SERVICIOS BASICOS DE SALUD. Presentado por Lic. Hedi Deman en Santo Domingo, República Dominicana. Guatemala, junio 30,de 1999.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social . PLAN NACIONAL DE SALUD 2000- 2004. BASES PARA SU FORMULACION. Guatemala, julio 23, de 1999.
- Universidad Rafael Landívar. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Ministerio de Educación. Secretaría de la Paz. Gobierno de Suecia. ACUERDOS DE PAZ. (17) ACUERDO SOBRE ASPECTOS ECONOMICOS Y SITUACION AGRARIA, (Firmado en México D.F. 6 de Mayo de 1996), Sección II-B. SALUD. Publicado en Guatemala, Junio de 1998.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. PROCESO DE MODERNIZACION. LINEAMIENTOS POLITICOS, ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACCION Y AVANCES. Guatemala, Mayo de 1998.

**CREACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE CALIDAD:
EL CASO DE MÉXICO**

Dr. Luis Durán Arenas
Dra. Sonia Fernández Canton
Mtro. Carlos Cruz Rivero
Dr. Reynaldo Sánchez Rodríguez
Dr. Raúl Wong
Dr. Francisco Franco
Dra. Edna Berumen Amor

RESUMEN

Uno de los principales obstáculos para implementar programas de fortalecimiento constante de calidad (FCC) en los países de desarrollo es la falta de información oportuna y adecuada para la toma de decisiones. El sistema de Información sobre calidad aquí descrito muestra una labor integrada para conjuntar cuatro herramientas diferentes destinadas a la generación y uso de información relacionada con la calidad, que ayuden a instrumentar el programa de fortalecimiento constante de la calidad en la Secretaría de Salud de México. El sistema de información sobre Calidad se concibió de tal manera que fuera posible explotar los datos disponibles en la Secretaría de Salud, al mismo tiempo que pudiera generarse nueva información para cubrir áreas que por tradición se descuidan o al menos no se consideran en los sistemas de información ordinarios. Además proporciona a los administradores de servicios de salud una serie de herramientas para la aplicación y uso óptimo de sus capacidades. El sistema de información sobre calidad está integrado por cuatro componentes: 1) un conjunto de encuestas de salida a los usuarios y estudios de la intervención de los prestadores para evaluar puntos específicos en la calidad de servicios de salud prestados; 2) encuestas nacionales sobre la satisfacción de usuarios y prestadores; 3) la estrategia de incidentes de salud indicativos y 4) la aplicación en la Secretaría de Salud de un sistema de Evaluación Comparativa del Desempeño de los servicios de salud estatales o provinciales (establecimiento de parámetros internos). El Sistema de Información sobre Calidad es una labor en curso para utilizar los datos en la toma de decisiones, tanto en la planeación como en el seguimiento y evaluación de los servicios prestados en el sistema de salud. La concepción y aplicación de este sistema de información sobre calidad es un modelo que podría resultar atractivo para los países menos desarrollados donde el uso de la información es limitado y el sistema podría ser un mecanismo para motivar el cambio en la manera de utilizar la información en el proceso de prestación de los servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales obstáculos para implementar programas de fortalecimiento constante de la calidad (FCC) en los países en desarrollo es la falta de información oportuna y adecuada para la toma de decisiones(1). La mayoría de los criterios recientes para el fortalecimiento de la calidad se basa en el uso intensivo de los datos. Por ejemplo, la estrategia de establecer parámetros exige la capacidad de recabar datos en las variables clave para formular comparaciones ya sea internas o competitivas del desempeño institucional (2).

Este tipo de método resulta problemático en los países de desarrollo, donde por lo general los datos son menos confiables, y en consecuencia sólo hay experiencias fragmentadas que se limitan a hospitales o a unidades de servicios de salud relativamente grandes, donde hay datos disponibles y es posible definir los problemas y actuar al respecto (3,4).

EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE CALIDAD EN LA SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO

El sistema de información sobre calidad aquí descrito muestra una labor integrada para conjuntar cuatro herramientas diferentes destinadas a la generación y uso de información relacionada con la calidad, que ayuden a implementar el programa de fortalecimiento constante de la calidad en la Secretaría de Salud de México.

El Sistema de Información sobre Calidad, se concibió de tal manera que fuera posible explotar los datos disponibles en la Secretaría de Salud, al mismo tiempo que pudiera generarse nueva información para cubrir áreas que por tradición se descuidan o al menos no se consideran en los sistemas de información ordinarios. Además el sistema está estructurado de tal forma que no sólo define qué datos se necesitan, sino que también proporciona a los administradores de servicios de salud una serie de herramientas para la aplicación y el uso del sistema.

El sistema de información sobre calidad está integrado por cuatro componentes: 1) un conjunto de encuestas de salida a los usuarios y estudios de la intervención de los prestadores para evaluar puntos específicos en la calidad de los servicios de salud prestados; 2) encuestas nacionales sobre la satisfacción de usuarios y prestadores; 3) la estrategia de incidentes de salud indicativos y 4) la aplicación en la Secretaría de Salud de un sistema de Evaluación Comparativa del Desempeño de los servicios de salud estatales o provinciales (establecimiento de parámetros internos).

En este artículo, se examinarán cada uno de estos componentes en sus aspectos conceptuales generales y se presentarán los resultados iniciales obtenidos al aplicar dos de los componentes del programa.

Entrevista de salida a los usuarios y estudios de la intervención de los proveedores

Estudios de intervención es el nombre genérico que se da a este tipo de análisis. Uno de los principales tipos de estos estudios, las encuestas de salida, se han puesto en boga en todo el mundo unido a la necesidad de contar con información oportuna para la elecciones políticas. Sin embargo, estos estudios se han empleado durante muchos años en el terreno de la comercialización en una amplia gama de organizaciones, desde tiendas de abarrotes o cadenas de supermercados hasta tiendas departamentales y de hoteles. Por lo general el objetivo de los estudios de intervención es ofrecer una rápida evaluación de un grupo seleccionado de indicadores del desempeño institucional (5).

A raíz de este método, se integró un Subsistema de Encuestas Rápidas en el sistema de información sobre servicios de salud, el cual nos permite analizar las perspectivas tanto de los usuarios como los prestadores. El objetivo de este componente es: “Informar de manera oportuna el desempeño de la Secretaría de Saslud sobre un grupo seleccionado de temas examinados con usuarios y prestadores, para evaluar los problemas y las oportunidades de mejorar la calidad de los servicios de salud prestados en los diferentes niveles de atención” (6).

El subsistema lo integran un paquete de 30 cuestionarios, un programa d computadora para capturar y procesar los datos y un conjunto de recomendaciones para el uso debido del sistema en el ámbito local de la administración. Veinte de los cuestionarios evalúan los problemas de importancia para los usuarios de los servicios de salud y diez más están orientados a los prestadores de estos servicios (Cuadro 1).

Cuadro 1. Cuestionarios de encuestas rápidas para usuarios y prestadores de servicios de salud.

CUESTIONARIOS PARA USUARIOS		CUESTIONARIOS PARA PRESTADORES
1. Satisfacción con la visita al consultorio.	11. Accesabilidad cultural.	1. Satisfacción con las condiciones de los laboratorios .
2. Satisfacción con los servicios de laboratorio.	12. Fármacos y materiales quirúrgicos.	2. Satisfacción con las condiciones de los rayos X.
3. Satisfacción con lños servicios radiológicos.	13. orientación.	3. Servicios efrecidos por la instalación de servicios de salud.
4. Satisfacción con los servicios de hospitalización.	14. Quejas.	4. Conocimiento de los programas jurisdiccionales.
5. Tiempo de espera en el hospital.	15. Condiciones estructurales de la unidad de servicios de salud.	5. Paquetes de atención esencial a la salud.
6. Tiempo de espera en los servicios de salud.	16. Condiciones estructurales del consumo.	6. Condiciones estructurales de la unidad.
7. Percepción del costo de los servicios hospitalarios.	17. Sistema de archivo y recepción.	7. Sistema de incentivos y recompensas en la unidad.
8. Percepción del costo de los servicios ambulatorios.	18. Horario de trabajo.	8. Programación de capacitación.
9. Accesabilidad geográfica.	19. Motivo de la visita.	9. Insumos disponibles para los prestadores de servicios de salud
10. accesabilidad económica.	20. Fuente habitual de atención.	10. Insumos disponibles para el trabajo administrativo.

Cada uno de los cuestionarios está concebido para evaluar un punto concreto (v. gr., la calidad técnica del médico), y en promedio incluye cinco preguntas para evaluar las principales dimensiones del tema seleccionado (Figura 1). El paquete contiene instrucciones específicas para cada cuestionario y también instrucciones generales para el proceso de muestreo, recopilación y procesamiento de datos.

Figura 1. Ejemplo de un Cuestionario para encuesta rápida.

Proceso de muestreo

Esto fue uno de los aspectos que se consideraron principales para el éxito del método de encuestas rápidas. El tamaño de la muestra se calculó con la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{T_2}{R_2} - \frac{Q}{P}$$

Donde:

- T= valor de confianza esperado
- R= máximo error relativo esperado
- P= proporción deseada estimada

Mediante un criterio conservador y pensando en un 15 por ciento de preguntas sin respuesta en el cuestionario el tamaño de la muestra se definió como 138 unidad de estudio (hospital, jurisdicción o centro de atención primaria a la salud). Se ideó un procedimiento completo para la selección de los entrevistados dentro de las unidades de estudio ya sea para encuestas de usuarios o de prestadores, a fin de garantizar que la formación de la muestra fuera un proceso aleatorio (puede solicitarse una descripción detallada de la encuesta).

Recopilación y procesamiento de datos

Para cada uno de los cuestionarios se proporciono un programa computarizado sencillo para capturar datos de un análisis. El jefe jurisdiccional puede procesar los datos y emplearlos directamente para la toma de decisiones. Una vez que se capturaron los datos, puede enviarse un diskette con la copia de la base de datos a la oficina estatal o central de estadística en la Secretaría de Salud.

Este diseño permitirá utilizar los datos en diferentes ámbitos de análisis, desde el nivel jurisdiccional hasta el análisis comparativo del desempeño de los distintos estados en el mismo conjunto de indicadores.

Encuestas nacionales de la satisfacción de usuarios y prestadores

Consideramos que un componente importante para vigilar y evaluar el proceso de descentralización en el sistema mexicano de servicios de salud es conocer la percepción que tiene el usuario en relación con los diferentes atributos de los servicios de salud que reciban en este momento , así como el modo en que su percepción varía de acuerdo con un conjunto de variables estructurales y procesales de los servicios de salud. Esto servirá como la medición base para comparar los efectos obtenidos con las diferentes iniciativas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados en los estados.

Puesto que no hay una recopilación sistemática de los datos sobre calidad de los servicios, se propuso crear dos encuestas: con la primera se recopilan datos relativos a la satisfacción de los usuarios con los recibidos, el contenido de la atención, su continuidad y las variables estructurales y procesales; la segunda encuesta se refiere a la satisfacción de los prestadores y evalúa puntos concernientes a la calidad en la prestación de servicios de salud y la calidad en los procesos de apoyo para dicha prestación.

Objetivos

1. Usuarios: determinar la percepción de la calidad de los servicios de salud recibidos, en lo tocante a estructura, proceso y resultados en la atención ambulatoria y hospitalaria.

Proceso de muestreo

Encuesta a los usuarios

Es una muestra por fases sucesivas, donde la etapa inicial es la selección aleatoria de uno de los estados dentro de cada una de las cinco regiones del país. A éstos se agragó el Distrito Federal (la ciudad de México), dada sus particularidades y la elevada proporción de la población de México que radica allí.

En la segunda etapa, se seleccionaron tres jurisdicciones sanitarias (sistemas de salud locales) en cada uno de los estados y se seleccionó un total de 18 jurisdicciones. En los estados donde había más de tres jurisdicciones, se empleó un proceso aleatorio para seleccionar los tres para el estado.

En la tercera etapa, se seleccionaron aleatoriamente 233 instalaciones de atención primaria a la salud y 37 instalaciones de atención secundaria dentro de las 18 jurisdicciones. En términos generales, en cada jurisdicción se seleccionaron 15 instalaciones de servicios de salud.

Por último, dentro de cada unidad, la selección de usuarios se realizó con un procedimiento sistemático. Se incluyeron 10 usuarios por cada unidad de atención primaria a la salud y 15 por unidad en el caso de las instalaciones de atención secundaria.

El tamaño de la muestra final es de 2885 usuarios, 2330 usuarios de atención primaria a la salud y 555 usuarios de atención secundaria.

Encuesta a los prestadores

La muestra también es de fases sucesivas. Para incrementar la eficiencia en función de los costos y la congruencia de los resultados de la encuesta, las tres primeras etapas son exactamente iguales que en el estudio de usuarios.

La última etapa del procedimiento de muestreo incluye la selección de prestadores dentro de las instalaciones de servicios de salud. Teniendo en cuenta que las unidades de atención primaria están dotadas en su personal con un equipo compuesto por un médico, una enfermera y un promotor de salud, se decidió entrevistar a todos los prestadores de las unidades. Por otra parte, se decidió emplear un procedimiento sistemático para seleccionar a 15 prestadores de cada una de las unidades de atención secundaria a la salud en la muestra. Entonces, el tamaño de la muestra final fue de 1254 prestadores, 699 prestadores de atención primaria a la salud y 555 prestadores de atención secundaria.

Las encuestas se programarán durante 1996 y los resultados de éstas serán la medición base del componente de calidad en el programa para reformar el sector de servicios de salud.

Incidentes de salud Indicativos

Por Incidentes de Salud Indicativos (ISIN) se entiende cualquier caso de enfermedad o incapacidad innecesarias o cualquier fallecimiento “inevitable” cuya existencia puede usarse

como sistema de alarma que indica la necesidad de fortalecer la calidad en una organización de salud determinada y, de hecho, en todo el sistema de salud (7,8). La existencia de un ISIN en una unidad de salud específica puede deberse a una o más de las siguientes circunstancias:

Factores relacionados con el usuario:

- Demora de acudir a los servicios de salud.
- Incumplimiento del tratamiento prescrito.
- Falta de conocimiento relativo a los tipos de servicios prestados por las unidades de servicios de salud.

Factores relacionados con el entorno del usuario:

- Barreras culturales
- Estilo de vida
- Situación económica
- Entorno

Factores relacionados con la unidad de servicios de salud:

- Insuficiencia de recursos humanos y materiales.
- Costo del servicio.
- Falta de suministros.
- Administración deficiente.

Factores relacionados con el prestador:

- Diagnóstico insatisfactorio.
- Tratamiento inadecuado.
- Problemas étnicos.
- Calidad técnica deficiente.

La existencia de un ISIN deberá generar la búsqueda sistemática de las causas relacionadas con su aparición y deberá ir seguida de medidas correctivas inmediatas, con objeto de evitar que en el futuro ocurran ISIN similares en la misma unidad. Por este motivo, un sistema de detección de ISIN deberá considerarse como mecanismo de vigilancia inmediata de la calidad en la atención a la salud que complementa otros mecanismos de garantía de la calidad como auditorías médicas y el estudio a fondo de fallecimientos maternos y perinatales o infecciones nosocomiales realizados por comités ad hoc.

Objetivos del subsistema de seguimiento de ISIN

El principal objetivo de este subsistema es conocer con la debida precisión y en el menor tiempo posible una serie de incidentes de salud que, cuando se presentan en usuarios de los servicios prestados por unidades médicas de la Secretaría de Salud, pueden ser reveladores de las deficiencias existentes en la calidad de la atención y que requieren que los ejecutivos en cuestión tengan conocimiento y tomen decisiones.

La implantación de este subsistema de seguimiento de los ISIN también permitirá: a) facilitar el funcionamiento de los comités de estudio para los ISIN incluidos en el subsistema; b) mejorar la administración de suministros, la asignación de personal de salud y los mecanismos vigentes de remisión y contrarremisión de pacientes.

Funcionamiento del subsistema del ISIN

Selección de ISIN que serán incluidos

Un grupo técnico que incluye varias unidades centrales de la Secretaría de Salud (Direcciones Generales de estudios en economía para la salud, salud en la reproducción,

epidemiología y estadística) seleccionó 5 ISIN tomados de una lista mayor de ISIN, a fin de probar el subsistema evitando sobrecargar las unidades con requisitos de información. Este grupo considera que esto también facilitará la implementación del subsistema.

Ya que demuestra la viabilidad y utilidad del subsistema de seguimiento de ISIN, se agregarán otros nuevos para vigilar cabalmente la calidad de la atención prestada por las unidades de salud de la Secretaría de Salud y, a la larga, instrumentar este subsistema en otras organizaciones públicas de servicios de salud.

Los ISIN seleccionados cumplen de manera satisfactoria los siguientes criterios:

- Son problemas de salud prioritarios de la Secretaría de Salud con programas de control ideados específicamente. Además, su frecuencia es ideal para utilizarlos como ISIN, porque todos no son excesivamente frecuentes y, por lo tanto, no impondrán una sobrecarga de requisitos de información en las unidades; por otra parte no son excesivamente excepcionales, lo cual evita el seguimiento de todas las unidades de servicios de salud.
- Son específicos, lo cual permite estudiar con detalle sus causas afines.
- En la actualidad hay sistemas de información para el informe epidemiológico y el estudio a fondo de todos los ISIN seleccionados.
- Todos son mensurables por cuanto los ISIN seleccionados son decesos o enfermedades con un alto grado de gravedad y especificidad en cuanto a sus manifestaciones clínicas.
- Son “evitables”, porque todos los ISIN seleccionados se previenen y administran de modo eficaz con la tecnología de poca complejidad vigente.
- Actualmente es viable llevar a cabo modificaciones en la estructura o funcionamiento de las unidades de servicios de salud de la Secretaría de Salud con el fin de evitar la existencia del ISIN, relacionados con las deficiencias en la calidad de la atención. Además, ya que este subsistema tiene como base los comités de estudio a fondo, esto no implicará la creación de nuevos grupos de estudio. Esto facilitará la instrumentación del subsistema del ISIN y también mejorará el funcionamiento de este tipo de grupos ya existentes.

Los siguientes ISIN fueron seleccionados conforme a los criterios previos y su existencia será objeto de una vigilancia permanente en las unidades de servicios de salud de la Secretaría de Salud:

- Fallecimientos por padecimientos hipertensores en el embarazo.
- Fallecimientos por cólera.
- Fallecimientos por diarrea acuosa aguda en niños menores de cinco años.
- Fallecimientos por infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años.
- Casos de tétanos neonatal.
- Fallecimientos relacionados con infecciones nosocomiales.
- Confidencialidad y aspectos legales

Toda la información contenida en el subsistema de ISIN será estrictamente confidencial y no conllevará connotaciones de responsabilidad legal, las cuales serán manejadas por otras instancias. Aparte, el subsistema no tendrá carácter punitivo, sino

preventivo con la finalidad de evitar la existencia de futuros ISIN en la misma unidad a través de medidas para fortalecer la calidad, cuando sea necesario.

Sistemas de informes

Además de las infecciones nosocomiales, todos los ISIN seleccionados pueden presentarse en las unidades de servicios de salud de la Secretaría de Salud o ser consecuencia de la atención allí recibida. Por esto el subsistema de información sobre ISIN exige su notificación sin considerar el lugar donde ocurra el ISIN, siempre que el paciente haya recibido atención en la unidad de salud de la secretaría.

El sistema de informes del ISIN tiene tres instrumentos:

1. Informes inmediatos. Los directivos de la unidad de servicios de salud deben llevar un formulario para informe inmediato con la información mínima referente al paciente y al incidente ocurrido. Dicho formulario deberán enviarlo en un plazo de 24 horas a la autoridad jurisdiccional. Esta informa de inmediato a las autoridades estatal y nacional.
2. Evaluación preliminar. Al recibir la notificación inmediata, un comité encabezado por el presidente de la jurisdicción inicia el estudio del caso con las visitas al lugar requeridas. Es preciso que en 48 horas dicho comité llene y envíe un formulario de evaluación preliminar a las autoridades estatal y nacional. Además, el comité determina las medidas correctivas inmediatas y este proceso lo supervisa la jerarquía estatal. La autoridad brinda el apoyo técnico necesario.
3. Evaluación concluyente. La existencia de un ISIN provoca un estudio a fondo del caso hecho por el comité jurisdiccional correspondiente, el cual debe terminarlo y emitir las recomendaciones finales para evitar futuros ISIN en las unidades de atención a la salud. Este comité llena el formulario de evaluación concluyente correspondiente y lo envía a las autoridades estatal y nacional. Estas últimas también proporcionan supervisión y apoyo técnico en esta etapa. El sistema está en revisión actualmente y su implementación se programará durante 1996.

Sistema de evaluación comparativa del desempeño de los servicios de salud estatal o provincial (establecimiento de parámetros internos).

La evaluación comparativa del desempeño es un proceso de comparación sistemática de un conjunto seleccionado de indicadores en el ejercicio de los servicios de salud de 32 estados. La meta es identificar cuál de todos los estados cuenta con el mejor ejercicio. En otras palabras nos interesa identificar el mejor ejercicio del país, que se pone de manifiesto en un desempeño superior (9,10).

Este proceso nos permite identificar no sólo quién es el mejor en el grupo paritario, sino qué aspectos lo hacen el mejor y qué aspectos deberán modificarse para mejorar el desempeño. Los indicadores se seleccionaron conforme a las prioridades institucionales, expresadas en los siguientes criterios: satisfacción de los pacientes, motivación y satisfacción a los prestadores, importancia del proceso seleccionado dentro de la institución de atención a la salud y recuperación del dinero invertido (11).

Sistema de evaluación comparativa del desempeño empleado por la Secretaría de Salud de México.

El sistema elegido es del tipo del establecimiento de parámetros internos, ideado para comparar las unidades médicas de los 31 estados del país y el Distrito Federal utilizando un conjunto de indicadores de desempeño para la atención ambulatoria y hospitalaria. El sistema se centró en las actividades del Consejo Nacional de Salud, un foro donde las autoridades de salubridad estatales y las autoridades centrales de la secretaría de Salud se reúnen cada mes y medio para deliberar sobre la planeación y también sobre las actividades de seguimiento y evaluación en la secretaría de Salud.

Cada tres meses, en la sesión correspondiente del consejo, se reparte un informe sobre el desempeño de un conjunto de 7 indicadores de servicios de salud ambulatorios y 11 indicadores del desempeño hospitalario y lo analizan con las autoridades de salubridad estatales (cuadro 2)

Cuadro 2. Indicadores comparativos del desempeño de hospitales, enero a marzo de 1995

Estancia hospitalaria ajustada			Porcentaje recién nacidos Mortalidad hospitalaria vacunados								
Estado	Tasa de ocupación	Total	Cirugía interna	Med. Pediatría y obstetr.	Ginecología de partos por cesárea	Porcentaje	Vac. Tub.	Sabin	Bruta	Ajustada	Maternal
País											

A las autoridades de salubridad estatales se les aconseja que comparen el desempeño en su estado con el desempeño en otros estados y que consulten entre ellos las causas de las diferencias y los métodos para mejorar su desempeño (Figuras 2 y 3).

Figura 2. Sistema de evaluación comparativa del desempeño porcentaje de ocupación hospitalaria enero a marzo de 1995

El mismo conjunto de indicadores se envía a los responsables del programa correspondiente a nivel nacional y se les aconseja que evalúen las diferencias entre los estados y que tomen medidas para apoyar las iniciativas estatales orientadas a mejorar el desempeño en los estados que muestran el peor nivel.

Figura 3. Sistema de evaluación comparativa del desempeño porcentaje de ocupación hospitalaria julio a septiembre de 1995

Es importante observar que todo este proceso lo supervisa el Secretario de Salud, quién como presidente del Consejo Nacional de Salud dirige las deliberaciones y el seguimiento del desempeño de las autoridades de salubridad estatales.

RESULTADOS INICIALES DE LA APLICACION DEL SISTEMA EN LA SECRETARÍA DE SALUD

Dos de los cuatro componentes, las encuestas rápidas y el sistema de evaluación comparativa del desempeño, tienen un pleno desarrollo y actualmente se aplica a los estados mexicanos. El componente de incidentes de salud indicativos esta es la etapa de revisión final y se probará en una serie seleccionada de estados. Por último, las encuestas sobre satisfacción de usuarios y prestadores están siendo sometidas a prueba como parte de la evaluación de un importante programa (Proyecto de atención básica a la salud) financiado por el Banco Mundial para desarrollar la infraestructura de salud en cuatro estados mexicanos (12). Los instrumentos se probarán al mismo tiempo que se emplean para generar información para evaluar este programa.

A continuación se presentarán los resultados iniciales obtenidos con la aplicación de los dos primeros componentes.

Sistema de evaluación comparativa del desempeño (SECD)

Como se mencionó antes, este componente tiene incentivos para que tanto los responsables centrales del área, como las autoridades de salubridad estatales, corrijan los problemas que determinan un desempeño insuficiente en un indicador dado. Las autoridades estatales y centrales examinan los informes trimestrales y se aplican modificaciones para corregir los problemas detectados. La experiencia del primero al tercer trimestre de 1995 indica que hubo mejoras en la mayoría de los indicadores que pudieran reflejar cambios a corto plazo (Cuadros 4 y 5). Si comparamos las cifras para el primero y el tercer trimestre de los indicadores sobre el desempeño en la atención hospitalaria o ambulatoria es posible observar cambios entre los estados.

Cuadro 4 y 5

Por ejemplo, la tasa de ocupación hospitalaria en la mayoría de los estados aumentó un poco, sin embargo, algunos estados informaron grandes reducciones o incrementos en las tasas de ocupación. En particular, el estado de Chiapas mostró un movimiento ascendente de casi 57 puntos porcentuales del primer trimestre al tercero, mientras en el mismo período el estado de Coahuila reportó un importante disminución en la tasa de ocupación de casi 35 puntos porcentuales.

Originalmente se aconsejó a los estados que buscaran los motivos de que tengan tasas de ocupación bajas y si estuvieran relacionadas con problemas procesales o estructurales, deberán entregar una propuesta para solucionar los problemas. Más tarde, una vez que empezaron a aparecer variaciones amplias, se indicó a los estados que verificaran con cuidado qué estaba pasando: ¿era problema de medición? ¿se trataba de un problema estacional? o era una mejora real o un descenso real en la demanda? A la fecha, los estados han reaccionado presentando una serie de iniciativas; entre ellas las más comunes son las siguientes:

- Capacitación en la solución de problemas para los equipos de servicios de salud locales (estado de Campeche).
- Progreso en los sistemas de supervisión e inventario (estado de Guerrero).

- Mayor coordinación de los hospitales y centros de atención primaria a la salud para incrementar la cobertura de la vacunación (estado de Aguascalientes).
- Consolidación de las estrategias operativas de la vacunación (estado de Guanajuato)
- Intensificación del Programa de diagnóstico temprano del cáncer cervical (estado de Aguascalientes)
- Capacitación de las madres en el diagnóstico temprano y el tratamiento de la deshidratación (estado de Coahuila).
- Evaluación sistemática de objetivos y metas (estado de Guanajuato).
- Aplicación del SECD para comparar el desempeño de los hospitales y las unidades de atención primaria a la salud dentro del estado (estado de México).
- definición y unificación de los criterios para administrar la información (estado de México).
- Consolidación de los Programas prioritarios (estado de Tlaxcala).
- Mejoramiento del control prenatal (estado de Tlaxcala).

Encuestas de salida a los usuarios y estudios de intervención de los prestadores

Los 30 cuestionarios fueron sometidos a una prueba piloto en los 32 estados del país; no todos los estados aplicaron los mismos cuestionarios, sin embargo, en promedio cada cuestionario se usó en tres estados. Al mismo tiempo, los cuestionarios se aplicaron en uno de los hospitales generales de la ciudad de México para evaluar la aplicabilidad de estos cuestionarios en una sola unidad. Como ejemplo, presentaremos a continuación algunos de los resultados de ámbito estatal obtenidos en el cuestionario: satisfacción del usuario con la disponibilidad de fármacos y material quirúrgicos (Figuras 4 y 5)

Figura 4 . Satisfacción del usuario de los fármacos.

Figura 5. Satisfacción del usuario con los materiales quirúrgicos

Estas cifras demuestran que hay una variación considerable en los cuatro estados que respondieron este cuestionario. En la figura 4 se ve que los estados de Guanajuato, Guerrero y Veracruz parecen tener problemas importantes para conseguir fármacos, mientras que los usuarios del estado de México informan sobre una situación mucho mejor. La idea general , como fué el caso con el sistema de Evaluación Comparativa del Desempeño, es determinar en qué unidades de servicios de salud de cuál estado puede localizarse el mejor ejercicio, como pueden servir de modelo o guía para mejorar la calidad de las unidades de servicios de salud en otros estados.

El mismo tipo de información se obtuvo con los 30 cuestionarios de la prueba piloto. Originalmente se aconsejó a los estados que establecieran por qué los usuarios y prestadores informaron estos resultados, y si estuvieran relacionados con problemas procesales o estructurales, de modo que pudieran aplicar medidas correctivas. A la fecha, los estados han reaccionando presentando una serie de iniciativas; entre ellas las citadas con más frecuencia son las siguientes:

Divulgación de las normas técnicas oficiales mexicanas sobre servicios de salud (estado de Baja California).

Mejoramiento en el proceso de encuentro clínico (estado de Durango).

Capacitación del personal (estado de Puebla).

Mayor supervisión por parte de equipos de supervisores y ejecutivos de servicios de salud (estados de Puebla y Tlaxcala)

Mejor distribución de insumos para los servicios de salud (estados de Puebla y Sinaloa).

Medidas para mejorar las relaciones humanas dentro de la organización (estado de San Luis Potosí).

Redefinición del programa de trabajo y equipos para fortalecimiento constante de calidad (Distrito Federal).

Reforzamiento de la asesoría al paciente en relación con su enfermedad y tratamiento (Distrito Federal).

Retroalimentación para ejecutivos de los servicios de salud y prestadores directos de servicios (estado de Guerrero, Guanajuato y Michoacán).

Exámen de las condiciones estructurales de las unidades de servicios de salud (estado de Sonora).

Perfeccionamiento del sistema de designaciones y del uso de los archivos clínicos (estado de Campeche).

Mejoramiento en el empleo de las cuotas de los usuarios en las unidades de servicios de salud (estado de Campeche).

Reforzamiento de la divulgación entre la población del horario de trabajo que tienen las unidades de servicios de salud (estado de Campeche).

Realización de una evaluación general de los servicios de salud (estado de Querétaro).

CONCLUSIONES

El Sistema de Información sobre Calidad es una labor en curso para utilizar datos en la toma de decisiones, tanto en la planeación como en el seguimiento y evaluación de los servicios prestados en el sistema de servicios de salud. Las principales razones para dar a conocer a nuestros colegas la estructura y desarrollo de este sistema de información sobre calidad, por una parte, son tener la oportunidad de recibir comentarios y sugerencias que pudieran reforzar la implementación e institucionalización del sistema. Por otra parte, consideramos que éste es un modelo que podría resultar atractivo para los países menos desarrollados en donde el uso tradicional de la información para tomar decisiones es limitado y el sistema podría ser un mecanismo para motivar un cambio en la manera de utilizar la información en el proceso de prestación de los servicios de salud.

RECONOCIMIENTO

Por último, quisiéramos aclarar que este sistema se estructuró con la participación activa de las autoridades estatales de los servicios de salud coordinadas por el Consejo Nacional de Salud y la Subsecretaría de Planeación; ambas son estructuras recientemente renovadas que han permitido transformar la manera de hacer planeación en el país. Esta es otra contribución que deberá valorarse en el movimiento de reforma que están prosperando en los sistemas de los servicios de salud en los países en desarrollo.

REFERENCIAS

1. DiPrete, L. Lessons Learned in Institutionalization of Quality Assurance Programs: an International Perspective. *International Journal for Quality in Health Care*. 7(4):419-425, 1995.
2. Spendolini, M.J. *The Benchmarking Book*. New York: Amacom, 1992.
3. Durán-Arenas, L. , Castro, E. and Fernández, J. *The Continuous Quality Improvement Program In the American British Cowdray Hospital of Mexico*. Manuscript. International Society of Quality Assurance, Maastrich, 1993.
4. Ruelas, E. et al. *Círculos de Calidad como una estrategia de un programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica en el Instituto Nacional de Perinatología*. *Salud Pública de México*, 32:207-220, 1990.
5. Woher, J.C. *TQM/CQI Efforts in Japanese Hospitals-Why not?*. In: Kazandjian, V. (Ed). *The effectiveness of CQI in Health Care: Stories from a global perspective*. Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press. Chapter 2, pp.49-108, 1997.
6. Morohashi, Y. *Why are Hospital Finances in the red?*. *Japan Hospitals*, No.13, pp. 6, 1994.
7. Yoshiaki, N. *Problems of protocol practice, Japan*. *Japan Hospitals*, No. 10, pp. 19-24, 1991.
8. Boyce, N. *Quality in Australian Health Care: Moving the Goalpost on a Roughly Paved Road to Improvement*. In: Kazandjian, V. (Ed). *The effectiveness of CQI in Health Care*:

- Stories from a global perspective. Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press. Chapter 3, pp. 109-133, 1997.
9. National Health Ministers' Benchmarking Working Group. First National Report on Health Sector Performance indicators: Public Hospitals-the state of play. Canberra: The Australian Institute of Health and Welfare, 1996.
 10. Thomson, R. Quality in the British National Health Service. . In: Kazandjian, V. (Ed). The effectiveness of CQI in Health Care: Stories from a global perspective. Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press. Chapter 4, pp. 135-192, 1997.
 11. Drummond, M.F., and Maynard, A. Purchasing and providing cost-effective health care. Edinburgh:Churchill Livingstone, 1993.
 12. Rutstein, D.D., Berenberg, W., Chalmers, T.C., Child, Ch., Fishman, A., Perrin, B.E. Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method. New England Journal of Medicine, Vol. 294, pp. 582-584, 1976.
 13. Rutstein, D.D. The Principle of the Sentinel Health Event and its Application to the Occupational Diseases. Archives of Environmental Health, 39(3):158, 1984.
 14. Backstrom, C.H. y Hursch-César, G. Survey Research, New York: John Wiley & Sons 1981, pp. 119-186.
 15. Secretaría de Salud. Sistema de Información sobre Calidad de la Atención. México: Secretaría de Salud, 1995.
 16. 2. pp. 3-38.
 17. Zairi, M. and Leonard, P. Practical Benchmarking: the Complete Guide. London: Chapman & Hall, 1994.
 18. Cassels, A. Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries. Journal of International Development. 7(3):329-347, 1995.
 19. SSA. Second Basic Health Care Project, PASSPA-II. 1995.

Table 1. Rapid Survey Questionnaires for Users and Providers of Health Care Services

USER QUESTIONNAIRES		PROVIDER QUESTIONNAIRES
1. Satisfaction with the office visit	11. Cultural Accessibility	1. Satisfaction with Laboratory Conditions
2. Satisfaction with Laboratory Services	12. Drugs and Surgical Materials	2. Satisfaction with the X Ray Conditions
3. Satisfaction with Radiological Services	13. Orientation	3. Services Offered by the Health Care Facility
4. Satisfaction with Hospitalization Services	14. Complaints	4. Knowledge of Jurisdictional Programs
5. Hospital Waiting Time	15. Structural Conditions of the Health Care unit	5. Essential Health Care Package
6. Primary Care Services Waiting Time	16. Structural Conditions of the Medical Office	6. Structural Conditions of the Unit
7. Perception of the Cost of Hospital Services	17. Reception and Archive Systems	7. System of Incentives and Rewards in the Unit
8. Perception of the Cost of Ambulatory Services	18. Service Hours	8. Training Program
9. Geographic Accessibility	19. Reasons for the Visit	9. Inputs Available for Health Care Providers
10. Economic Accessibility	20. Usual Source of Care	10. Inputs Available for Administrative Work

Table 2. Comparative Performance Indicators for Hospitals,
January to March 1995

State	Occupancy Rate	Adjusted Length of Stay					Percentage Deliveries Attended by Cesarean Section	Percentage of Newborns Vaccinated		Hospital Mortality		
		Total	Surgery	Internal Med.	Pediatrics	Gynecology & Obstetrics		BCG	Sabin	Crude	Adjusted	Maternal
Country	57.1	4.6	4.9	5.0	5.3	1.7	26.1	82.1	80.1	29.0	16.3	0.9
AGS	47.4	3.4	4.6	3.0	5.4	1.4	20.4	81.7	79.9	20.2	10.9	0.6
BC	67.1	3.4	6.1	6.2	6.1	1.6	25.8	98.0	84.8	34.1	19.3	0.0
BCS	42.6	5.7	4.8	5.7	4.0	1.7	25.8	78.4	75.6	32.9	19.8	0.0
CAM	59.5	3.5	6.3	4.7	5.0	1.9	28.9	99.6	99.9	30.1	11.8	0.0
COA	62.0	3.4	5.0	4.6	4.4	1.6	24.5	77.2	78.0	49.5	26.3	1.1
COL	82.6	3.1	4.9	4.1	5.1	1.7	28.2	79.2	76.9	32.4	17.0	1.8
CHIS	32.6	2.2	3.0	3.4	3.9	1.4	17.3	67.8	69.8	18.3	12.8	0.0
CHIH	54.9	3.7	4.3	5.2	3.9	1.5	28.3	87.3	93.4	23.0	14.4	0.0
DF	55.2	8.4	4.5	5.4	4.8	2.3	32.8	82.0	83.7	8.8	4.2	1.6
DGO	44.1	3.9	5.4	4.7	5.1	1.6	23.9	78.2	89.4	30.6	16.1	0.0
GTO	58.5	3.4	5.6	4.8	5.3	1.6	25.3	86.8	77.1	37.2	22.7	1.9
GRO	47.5	4.8	4.6	4.9	5.7	1.5	24.2	77.5	59.6	27.7	14.1	0.4
HGO	79.6	7.6	6.2	4.2	6.1	1.6	23.2	70.6	62.7	31.6	17.4	0.7
JAL	36.7	2.7	3.1	6.2	4.2	1.6	25.0	100.0	97.7	20.5	13.5	1.1
MEX	46.2	8.3	4.5	5.9	5.7	1.8	22.0	78.9	65.0	33.4	19.5	0.4
MICH	58.9	4.5	5.6	7.1	5.2	1.9	27.2	76.5	83.1	35.0	17.3	1.2
MOR	60.7	3.0	4.7	4.7	4.6	1.6	28.8	100.0	33.2	36.5	16.4	1.4
NAY	80.6	2.4	3.9	3.2	3.6	1.6	13.5	92.5	91.3	19.1	10.6	0.7
NL	62.2	3.9	4.3	4.3	5.5	1.9	36.4	91.3	43.3	24.9	14.1	1.2
OAX	70.0	4.4	6.8	5.7	7.0	1.9	33.9	74.7	64.9	28.3	15.9	1.5
PUE	46.6	5.0	4.8	4.9	5.7	1.9	27.8	58.7	31.9	29.8	16.3	1.7
QRO	53.8	3.1	4.4	4.2	4.9	1.9	32.3	88.6	68.0	21.2	8.3	0.0
QROO	75.1	2.9	4.1	4.0	5.2	1.6	28.1	72.2	59.7	37.7	17.2	1.6
SLP	62.1	3.2	5.0	4.2	3.9	1.6	29.4	70.6	57.9	36.3	20.8	0.0
SIN	70.1	2.8	3.8	5.0	5.3	1.7	18.7	80.1	71.4	21.6	8.4	1.1
SON	55.2	4.7	4.7	5.1	5.5	1.6	21.2	99.9	100.0	26.7	17.9	0.8
TAB	67.2	3.4	4.3	5.4	6.1	1.7	28.1	90.2	94.6	23.8	17.0	0.9
TAM	58.3	3.1	6.0	4.9	3.3	1.7	25.2	92.8	95.1	33.0	22.9	0.5
TLAX	74.4	2.8	3.8	3.7	5.9	1.6	27.8	83.7	92.1	28.0	9.5	0.9
VER	87.7	4.1	6.2	5.2	6.8	2.2	29.4	70.3	70.6	42.0	21.1	0.7
YUC	70.5	4.9	8.2	8.2	10.5	2.0	35.0	58.4	69.6	25.7	18.3	0.7
ZAC	97.8	3.2	3.7	4.5	6.4	2.0	22.3	46.5	9.6	33.7	18.6	1.4

Table 3. Comparative Performance Indicators for Hospitals,
July to September 1995

State	Occupancy Rate	Adjusted Length of Stay					Percentage Deliveries Attended by Cesarean Section	Percentage of Newborns Vaccinated		Hospital Mortality		
		Total	Surgery	Internal Med.	Pediatrics	Gyn. & Obst.		BCG	Sabin	Crude	Adjusted	Maternal
Country Average	65.76	4.28	4.81	4.75	5.14	1.86	26.88	79.35	81.67	27.46	15.50	0.635
Aguascalientes	57.11	3.23	4.38	3.16	6.49	1.37	23.16	89.38	83.52	15.21	11.60	0.046
Baja California	61.42	3.75	6.74	8.45	6.89	1.61	24.48	92.17	90.63	34.80	19.71	0.00
Baja Cal. Sur	56.93	4.57	5.13	4.94	5.29	1.77	26.69	64.04	66.67	19.44	10.97	0.00
Campeche	69.26	3.28	6.00	4.09	4.54	1.95	29.77	100.00	100.00	30.99	9.83	0.00
Coahuila	27.59	2.15	3.31	3.00	3.66	1.59	18.46	100.00	95.52	12.63	7.22	0.00
Colima	63.87	3.43	3.95	4.57	4.27	1.62	28.30	68.37	89.79	28.25	15.02	0.763
Chiapas	89.17	3.16	4.76	3.89	5.58	1.75	30.40	72.82	78.58	28.64	13.70	1.243
Chihuahua	65.57	3.24	4.40	4.60	5.26	1.53	24.22	97.52	96.85	32.41	20.57	1.862
Mexico City	62.12	10.72	4.76	8.52	3.87	3.98	33.13	78.51	67.50	21.43	12.11	0.968
Durango	51.70	4.04	4.38	4.46	5.01	1.56	19.48	86.44	83.05	26.13	15.49	0.00
Guanajuato	72.25	2.98	4.63	5.06	5.11	1.52	22.85	53.28	92.60	25.99	13.49	0.294
Guerrero	63.39	3.50	5.78	4.44	5.10	1.70	29.07	54.15	69.12	35.18	23.65	0.985
Hidalgo	81.52	7.24	5.17	4.31	5.22	1.67	26.01	71.16	67.75	29.26	17.45	1.859
Jalisco	58.72	2.62	2.83	5.29	4.80	1.61	25.12	81.66	86.59	17.08	9.81	0.168
Mexico State	59.62	4.74	4.43	5.05	5.25	1.84	23.07	76.80	80.02	28.35	16.77	0.283
Michoacan	64.77	4.63	5.74	6.27	4.98	2.24	27.93	92.90	82.62	35.57	19.62	3.497
Morelos	67.14	2.96	4.74	3.78	4.46	1.69	30.37	57.58	54.25	35.84	16.89	0.390
Nayarit	90.39	2.17	3.06	2.46	3.22	1.42	20.60	97.01	96.63	25.16	11.93	0.00
Nuevo Leon	73.00	3.73	4.64	4.63	5.95	1.86	34.53	98.82	93.14	17.80	9.96	0.00
Oaxaca	86.03	6.02	7.01	5.15	6.47	2.00	35.61	79.35	84.34	29.62	14.60	1.719
Puebla	70.91	10.09	5.58	4.69	5.15	1.88	28.17	34.19	40.06	30.95	17.71	1.708
Queretaro	74.22	3.00	4.53	3.73	5.54	1.64	28.62	87.06	86.28	42.41	23.56	0.794
Quintana Roo	60.51	3.05	3.86	4.34	4.84	1.75	33.27	73.89	73.62	21.46	9.50	1.741
San Luis P.	76.73	2.76	3.89	4.67	4.97	1.75	21.49	100.00	96.76	18.58	5.17	0.458
Sinaloa	73.83	3.36	5.79	4.19	4.44	1.67	29.09	70.48	69.34	42.14	22.36	1.069
Sonora	59.05	4.51	4.89	4.72	5.35	1.61	23.30	100.00	97.66	24.09	15.92	0.00
Tabasco	71.57	3.63	4.53	6.07	5.45	1.76	32.93	89.10	84.46	28.40	20.59	0.263
Tampico	55.64	3.17	5.73	5.07	3.37	1.84	22.91	99.32	97.99	33.06	16.06	0.789
Tlaxcala	75.16	2.77	4.19	3.79	5.59	1.72	29.53	97.13	93.99	22.30	11.91	0.879
Veracruz	88.02	3.98	6.54	4.38	5.70	2.44	27.97	56.60	78.20	34.42	17.94	0.00
Yucatan	75.85	4.59	8.32	8.00	10.22	1.91	33.37	64.97	46.84	30.42	21.10	0.00
Zacatecas	98.61	2.84	3.59	4.42	5.63	1.67	21.53	82.74	82.30	33.81	19.36	0.00

List of Captions for Illustrations

Figure 1. Example of a Rapid Survey Questionnaire.

**Figure 2. Comparative Performance Evaluation System
Hospital Occupation Percentage
January to March 1995**

**Figure 3. Comparative Performance Evaluation System
Hospital Occupation Percentage
July to September 1995**

Figure 4. User Satisfaction with Drugs

Figure 5. User satisfaction with Surgery Materials

**SUBSISTEMA DE ENCUESTAS RAPIDAS DE CALIDAD
PERCEPCION DE LA CONSULTA EXTERNA**

Unidad médica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | |
 día mes año

Folio | _ | _ | _ | _ |

ERC | _ | _ | _ | _ |

El objetivo de las siguientes preguntas es conocer su opinión acerca de la atención de los médicos en esta unidad.

1. ¿El médico se interesó en escucharlo (a)?

Si (1)
No (2)

2. ¿Que tanto le preguntó el médico sobre sus molestias?

Mucho (1)
Regular (2)
Poco (3)
Nada (4)

3. Al pasar a consulta

3.1 ¿Lo revisaron?
3.2 ¿Lo pesaron?
3.3 ¿Lo midieron?
3.4 ¿Le tomaron la temperatura?
3.5 ¿Le tomaron la presión arterial?

Si	No	NR
(1)	(2)	(9)
(1)	(2)	(9)
(1)	(2)	(9)
(1)	(2)	(9)
(1)	(2)	(9)

4. ¿El médico le explicó lo que tenía?

Si (1) No (2) No Respuesta (3)

5. ¿La explicación del médico fué?

Poco clara (1) Clara (2) Muy clara (3)

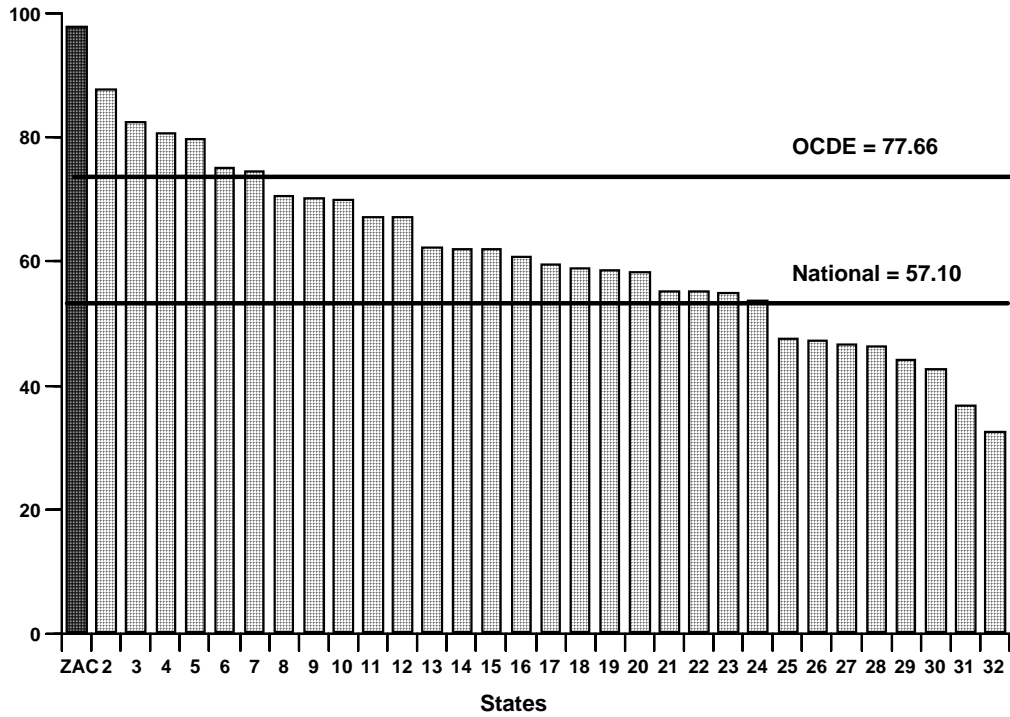
6. Al pasar a consulta

6.1 ¿Le dió recomendaciones?
6.2 ¿Le recetó medicinas?

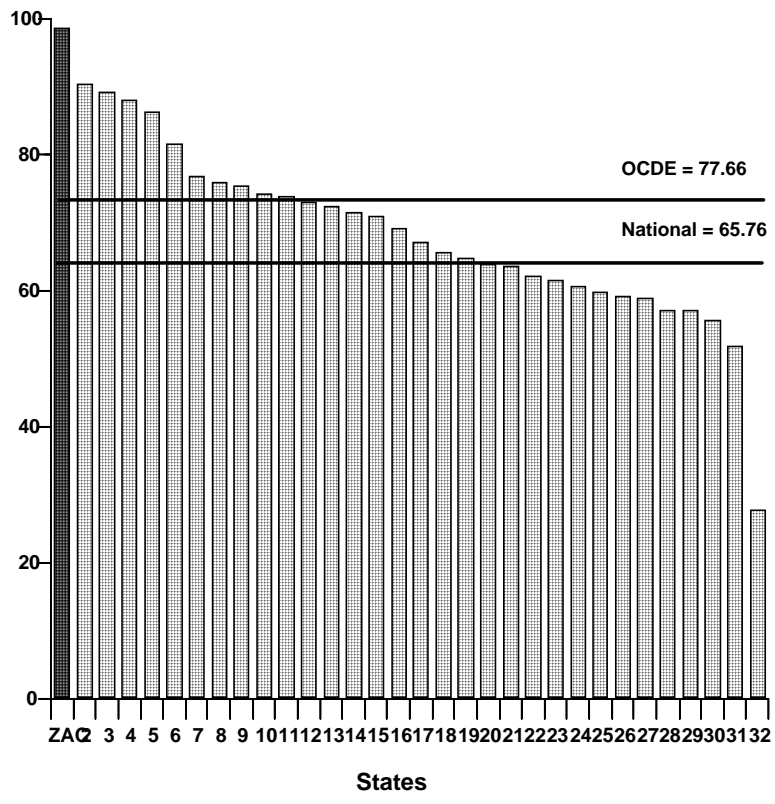
Si	No	NR
(1)	(2)	(9)
(1)	(2)	(9)

7. ¿En general cómo considera la atención del médico?

Muy buena (1) Mala (4)
Buena (2) Muy Mala (5)
Regular (3)



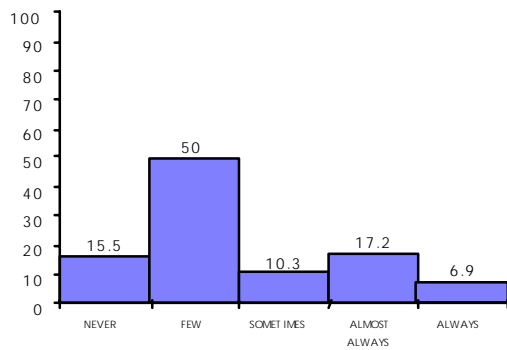
Source: Secretary of Health, General Directorate of Statistics



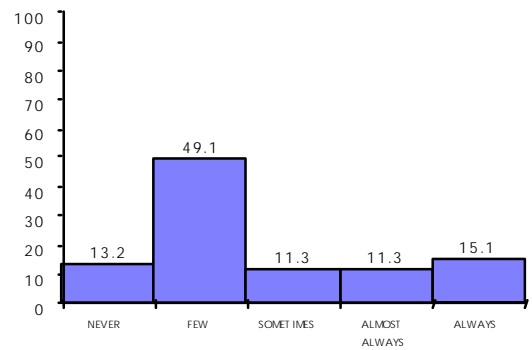
Source: Secretary of Health, General Directorate of Statistics

Questions 2. Are there in this unit the drugs to treat your illness or disease?

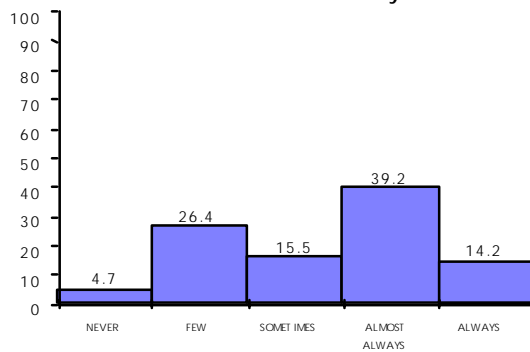
GUANAJUATO



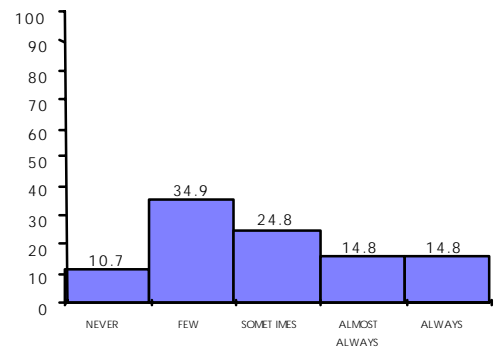
GUERRERO



**MEXICO
Ambulatory**

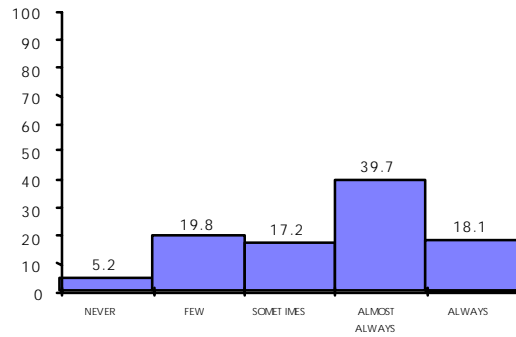


VERACRUZ

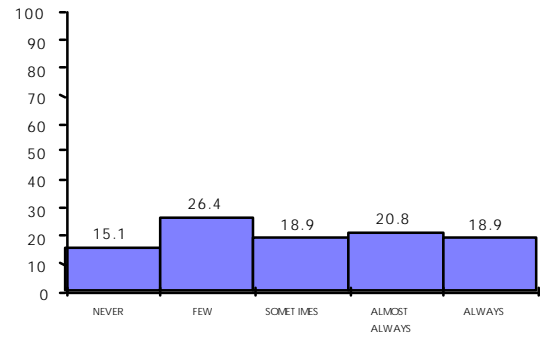


Questions 3. Are there in this unit gauze, syringes and other cleaning materials for injuries?

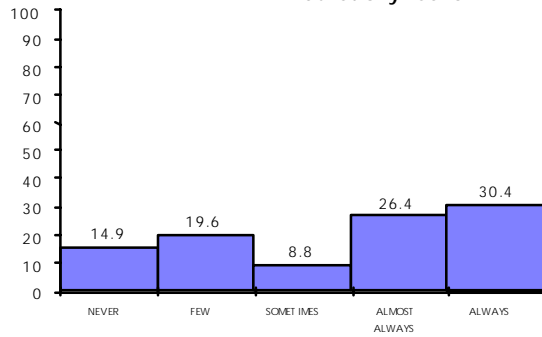
GUANAJUATO



GUERRERO



**MEXICO
Ambulatory Care**



VERACRUZ

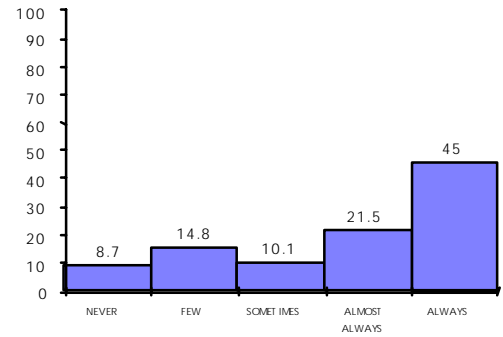


Table 1. Rapid Survey Questionnaires for Users and Providers of Health Care Services

USER QUESTIONNAIRES		PROVIDER QUESTIONNAIRES
1. Satisfaction with the office visit	11. Cultural Accessibility	1. Satisfaction with Laboratory Conditions
2. Satisfaction with Laboratory Services	12. Drugs and Surgical Materials	2. Satisfaction with the X Ray Conditions
3. Satisfaction with Radiological Services	13. Orientation	3. Services Offered by the Health Care Facility
4. Satisfaction with Hospitalization Services	14. Complaints	4. Knowledge of Jurisdictional Programs
5. Hospital Waiting Time	15. Structural Conditions of the Health Care unit	5. Essential Health Care Package
6. Primary Care Services Waiting Time	16. Structural Conditions of the Medical Office	6. Structural Conditions of the Unit
7. Perception of the Cost of Hospital Services	17. Reception and Archive Systems	7. System of Incentives and Rewards in the Unit
8. Perception of the Cost of Ambulatory Services	18. Service Hours	8. Training Program
9. Geographic Accessibility	19. Reasons for the Visit	9. Inputs Available for Health Care Providers
10. Economic Accessibility	20. Usual Source of Care	10. Inputs Available for Administrative Work

Table 2. Comparative Performance Indicators for Hospitals,
January to March 1995

State	Occupancy Rate	Adjusted Length of Stay					Percentage Deliveries Attended by Cesarean Section	Percentage of Newborns Vaccinated		Hospital Mortality		
		Total	Surgery	Internal Med.	Pediatrics	Gynecology & Obstetrics		BCG	Sabin	Crude	Adjusted	Maternal
Country	57.1	4.6	4.9	5.0	5.3	1.7	26.1	82.1	80.1	29.0	16.3	0.9
AGS	47.4	3.4	4.6	3.0	5.4	1.4	20.4	81.7	79.9	20.2	10.9	0.6
BC	67.1	3.4	6.1	6.2	6.1	1.6	25.8	98.0	84.8	34.1	19.3	0.0
BCS	42.6	5.7	4.8	5.7	4.0	1.7	25.8	78.4	75.6	32.9	19.8	0.0
CAM	59.5	3.5	6.3	4.7	5.0	1.9	28.9	99.6	99.9	30.1	11.8	0.0
COA	62.0	3.4	5.0	4.6	4.4	1.6	24.5	77.2	78.0	49.5	26.3	1.1
COL	82.6	3.1	4.9	4.1	5.1	1.7	28.2	79.2	76.9	32.4	17.0	1.8
CHIS	32.6	2.2	3.0	3.4	3.9	1.4	17.3	67.8	69.8	18.3	12.8	0.0
CHIH	54.9	3.7	4.3	5.2	3.9	1.5	28.3	87.3	93.4	23.0	14.4	0.0
DF	55.2	8.4	4.5	5.4	4.8	2.3	32.8	82.0	83.7	8.8	4.2	1.6
DGO	44.1	3.9	5.4	4.7	5.1	1.6	23.9	78.2	89.4	30.6	16.1	0.0
GTO	58.5	3.4	5.6	4.8	5.3	1.6	25.3	86.8	77.1	37.2	22.7	1.9
GRO	47.5	4.8	4.6	4.9	5.7	1.5	24.2	77.5	59.6	27.7	14.1	0.4
HGO	79.6	7.6	6.2	4.2	6.1	1.6	23.2	70.6	62.7	31.6	17.4	0.7
JAL	36.7	2.7	3.1	6.2	4.2	1.6	25.0	100.0	97.7	20.5	13.5	1.1
MEX	46.2	8.3	4.5	5.9	5.7	1.8	22.0	78.9	65.0	33.4	19.5	0.4
MICH	58.9	4.5	5.6	7.1	5.2	1.9	27.2	76.5	83.1	35.0	17.3	1.2
MOR	60.7	3.0	4.7	4.7	4.6	1.6	28.8	100.0	33.2	36.5	16.4	1.4
NAY	80.6	2.4	3.9	3.2	3.6	1.6	13.5	92.5	91.3	19.1	10.6	0.7
NL	62.2	3.9	4.3	4.3	5.5	1.9	36.4	91.3	43.3	24.9	14.1	1.2
OAX	70.0	4.4	6.8	5.7	7.0	1.9	33.9	74.7	64.9	28.3	15.9	1.5
PUE	46.6	5.0	4.8	4.9	5.7	1.9	27.8	58.7	31.9	29.8	16.3	1.7
QRO	53.8	3.1	4.4	4.2	4.9	1.9	32.3	88.6	68.0	21.2	8.3	0.0
QROO	75.1	2.9	4.1	4.0	5.2	1.6	28.1	72.2	59.7	37.7	17.2	1.6
SLP	62.1	3.2	5.0	4.2	3.9	1.6	29.4	70.6	57.9	36.3	20.8	0.0
SIN	70.1	2.8	3.8	5.0	5.3	1.7	18.7	80.1	71.4	21.6	8.4	1.1
SON	55.2	4.7	4.7	5.1	5.5	1.6	21.2	99.9	100.0	26.7	17.9	0.8
TAB	67.2	3.4	4.3	5.4	6.1	1.7	28.1	90.2	94.6	23.8	17.0	0.9
TAM	58.3	3.1	6.0	4.9	3.3	1.7	25.2	92.8	95.1	33.0	22.9	0.5
TLAX	74.4	2.8	3.8	3.7	5.9	1.6	27.8	83.7	92.1	28.0	9.5	0.9
VER	87.7	4.1	6.2	5.2	6.8	2.2	29.4	70.3	70.6	42.0	21.1	0.7
YUC	70.5	4.9	8.2	8.2	10.5	2.0	35.0	58.4	69.6	25.7	18.3	0.7
ZAC	97.8	3.2	3.7	4.5	6.4	2.0	22.3	46.5	9.6	33.7	18.6	1.4

Table 3. Comparative Performance Indicators for Hospitals,
July to September 1995

State	Occupancy Rate	Adjusted Length of Stay					Percentage Deliveries Attended by Cesarean Section	Percentage of Newborns Vaccinated		Hospital Mortality		
		Total	Surgery	Internal Med.	Pediatrics	Gyn. & Obst.		BCG	Sabin	Crude	Adjusted	Maternal
Country Average	65.76	4.28	4.81	4.75	5.14	1.86	26.88	79.35	81.67	27.46	15.50	0.635
Aguascalientes	57.11	3.23	4.38	3.16	6.49	1.37	23.16	89.38	83.52	15.21	11.60	0.046
Baja California	61.42	3.75	6.74	8.45	6.89	1.61	24.48	92.17	90.63	34.80	19.71	0.00
Baja Cal. Sur	56.93	4.57	5.13	4.94	5.29	1.77	26.69	64.04	66.67	19.44	10.97	0.00
Campeche	69.26	3.28	6.00	4.09	4.54	1.95	29.77	100.00	100.00	30.99	9.83	0.00
Coahuila	27.59	2.15	3.31	3.00	3.66	1.59	18.46	100.00	95.52	12.63	7.22	0.00
Colima	63.87	3.43	3.95	4.57	4.27	1.62	28.30	68.37	89.79	28.25	15.02	0.763
Chiapas	89.17	3.16	4.76	3.89	5.58	1.75	30.40	72.82	78.58	28.64	13.70	1.243
Chihuahua	65.57	3.24	4.40	4.60	5.26	1.53	24.22	97.52	96.85	32.41	20.57	1.862
Mexico City	62.12	10.72	4.76	8.52	3.87	3.98	33.13	78.51	67.50	21.43	12.11	0.968
Durango	51.70	4.04	4.38	4.46	5.01	1.56	19.48	86.44	83.05	26.13	15.49	0.00
Guanajuato	72.25	2.98	4.63	5.06	5.11	1.52	22.85	53.28	92.60	25.99	13.49	0.294
Guerrero	63.39	3.50	5.78	4.44	5.10	1.70	29.07	54.15	69.12	35.18	23.65	0.985
Hidalgo	81.52	7.24	5.17	4.31	5.22	1.67	26.01	71.16	67.75	29.26	17.45	1.859
Jalisco	58.72	2.62	2.83	5.29	4.80	1.61	25.12	81.66	86.59	17.08	9.81	0.168
Mexico State	59.62	4.74	4.43	5.05	5.25	1.84	23.07	76.80	80.02	28.35	16.77	0.283
Michoacan	64.77	4.63	5.74	6.27	4.98	2.24	27.93	92.90	82.62	35.57	19.62	3.497
Morelos	67.14	2.96	4.74	3.78	4.46	1.69	30.37	57.58	54.25	35.84	16.89	0.390
Nayarit	90.39	2.17	3.06	2.46	3.22	1.42	20.60	97.01	96.63	25.16	11.93	0.00
Nuevo Leon	73.00	3.73	4.64	4.63	5.95	1.86	34.53	98.82	93.14	17.80	9.96	0.00
Oaxaca	86.03	6.02	7.01	5.15	6.47	2.00	35.61	79.35	84.34	29.62	14.60	1.719
Puebla	70.91	10.09	5.58	4.69	5.15	1.88	28.17	34.19	40.06	30.95	17.71	1.708
Queretaro	74.22	3.00	4.53	3.73	5.54	1.64	28.62	87.06	86.28	42.41	23.56	0.794
Quintana Roo	60.51	3.05	3.86	4.34	4.84	1.75	33.27	73.89	73.62	21.46	9.50	1.741
San Luis P.	76.73	2.76	3.89	4.67	4.97	1.75	21.49	100.00	96.76	18.58	5.17	0.458
Sinaloa	73.83	3.36	5.79	4.19	4.44	1.67	29.09	70.48	69.34	42.14	22.36	1.069
Sonora	59.05	4.51	4.89	4.72	5.35	1.61	23.30	100.00	97.66	24.09	15.92	0.00
Tabasco	71.57	3.63	4.53	6.07	5.45	1.76	32.93	89.10	84.46	28.40	20.59	0.263
Tampico	55.64	3.17	5.73	5.07	3.37	1.84	22.91	99.32	97.99	33.06	16.06	0.789
Tlaxcala	75.16	2.77	4.19	3.79	5.59	1.72	29.53	97.13	93.99	22.30	11.91	0.879
Veracruz	88.02	3.98	6.54	4.38	5.70	2.44	27.97	56.60	78.20	34.42	17.94	0.00
Yucatan	75.85	4.59	8.32	8.00	10.22	1.91	33.37	64.97	46.84	30.42	21.10	0.00
Zacatecas	98.61	2.84	3.59	4.42	5.63	1.67	21.53	82.74	82.30	33.81	19.36	0.00

List of Captions for Illustrations

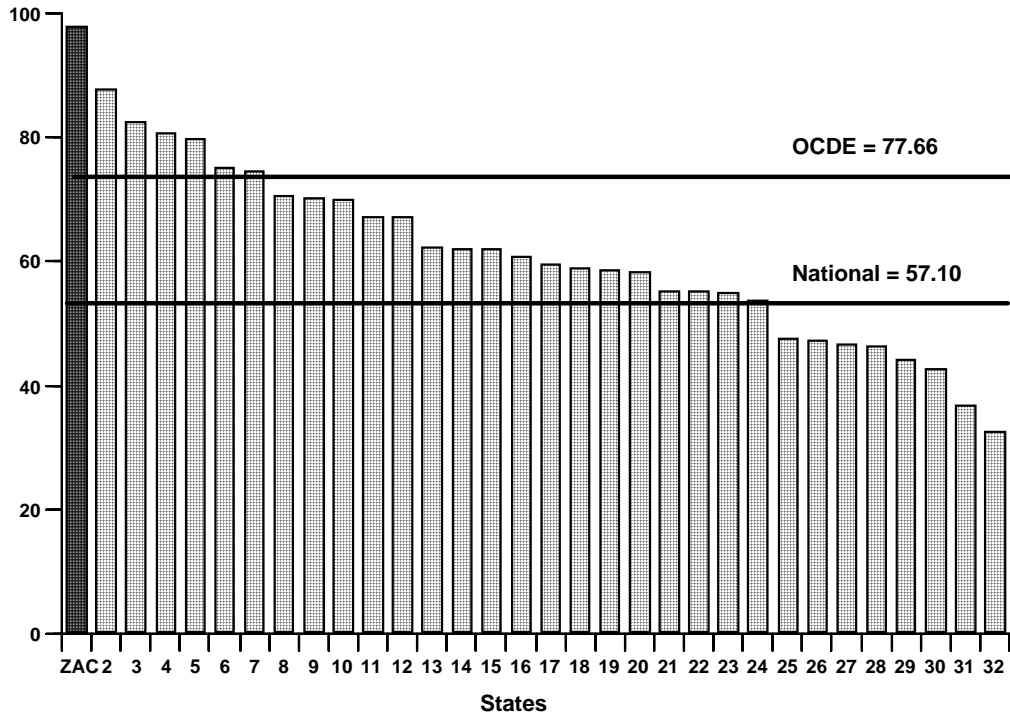
Figure 1. Example of a Rapid Survey Questionnaire.

**Figure 2. Comparative Performance Evaluation System
Hospital Occupation Percentage
January to March 1995**

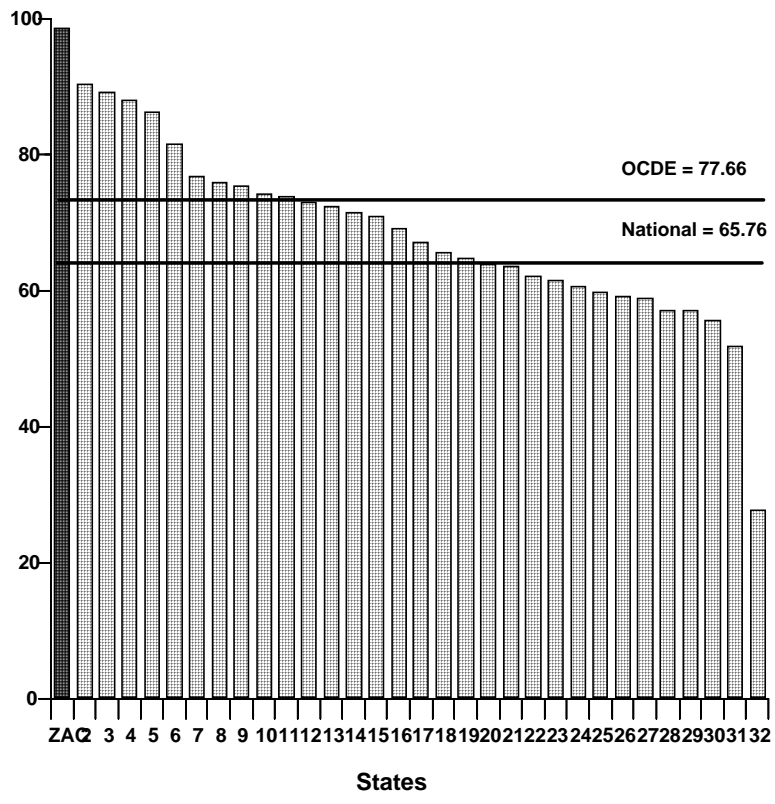
**Figure 3. Comparative Performance Evaluation System
Hospital Occupation Percentage
July to September 1995**

Figure 4. User Satisfaction with Drugs

Figure 5. User satisfaction with Surgery Materials



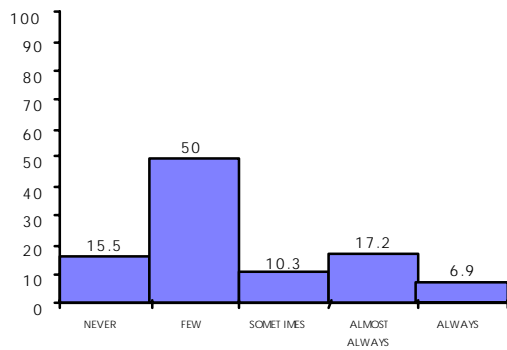
Source: Secretary of Health, General Directorate of Statistics



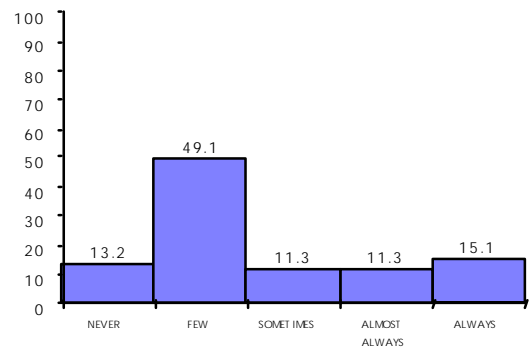
Source: Secretary of Health, General Directorate of Statistics

Questions 2. Are there in this unit the drugs to treat your illness or disease?

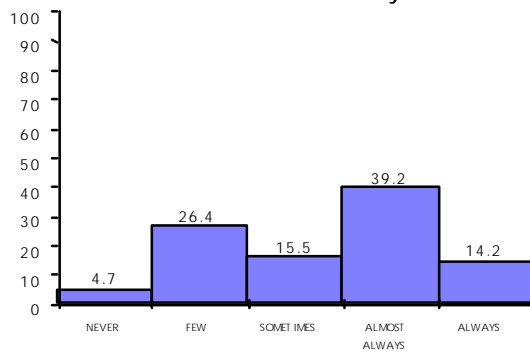
GUANAJUATO



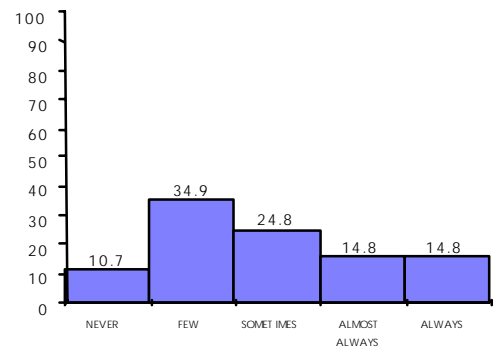
GUERRERO



**MEXICO
Ambulatory**

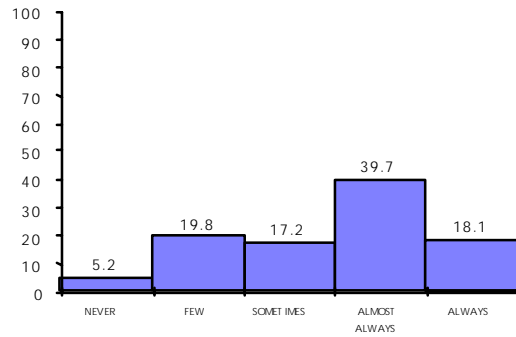


VERACRUZ

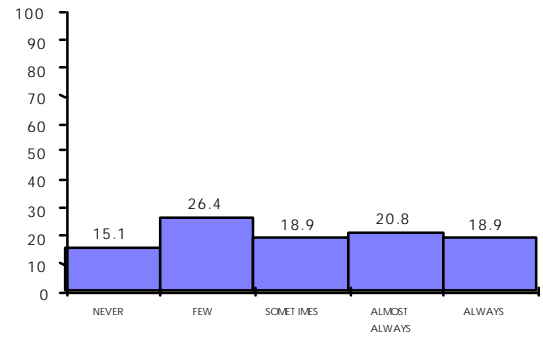


Questions 3. Are there in this unit gauze, syringes and other cleaning materials for injuries?

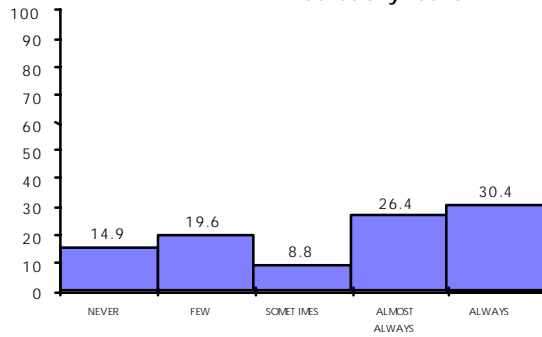
GUANAJUATO



GUERRERO



**MEXICO
Ambulatory Care**



VERACRUZ

