

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Evaluación de programa de salud para población no asegurada

Assessment of the health program for the non-insured population

Octavio Gómez-Dantés, Francisco Garrido-Latorre, Sergio López-Moreno, Blanca Villa y Malaquías López-Cervantes

Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México

GÓMEZ-DANTÉS Octavio, Francisco Garrido-Latorre, Sergio López-Moreno, Blanca Villa y Malaquías López-Cervantes
Evaluación de programa de salud para población no asegurada Rev. Saúde Pública, 33 (4): 401-12, 1999
www.fsp.usp.br/rsp

Evaluación de programa de salud para población no asegurada

Assessment of the health program for the non-insured population

Octavio Gómez-Dantés, Francisco Garrido-Latorre, Sergio López-Moreno, Blanca Villa y Malaquías López-Cervantes

Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México

Descriptores

Cobertura de servicios de salud.
Evaluación de programas.
Pacientes no asegurados.
Accesibilidad a los servicios de salud.

Resumen

Objetivo

Presentar los resultados de la evaluación de un programa de salud del Ministerio de Salud de México dirigido a la población no asegurada de los cuatro estados más pobres del país e implantado entre 1991 y 1995.

Métodos

Los efectos del programa se evaluaron en tres rubros: i) cobertura de los servicios; ii) prestación de servicios personales y iii) condiciones de salud de la población objetivo. La ampliación de la cobertura se midió a partir del incremento en la cobertura potencial vía la creación de infraestructura nueva y vía el incremento en el número de recursos humanos adicionales en contacto con el paciente. Para la evaluación de la prestación de servicios se aplicaron tres encuestas, una de utilización, otra de accesibilidad y otra más de calidad. El efecto en las condiciones de salud se evaluó a partir de los cambios observados en los principales indicadores de salud de los menores de cinco años y de las mujeres en edad fértil.

Resultados y Conclusiones

El Programa impactó de manera positiva la cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios en los estados involucrados. Asimismo, parece haber influido en la mejoría de los principales indicadores de salud de la población infantil y materna. No obstante, estos últimos avances no pueden atribuirse exclusivamente al Programa, sino a la suma de diversas acciones concurrentes.

Keywords

*Health services coverage.
Program evaluation.
Medically uninsured.
Health services accessibility.*

Abstract

Objective

Present the results of the evaluation of a program for the non-insured population of the four poorest states of the country implemented by the Ministry of Health of Mexico between 1991 and 1995.

Methods

The effects of the program were evaluated in three areas: i) increase in health services coverage; ii) delivery of personal health services, and iii) changes in health conditions of the target population. The extension of coverage was meas-

ured by the increase in potential access due to the construction of health infrastructure projects and the use of additional health manpower, mainly primary health care workers. For the evaluation of the impact of the program on the delivery of services, three surveys were developed: one for service utilization, another one for accessibility, and a third for quality of care. The impact on health conditions was evaluated by changes in health indicators of children under five and women of reproductive age.

Results and Conclusions

The Program had a positive impact on coverage, accessibility and quality of services. Its impact on health conditions was also positive. However, these last changes cannot be attributed only to the program, but to the sum of several concurrent activities.

Descritores

Cobertura de serviços de saúde.
Avaliação de programas.
Pessoas sem cobertura de seguro de saúde.
Acesso aos serviços de saúde.

Resumo

Objetivo

Apresentar os resultados da avaliação de um programa de saúde dirigido à população não assegurada dos 4 estados mais pobres da República de México, implantado pelo Ministério da Saúde, entre 1991 e 1995.

Métodos

Os efeitos do Programa foram avaliados em três aspectos: i) cobertura dos serviços; ii) prestação de serviços pessoais; iii) condições de saúde da população-alvo. A ampliação da cobertura foi medida a partir do aumento na cobertura potencial devido à criação de nova infra-estrutura e do aumento de recursos humanos adicionais no contato com o paciente. Para avaliação da prestação de serviços foram desenvolvidos três inquéritos: de utilização dos serviços; de acessibilidade; e de qualidade. O efeito nas condições de saúde foi avaliado a partir das mudanças nos principais indicadores de saúde de crianças menores de cinco anos e de mulheres em idade fértil.

Resultados e Conclusões

Os efeitos do Programa foi positivo quanto à cobertura, acessibilidade e qualidade dos serviços nos estados envolvidos. Também pode ter influenciado a melhoria dos principais indicadores de saúde da população infantil e materna. Entretanto, esses últimos avanços não podem ser atribuídos exclusivamente a este Programa, mas à somatória de diversas ações concorrentes.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de los programas busca mejorar su ejecución - a través del incremento de su efectividad y su eficiencia - y/o proporcionar elementos para decidir si un programa debe continuar o puede ser reproducido^{6,9}. La evaluación, idealmente, debe ser capaz de generar la información necesaria para distribuir mejor la infraestructura y los recursos disponibles entre las actividades ya emprendidas o entre las que se pretenden desarrollar más adelante, y para tomar decisiones dentro del ciclo de planeación, desarrollo, implantación y operación del programa en el futuro. Esta modalidad de evaluación, denominada *evaluación del proceso*, en algún momento debe completarse con una *evaluación del impacto* del pro-

grama. En el caso de los programas de salud, lo que se mide es el impacto sobre las condiciones de salud que dicho programa se propuso modificar.

Por desgracia, existen muy pocas experiencias de evaluación del impacto de los programas en los indicadores de salud. Esto posiblemente se deba a la dificultad para medir objetivamente esos cambios y atribuirlos confiablemente a las intervenciones implantadas, ya que las condiciones de salud de una población están determinadas no sólo por el acceso a los servicios de salud, sino también por una gran variedad de factores sociales, económicos, culturales y ambientales, cuya interacción suele modificarse en plazos relativamente largos. Respecto del primer punto, Mackenbach y Gunning-Shepers⁸ han señalado que las dificultades de evaluación se incrementan

extraordinariamente cuando se trata de programas dirigidos a reducir las inequidades en salud, ya que no existe consenso sobre el tipo de diseño que es más apropiado utilizar para evaluar la efectividad de este tipo de intervenciones, sobre todo cuando no se cuenta con comunidades control. No obstante, en aquellos programas de salud que por su naturaleza emergente requieren adecuar sobre la marcha su dirección y contenidos - como es el caso de los programas dirigidos a poblaciones extremadamente marginadas y que son financiados en forma externa -, la evaluación temprana de su impacto sobre la población objetivo puede ser útil para determinar su verdadero valor social y su sustentabilidad económica, sobre todo porque los recursos financieros con los que frecuentemente se implementan pasarán a formar parte, en algún momento, de la deuda de los países en los que se llevan a cabo. Por esta razón la necesidad de esta evaluación se encuentra plenamente justificada¹.

Por otro lado, conviene hacer algunos comentarios sobre las diferencias entre los procesos de evaluación y de investigación científica. Como han señalado algunos expertos, la evaluación tiende a centrar su interés en la toma de decisiones, mientras que la investigación lo hace en las conclusiones; la investigación genera resultados generalizables, lo que resulta mucho más difícil en el caso de las evaluaciones; finalmente, mientras que la evaluación centra sus reflexiones en los errores, la investigación lo hace en los aciertos⁷.

Teniendo en mente las limitaciones naturales de este tipo de evaluación - pero también la enorme importancia práctica que tiene su realización en los países en desarrollo -, es que se ha realizado el presente estudio.

Antecedentes

El Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA) fue puesto en marcha en enero de 1991 por la Secretaría de Salud (SSA) de México con el propósito de mejorar las condiciones de salud de las familias de bajos ingresos, no aseguradas, de las zonas rurales de cuatro de los estados más pobres del país: Chiapas, Hidalgo, Oaxaca y Guerrero. El programa se propuso ampliar la cobertura real de los servicios y mejorar sustancialmente la calidad de su prestación, a fin de garantizar, en el largo plazo, un giro sustancial en los riesgos de

enfermar y morir entre las poblaciones más vulnerables de los estados participantes¹².

El PASSPA tuvo dos componentes: 1) desarrollo de servicios de salud y 2) desarrollo institucional. A través del primer componente se buscó mejorar y extender la entrega de servicios básicos de salud a la población objetivo a través de las siguientes acciones: i) rehabilitación, mejoramiento y expansión de la red de unidades físicas y del equipo; ii) provisión de mobiliario, vehículos, equipo de oficina e instrumental médico; iii) contratación, reasignación y recategorización del personal técnico; iv) mejoramiento del sistema de supervisión y entrenamiento del personal de salud pública, y v) producción y distribución de manuales de normas y procedimientos. El componente de desarrollo institucional se propuso impulsar el proceso de descentralización, la investigación operativa y el fortalecimiento de los sistemas de información administrativa.

El PASSPA fue financiado con recursos federales y estatales y con un préstamo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, institución integrante del Banco Mundial. En conjunto, estos recursos sumaron 250 millones de dólares, ejercidos entre enero de 1991 y diciembre de 1995. El 89% de los recursos se asignaron al primer componente y el 11% restante al componente de desarrollo institucional.

Una vez concluido el programa se realizó su evaluación integral, que incluyó una evaluación económico-administrativa, una evaluación del cumplimiento de metas, una evaluación del desarrollo institucional y una evaluación del impacto del programa en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo. El propósito de este trabajo es presentar específicamente los resultados de la evaluación del impacto del PASSPA en los servicios de salud y las condiciones de salud de la población beneficiada por el programa.

MÉTODOS

Los principales problemas identificados durante la evaluación del programa fueron la duración de la intervención, que fue relativamente corta (cinco años); la falta de seguimiento de la evolución de aquellos factores externos al programa que pudieron haber tenido influencia sobre él; la ausencia de un diagnóstico inicial de salud que pudiera servir como referencia, y el efecto gradual de las actividades del PASSPA, diseñado para ponerse en marcha paulatinamente a lo largo de cinco años.

No obstante estos problemas, la información disponible al final del período en que el programa funcionó y la que fue recolectada inmediatamente después de su terminación permitieron identificar diversos cambios, que se agruparon en los rubros de: i) cobertura de los servicios de atención, ii) prestación de servicios médicos y iii) condiciones de salud de la población beneficiada por el programa.

Principales Variables e Indicadores de Evaluación

Cobertura de los servicios de salud - Este apartado se midió utilizando como criterios la creación de infraestructura nueva construida con recursos del PASSPA y el incremento en el número de los recursos humanos en contacto con el paciente, en particular de los técnicos en atención primaria de salud (TAPS). La ampliación de la cobertura de servicios se evaluó midiendo el incremento absoluto de la población que potencialmente podría acceder a los servicios de primer nivel y la cobertura potencial (en porcentaje) alcanzada después del programa en relación con el total de la población no asegurada. Para estimar estos incrementos, a la cobertura potencial reportada por la SSA en 1990 se sumó la que resultó del incremento en el número de unidades de atención financiado por el PASSPA y de la contratación de TAPS al final de 1995. En el caso de las unidades construidas por el programa, el cálculo de la población potencialmente beneficiada se realizó otorgando una constante numérica a cada tipo de centro de salud. Esta constante fue de 3.000 habitantes para un centro de salud urbano; 2.500 para un centro de salud rural concentrado; 2.000 para un centro de salud rural disperso y 1.000 para una unidad auxiliar de salud. En el caso de las poblaciones atendidas por TAPS, esta constante fue de 1.500 habitantes por cada TAPS.

Prestación de los servicios de salud - Este apartado se midió aplicando tres encuestas diseñadas especialmente para evaluar la utilización, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. Con estos instrumentos se documentaron las condiciones de las unidades médicas; la demanda y utilización de servicios; la percepción de los usuarios sobre su capacidad resolutoria, y diversos aspectos relacionados con la calidad de la atención desde la perspectiva tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio.

Condiciones de salud de la población - Este aspecto se evaluó a partir de los cambios observados en los principales indicadores de salud de los menores de cinco años y de las mujeres en edad fértil. Los valores de los indicadores de impacto se calcularon según la metodología propuesta en el documento *Indicadores de Salud para la Evaluación del Programa Solidaridad-SSA*¹¹.

La información relativa a los tres rubros se levantó simultáneamente durante los meses de enero a marzo de 1996.

Selección de la Muestra

Para realizar el estudio se seleccionaron, bajo criterios de autoridad, una jurisdicción sanitaria - la unidad administrativa básica de la SSA - por cada entidad federativa investigada y, dentro de ella, aleatoriamente, tres localidades: la primera con una unidad médica construida por el

programa, la segunda con una unidad rehabilitada por el PASSPA y la tercera con una unidad no intervenida. En cada localidad elegida se seleccionaron, también en forma aleatoria, sesenta viviendas. En total fueron investigadas cuatro jurisdicciones sanitarias, doce localidades, doce unidades médicas y 720 viviendas. En cada estado fueron entrevistados los responsables estatales, jurisdiccionales y locales de la ejecución y supervisión del programa.

Instrumentos

En cada vivienda seleccionada se aplicó un cuestionario estructurado con el que se obtuvieron datos demográficos, socioeconómicos y de salud de los integrantes de la vivienda, clasificados en los siguientes grupos: usuarios de los servicios en los últimos 15 días; menores de cinco años de edad; mujeres en edad fértil; varones de 15 a 59 años, y adultos mayores de 60 años. En las unidades seleccionadas se llevó a cabo una verificación directa de las condiciones físicas de la unidad, se aplicó un cuestionario a los usuarios que ese día acudieron a los servicios y se entrevistó a los proveedores de los mismos. El cuestionario para los usuarios contenía cuatro apartados: a) información sociodemográfica de los pacientes; b) accesibilidad de los servicios; c) características de la atención médica, y d) condiciones físicas del centro de salud y disponibilidad de insumos. El cuestionario para proveedores de servicios incluyó, además, preguntas sobre el perfil profesional del proveedor, situación laboral, grado de satisfacción con su trabajo, nivel de capacitación y productividad.

Fuentes de Información

La información relativa a las condiciones de prestación del servicio se obtuvo a partir de la verificación directa de las unidades médicas por personal calificado, el cual también llevó a cabo el levantamiento de las encuestas entre usuarios y prestadores del servicio. La información documental sobre la magnitud de la ampliación de la cobertura de los servicios, los cambios en los indicadores de salud seleccionados, y el alcance de las metas de los programas prioritarios de salud se obtuvo del documento inicial del programa publicado en 1989, los informes anuales del programa para cada entidad federativa y del entonces vigente Sistema Estatal de Información Básica (SEIB)⁵. Adicionalmente, se consultaron los *Anuarios Estadísticos* de la SSA, el *Boletín del Sistema Unico de Vigilancia Epidemiológica*, los documentos del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, los Informes del Consejo Nacional de Vacunación y la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II), entre otros^{2,3,4,10}.

RESULTADOS

Los recursos económicos provenientes del PASSPA contribuyeron de manera muy importante al financiamiento de los servicios dirigidos a la población marginada en las entidades participantes. En términos per cápita, por ejemplo, el programa logró incrementar

en casi 20% los recursos para la población abierta de Hidalgo en 1991. Estos recursos se tradujeron en una ampliación considerable de la infraestructura de salud. Gracias al PASSPA se construyeron 170 unidades de salud, se rehabilitaron 870 unidades de primer nivel, se contrataron 5.464 plazas, se adquirieron 390 vehículos y se equiparon 1.096 unidades. De hecho, la obra nueva de PASSPA incrementó en un 12% la planta física de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada de los estados participantes respecto de 1990.

Ampliación de Cobertura

Como puede apreciarse en la Tabla 1, la población que potencialmente podría acceder a los servicios de salud en los estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca se incrementó en un 61% entre 1990 y 1994. Esto significa que en 1994 los servicios de salud podían cubrir a 1.836.500 personas más que en 1989. El incremento absoluto fue particularmente importante en Guerrero y el incremento relativo fue más notable en Chiapas e Hidalgo.

Las acciones del PASSPA permitieron ampliar, en las cuatro entidades intervenidas, un 15,2% la cobertura potencial registrada un año antes del inicio del programa. Al analizar este indicador por en-

idad federativa se observa que Hidalgo fue el estado que alcanzó un mayor incremento (28%), seguido muy por detrás por Chiapas (14%) (Tabla 2).

El incremento absoluto en el número de personas potencialmente cubiertas por los servicios se debe tanto a la construcción de nuevas unidades médicas como al aumento del personal de salud que resultó de la contratación de TAPS. La diferencia entre ambas estrategias fue de 1.205.500 personas en favor de la segunda. Esto significa que por cada persona que se incorporó a los servicios de salud a través de la creación de infraestructura, cinco lo hicieron como resultado de la contratación de un TAPS. Esto significa que el 83% del incremento de la población potencialmente cubierta se debe a la incorporación de estos técnicos al programa.

Si bien que el PASSPA logró cubrir con servicios a un porcentaje significativo de la población que en 1990 se encontraba desprotegida, el programa todavía dejó una enorme brecha por cerrar. Esto se aprecia claramente si se considera que la población no asegurada en los 4 estados intervenidos ascendía en 1996 a 9.253.314 habitantes y que el incremento de la cobertura potencial conseguido por el programa fue de 1.836.500 habitantes. Si esta cifra se suma a la población cubierta antes del inicio del PASSPA

Tabla 1 - Ampliación de la cobertura potencial a partir de unidades construidas y contratación de técnicos en atención primaria de salud, 1990-1995.

Entidad	Población cubierta 1990*	Población unidades Absoluto	Cubierta nuevas** %	Población por Absoluto	Cubierta TAPS*** %	Población Total Absoluto	Cubierta 1994 %
Chiapas	538.000	149.000	27,7	277.500	51,6	426.500	79,3
Guerrero	1.376.000	75.500	5,5	648.000	47,1	723.500	52,6
Hidalgo	554.000	55.000	9,9	373.500	67,4	428.500	77,3
Oaxaca	558.500	36.000	6,4	222.000	39,7	258.000	46,2
Total	3.026.500	315.500	10,4	1.521.000	50,3	1.836.500	60,7

Fuente: * Anuario Estadístico. México, 1990¹.

** Unidad Coordinadora Central del PASSPA. *Registro Nacional de Infraestructura en Salud*. México. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, 1994.

*** Unidad Coordinadora Central del PASSPA. *Censo de TAPS*. México. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, 1995.

TAPS - Técnicos en atención primaria de salud.

Tabla 2 - Ampliación de la cobertura potencial de la población abierta en los Estados, 1990-1994.

Entidad	Población abierta 1990*	Cobertura potencial 1990*	Cobertura 1990 (%)	Población abierta 1994 **	Cobertura potencial 1994	Cobertura 1994 (%)	Diferencia (%)
Chiapas	2.638.586	538.000	20,4	2.801.051	964.500	34,4	14,0
Guerrero	1.794.979	1.376.000	76,7	2.597.112	2.099.500	80,8	4,1
Hidalgo	1.275.047	554.000	43,4	1.380.475	983.000	71,2	27,8
Oaxaca	2.374.071	558.500	23,5	2.474.676	816.500	33,0	9,5
Total	8.082.683	3.026.500	37,4	9.253.314	4.863.500	52,6	15,2

Fuente: * Anuario Estadístico. México, 1990¹.

** Dirección de Seguimiento, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, 1994.

(3.026.500 personas) se obtienen 4.836.000 habitantes potencialmente cubiertos, lo que representa al 52,6% de la población no asegurada total. De esta manera, al finalizar el programa aún quedaba por cubrir el 47,4% de la población bajo responsabilidad de la SSA. Dado que en 1990 la población no asegurada cubierta por la SSA era de 37,4%, la brecha se redujo apenas en un 15,2%. Esta cifra da una idea más aproximada del impacto del programa en materia de ampliación de cobertura.

Prestación de Servicios

Utilización y Accesibilidad de Servicios de Salud

Como ya se señaló, la encuesta utilizada para realizar esta evaluación se aplicó a los proveedores de servicios y a dos tipos de usuarios: los que hicieron uso de los servicios en los 15 días previos a la encuesta y los que los solicitaron el día de la entrevista. El 7,4% de la población entrevistada en las viviendas presentó algún problema de salud en los últimos 15 días. La tasa de utilización de servicios fue de 4,5 por 100 habitantes, cifra cercana a la reportada por la ENSA II, que fue de 4,8 para la región PASSPA. La razón enfermo-usuario encontrada en este estudio fue de 1:6, lo que contrasta con la razón observada en el ámbito nacional, que según la ENSA II es de 5:8.

Para evaluar los cambios en la accesibilidad de los servicios se utilizaron los siguientes indicadores: tiempo de traslado, medio de transporte, costo de traslado, tiempo de espera en la unidad antes de la consulta, duración de la consulta y costo de la consulta. Más del 70% de los usuarios que demandaron servicios el día de la entrevista acudió por motivos de enfermedad y todos mencionaron haber sido atendidos ese mismo día. En las cuatro entidades los usuarios acostumbran llegar caminando a la unidad, por lo que no refirieron gastos de traslado. El tiempo promedio de traslado fue de 37 min., el de espera de 32 min. y el de consulta de 15 min., cifras muy parecidas a las reportadas por la ENSA II (32, 35 y 19 min., respectivamente). No se encontraron diferencias en el promedio de estos tiempos cuando se compararon las cifras de los usuarios de unidades nuevas con las de los usuarios de las unidades rehabilitadas o no intervenidas. Sin embargo, debido a que los primeros empleaban, antes de la construcción de sus unidades, un tiempo mucho mayor en la búsqueda de atención, resulta evidente que el PASSPA mejoró la accesibilidad medida en estos términos.

El costo de la consulta fue considerado mínimo por todos los usuarios que debieron pagarla; en promedio, este costo fue de 10.00 pesos mexicanos. El porcentaje de usuarios que pagó por la consulta varió de acuerdo con la entidad federativa; el más bajo fue el de Hidalgo (22%) y el mayor el de Chiapas (65%).

Calidad de los Servicios y Satisfacción de Usuarios y Prestadores

Condiciones físicas de las unidades - Entre los factores que facilitan la utilización de servicios se encuentran las características físicas de las unidades, que permiten crear un ambiente favorable para la prestación del servicio. Las percepciones acerca de estas condiciones se investigaron tanto entre los usuarios como entre los prestadores y se cotejaron con los resultados de las visitas de verificación que realizó la Dirección General de Evaluación y Seguimiento de la SSA.

La verificación de las condiciones de las unidades médicas sistemáticamente asignó calificaciones más bajas que la otorgada por los usuarios y prestadores. Al comparar este mismo rubro entre usuarios y prestadores se encontró que, en todos los casos, los primeros otorgaron mejores calificaciones que los segundos. A pesar de las diferencias encontradas y de la presencia de innegables necesidades de mantenimiento, puede concluirse que las condiciones de las unidades no se perciben como un obstáculo para la utilización de los servicios.

Disponibilidad de equipo e insumos - En general, los usuarios tendieron a considerar la existencia de equipo e insumos como adecuada, opinión que no es compartida por los proveedores. La excepción fue el estado de Oaxaca, en donde la relación se invierte.

Características de la consulta - En este apartado se incluyeron indicadores relacionados con aquellos procedimientos que habitualmente se deben realizar en la consulta médica (toma de presión arterial, medición de peso y talla, toma de temperatura y exploración física). También se consideraron aspectos propios de la relación interpersonal (explicación del médico al paciente sobre la enfermedad, indicaciones terapéuticas y percepción del paciente acerca de estas explicaciones).

En la Tabla 3 se resumen algunas de estas características, comparándolas con la información de la ENSA II. Como puede observarse, existen diferen-

Tabla 3 - Características de las consultas médicas, 1993-1996.

Procedimiento	ENSA II	Usuarios del momento	Usuarios de hace 15 días
Medición de peso en < 5 años	50	83	55
Medición de talla en < 5 años	44	72	43
Toma de presión arterial en > 15 años	71	68	55
Exploración física	78	66	55
Explicación del diagnóstico	71	96	65
Prescripción de medicamentos	67	79	58
Explicación del tratamiento	63	86	-

ENSA II - Encuesta Nacional de Salud II.

cias en relación con la ENSA II, tales como un mayor porcentaje de niños menores de cinco años a los que se les tomaron medidas antropométricas durante la consulta. Una tendencia similar se observa en los indicadores de explicación del diagnóstico y explicación del tratamiento. Sin embargo, no se aprecia mejoría en los indicadores de toma de presión arterial y en exploración física, en los cuales se observa más bien un decremento respecto de los datos de la ENSA II.

Satisfacción y productividad de los proveedores

- El PASSPA planteó como parte de sus objetivos mejorar las condiciones laborales y personales de los trabajadores de salud del primer nivel de atención mediante el apoyo a las actividades de capacitación, estímulos laborales, abasto de insumos y equipamiento de unidades.

Por lo que se refiere a la capacitación, los trabajadores entrevistados señalaron que, en promedio, recibieron 3,2 cursos de capacitación desde su llegada a la unidad. La mayoría de ellos (91%) calificó estos cursos como muy útiles y más del 70% opinó que los instructores estaban preparados para impartirlos. Al explorar la frecuencia y el tipo de estímulos que los prestadores habían recibido y la calidad de las relaciones interpersonales con sus superiores y pares, se encontró que el 20% había recibido estímulos económicos o de otra naturaleza, y que el 35% recibió reconocimientos, en su mayoría verbales. Por otra parte, el 80% de los entrevistados señaló mantener buenas relaciones interpersonales con sus jefes y compañeros. La productividad de los médicos, en relación con 1990, mejoró en todos los estados, excepto en Oaxaca. En Chiapas e Hidalgo el número de consultas diarias por médico general pasó de 10 a 18 entre 1990 y 1995.

Satisfacción de los usuarios - La percepción de los usuarios respecto de la calidad de la atención

médica mejoró significativamente en relación con los resultados de la ENSA II. Tanto la atención del médico como la calidad de los servicios fueron calificadas en general como buenas por más del 90% de los usuarios. Esto representa una mejoría del 24 y 30% respecto de los resultados de la ENSA II, respectivamente. La mayoría de los entrevistados piensa que el personal médico tiene experiencia suficiente para dar consulta y tiene confianza en él. Prácticamente el 100% de los usuarios indicó que regresaría a solicitar atención a las mismas unidades y que, además, las recomendaría a sus familiares y amigos.

Condiciones de Salud

Vacunación de Menores de un Año y Preescolares

El PASSPA se propuso apoyar las actividades nacionales de vacunación en las entidades en las que estuvo presente. Las metas programadas por los estados se establecieron como número de dosis a aplicar de los seis biológicos inmunizantes básicos entre menores de un año y para los niños de 1 a 4 años de edad. En este apartado el análisis se realizó considerando estas metas y el alcance en las coberturas con esquema completo, reportadas por el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA).

Poliomielitis - El cumplimiento de las metas de aplicación de Sabin en los estados PASSPA fue de 55% tanto en menores de un año como en preescolares. Por otro lado, de acuerdo con el CONAVA, entre los menores de un año la cobertura con esquema completo de vacunación antipoliomielítica aumentó en los cuatro estados. En Guerrero y Chiapas, por ejemplo, aumentó 3 y 2,6 veces en relación con 1990, respectivamente. Hidalgo mostró un incremento menor (1,7 veces), aunque hay que hacer notar que en 1990 su cobertura era cercana al 38%, muy superior a la del resto de los estados (Tabla 4). En preescolares, las

Tabla 4 - Coberturas con esquemas completos de vacunación en menores de un año, 1990-1995.

Biológico	Nacional		Chiapas		Guerrero		Hidalgo		Oaxaca	
	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995
Sabin	41,3	56,9	15,8	41,5	23,2	71,4	37,6	63,9	20,6	52,5
DPT	31,2	56,1	11,1	38,9	12,5	70,7	23,6	63,6	18,6	50,5
Antisarampión	75,3	51,5	61,9	36,0	65,0	69,9	69,7	62,0	67,4	54,1
BCG	39,8	95,5	14,2	92,9	28,0	96,3	38,3	98,5	25,6	95,9

Fuente: Consejo Nacional de Vacunación, México.

coberturas de esquemas completos para este biológico en 1995 fueron iguales o superiores al 90% en los cuatro estados estudiados. Este incremento es muy destacable en Chiapas, en donde las coberturas apenas alcanzaban el 45% en 1990 (Tabla 5).

Sarampión - En menores de un año, los responsables de planeación en los estados PASSPA no programaron la aplicación de dosis de vacuna antisarampión. Esto se debió probablemente al empleo masivo de vacuna que siguió a la epidemia de sarampión que se presentó en el país entre 1989 y 1990. En el ámbito nacional se continuó con las tareas de vacunación. Sin embargo, con excepción de Guerrero, como puede verse en el cuadro IV, los estados PASSPA no pudieron mantener en 1995 las coberturas alcanzadas con dicho biológico en 1990. La reducción más notoria se presentó en Chiapas, en donde la cobertura disminuyó del 62 al 36% de 1990 a 1995. En preescolares sólo se cumplieron en un 21% las metas programadas. No obstante, de acuerdo con la información proporcionada por CONAVA, la cobertura de este biológico superó el 90% en la región.

Difteria, Tos Ferina y Tétanos - El cumplimiento de metas de aplicación de la DPT ascendió a 45,8% en menores de un año y 66,3% en niños de 1 a 4 años de edad. Las coberturas con esquemas completos con este biológico reportadas por CONAVA para la región PASSPA en 1995 fueron de aproximadamente 56% en menores de un año y de 96% en niños de 1 a 4 años.

Tuberculosis - El PASSPA no programó metas específicas para la vacunación antituberculosa. No obstante, las acciones realizadas por los estados en coordinación con CONAVA permitieron que las coberturas con esquemas completos de este biológico alcanzaran una cobertura global y por estado de casi 100%.

Morbilidad por Enfermedades Inmunoprevenibles

De 1990 a 1995, el país en general y los estados PASSPA presentaron reducciones importantes en la morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles. Lo más trascendente de estos avances ha sido la erradicación de la poliomielitis y el control de la difteria. De hecho, el compromiso que adquirió México de erradicar la poliomielitis del territorio nacional - compromiso adquirido en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia - fue certificado por la OMS en abril de 1995.

La elevada incidencia de sarampión que, como consecuencia de la epidemia registrada entre 1989 y 1990, se observó entre los menores de cinco años al inicio del PASSPA, con cerca de 28 mil casos en todo el país, disminuyó significativamente entre 1990 y 1995. En este último año sólo se detectaron 15 casos en todo el país, de los cuales ninguno se presentó en los estados PASSPA. Un fenómeno similar ocurrió con la tos ferina, cuya incidencia se encuentra prácticamente controlada en el ámbito nacional.

Tabla 5 - Coberturas con esquemas completos de vacunación en niños de 1-4 años, 1990-1995.

Biológico	Nacional		Chiapas		Guerrero		Hidalgo		Oaxaca	
	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995
Sabin	46,0	97,0	45,0	89,6	62,0	96,5	77,8	99,2	57,0	97,2
DPT	73,1	96,8	30,2	88,4	39,0	98,3	62,7	99,2	45,7	97,0
Antisarampión	60,1	96,7	75,4	91,8	79,8	98,7	83,9	99,2	80,7	97,4
BCG	85,4	98,9	43,7	96,1	85,3	99,7	76,8	99,9	71,3	99,5

Fuente: Consejo Nacional de Vacunación, México.

La meta de eliminación del tétanos neonatal para 1994 - compromiso adquirido por nuestro país en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia -, en cambio, todavía no ha podido cumplirse, pues a pesar del descenso sostenido en el número de casos, la tasa de mortalidad se mantiene por arriba de uno por cada 1.000 nacidos vivos, meta que la OMS definió como deseable para este decenio. Aunque la tendencia nacional es a la baja, el comportamiento de esta enfermedad en los estados PASSPA se ha mantenido prácticamente idéntica desde 1991.

Mortalidad Infantil y Preescolar

Desde la segunda mitad de este siglo se ha observado un descenso continuo de la tasa de mortalidad infantil (TMI) en el país. De una tasa de 74 por 1.000 nacidos vivos registrados en 1960 se llegó a 18 en 1993, lo que significó una reducción porcentual del 76% en ese periodo. Esta tendencia al descenso se hizo aún más notoria en el periodo 1990-1993, con una reducción porcentual en el ámbito nacional del 27%. No obstante, es conocido el subregistro de las defunciones infantiles, sobre todo en las áreas rurales. Por esta razón, en este ejercicio se utilizaron las proyecciones hechas con el método de Brass, que nos hablan de un subregistro de entre 21 y 48% en los estados PASSPA. En los cuatro estados del programa, tanto la TMI estimada en 1990 como la reportada en 1993 excedieron la tasa promedio nacional. La reducción porcentual de la mortalidad infantil en los estados PASSPA entre 1990 y 1993 osciló entre 17 y 40%. El cambio más notable en el periodo correspondió a Guerrero, que redujo su TMI en 40%.

El peso relativo de la mortalidad infantil en la mortalidad general también disminuyó. En 1990 la mortalidad infantil contribuía con el 15,5% a la mortalidad general, cifra que disminuyó a 12% en 1993.

Aunque las causas infecciosas y las deficiencias de la nutrición siguen estando dentro de las primeras 10 causas de muerte en esta población, ya han sido desplazadas por las afecciones originadas en el periodo perinatal y las anomalías congénitas, que ahora ocupan los dos primeros lugares de la lista.

Al igual que la mortalidad infantil, la mortalidad preescolar muestra un descenso continuo en los últimos años. En el periodo 1990-1993 hubo una reducción porcentual del 45% en el ámbito nacional. Los estados PASSPA, en el mismo periodo, mostraron reducciones porcentuales importantes, que van del 25% en Guerrero al 44% en Chiapas.

Salud Materna y de las Mujeres en Edad Fértil

Atención prenatal - Los estados PASSPA planearon otorgar 4.007.666 consultas prenatales entre 1990 y 1994, meta que se cumplió en un 36%. Este pobre desempeño se reflejó en las cifras obtenidas en la encuesta epidemiológica: el 26% de las mujeres entrevistadas que habían estado embarazadas en el periodo del programa no recibieron ninguna consulta prenatal.

Atención del parto - Los estados de Guerrero, Hidalgo y Oaxaca planearon, al inicio del programa, atender 156.794 partos en hospitales. El cumplimiento de esta meta fue del 96%. Aquí se excluye a Chiapas porque la meta que se planteó este estado fue totalmente desproporcionada: atender 3.087.176 partos en hospitales. Este porcentaje de cumplimiento se contrastó con el "número de partos atendidos institucionalmente por 1.000 mujeres en edad fértil en población abierta" de los documentos oficiales. Los resultados indican que en todos los estados se mejoró la cifra de este indicador, al pasar de 23 partos atendidos por 1.000 en 1990 a 31 en 1994. La cifra nacional para 1994 fue de 38,3. A pesar de los avances en este indicador, las parteras empíricas siguen atendiendo un elevado porcentaje de los partos, que en el caso de Guerrero llega a ser de casi 50%.

Planificación familiar - Para este rubro, PASSPA utilizó como principal trazador el número de usuarias activas de métodos de planificación familiar en relación con el total de mujeres en edad fértil. De manera global, los estados PASSPA mejoraron el valor de este indicador en el periodo del programa, al pasar de 8% en 1990 a 11% en 1994.

Dentro de los resultados del estudio epidemiológico en lo que se refiere a las actividades de planificación familiar, destacan los siguientes:

- la prevalencia anticonceptiva en los cuatro estados fue baja, con una amplitud que osciló entre 26% en Hidalgo y 42% en Guerrero, y
- la prevalencia de métodos definitivos (salpingoclasia) y mecánicos fue alta (33%), particularmente en Hidalgo (45%).

Detección y control del cáncer cérvico-uterino y mamario - Para estos programas, PASSPA se propuso realizar 1.685.192 pruebas de Papanicolaou y exámenes de mama. El porcentaje de cumplimiento fue de 65%. Por su parte, el estudio epidemiológico

mostró que el porcentaje de mujeres en edad fértil entrevistadas que en alguna ocasión se realizó la prueba de Papanicolaou fluctuó entre 22% en Chiapas y 37% en Hidalgo. A estas bajas coberturas deben añadirse los problemas de manejo de las muestras. En Hidalgo, por ejemplo, el 17% de las mujeres entrevistadas que se habían hecho esta prueba nunca recibió los resultados.

La revisión mamaria presentó un patrón similar de baja cobertura. Menos del 25% de las mujeres en edad fértil de las comunidades encuestadas se habían realizado al menos un examen físico de los senos en el último año.

Cabe señalar que la incidencia de ambos padecimientos en los estados PASSPA muestra un importante descenso en los años del programa. Las tasas reportadas de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama en 1994 fueron 56,5 y 44% menores a las reportadas en 1990. Estos hallazgos, sin embargo, deben interpretarse con cautela, ya que el comportamiento de ambos padecimientos en el ámbito nacional tuvo un sentido inverso, los factores de riesgo no se han modificado de manera sustantiva y la incidencia debió haber aumentado como resultado de la mejoría en la detección.

Mortalidad materna - Finalmente, la tasa de mortalidad materna en Guerrero (6,3 por 10.000 nacidos vivos registrados), Hidalgo (6,3) y Oaxaca (12,0) era, en 1990, más alta que la nacional (5,4), pero no así en Chiapas (4,8). Tres años después, estas cifras se redujeron en promedio 14,5%, porcentaje de descenso menor al experimentado por el país en su conjunto (16,7%).

DISCUSIÓN

Como se señaló en la introducción, varios factores impidieron evaluar de manera precisa el impacto del PASSPA sobre las condiciones de salud de la población blanco. Entre ellos destacan la ausencia de una medición basal de referencia; la naturaleza amplia de la intervención y su implantación concurrente con acciones de otros programas federales; la baja calidad de la información disponible tanto al inicio como al final del programa, y el tipo de diseño del programa, que se implantó paulatinamente a lo largo de cinco años.

El fortalecimiento de la infraestructura física y de las plantillas laborales, y la mejoría de los procesos gerenciales y administrativos de la SSA en los estados, constituyen pasos previos necesarios para modificar los riesgos de enfermar y morir de la población. Sin embargo, la consolidación de estos elementos y su aceptación por parte de los usuarios requieren de un tiempo razonable para dar frutos, tiempo que a nuestro juicio no ha sido suficiente en el caso del PASSPA, sobre todo si se considera que las acciones tuvieron un inicio tardío e irregular, y tendieron a concentrarse en los últimos dos o tres años del programa. El 55% de las obras, por ejemplo, se concluyeron entre 1994 y 1996; 26,6% de las plazas se contrataron entre 1994 y 1995, y 58% de los cursos de capacitación para auxiliares de salud se impartieron después de 1994.

No obstante, los datos aquí presentados nos permiten llegar a diversas conclusiones.

Con relación a la ampliación de cobertura, los estados experimentaron un aumento considerable en su capacidad de oferta de servicios. En números absolutos, los estados PASSPA pueden ahora atender a 1.850.000 habitantes más de los que se atendían en 1990. Esto representa un aumento de 61% respecto de la población potencialmente cubierta en 1990 y una disminución de la brecha del 15% en la cobertura potencial de la población no asegurada en los cuatro estados intervenidos.

La utilización de servicios, sin embargo, se ha mantenido baja y estable en los estados del programa en comparación con las tasas de utilización reportadas por la ENSA II en otras regiones del país. En apariencia esto no parece obedecer a problemas de acceso geográfico, ya que los tiempos de traslado y espera - en promedio de 30 min. -, así como los tiempos de consulta no han variado respecto de la información con la que se contaba previamente. Esta situación puede relacionarse más bien con problemas culturales, problemas de abasto de medicamentos y material de curación, disponibilidad de equipo médico básico, promoción de los servicios y, en algunas unidades, la ausencia de personal médico y de enfermería.

La calidad de la atención, por su parte, medida tanto con indicadores de proceso como a través de la percepción de los usuarios, fue en general buena. De hecho, algunos de estos indicadores mostraron mejoría respecto a los resultados de la ENSA II, como

la medición antropométrica en menores de cinco años, la explicación del diagnóstico y tratamiento, y la prescripción de medicamentos, entre otros. Prácticamente el 100% de los usuarios volvería a solicitar atención y recomendaría los servicios utilizados.

Por lo que toca al impacto del programa en las condiciones de salud de la población beneficiada, es mucho lo que puede decirse. Las coberturas de vacunación, por ejemplo, se incrementaron en todos los estados y para todos los productos biológicos. Este incremento en las coberturas, sin embargo, no puede atribuirse exclusivamente al PASSPA. El programa, más bien, facilitó el desarrollo de una estrategia nacional diseñada y conducida por el CONAVA. La contribución específica del PASSPA en este rubro se relaciona, en todo caso, con tres hechos: el aporte de un volumen importante de recursos humanos capacitados en el desarrollo de este tipo de actividades; la creación y fortalecimiento de la infraestructura física y de apoyo en recursos materiales e insumos, y la mejoría integral de los procesos administrativos que indirectamente intervienen en el desarrollo del programa de inmunizaciones. Sin embargo, es un hecho que las actividades del PASSPA, sumadas a otras acciones, estatales y nacionales, se tradujeron en una disminución importante de la morbilidad y mortalidad secundaria a los padecimientos inmunoprevenibles.

En materia de salud materna, las cifras indican que las tasas de mortalidad materna disminuyeron en todos los estados. Sin embargo, la brecha que existe entre los estados intervenidos y el resto del país —1,4 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos registrados— sigue siendo un reto por enfrentar.

Los indicadores de atención prenatal se mantuvieron prácticamente invariables durante el periodo de intervención del programa y, como resultado, los medios técnicos actualmente disponibles para detectar y corregir posibles muertes maternas y perinatales siguen aprovechándose a menos de la mitad de su potencialidad.

La atención del parto mejoró, pero todavía no se atiende el número de partos institucionales que, según el promedio nacional, deberían atenderse en los estados PASSPA.

Por lo que se refiere al cáncer de cérvix y mama, si bien es cierto que las cifras han bajado considerablemente, los datos de morbilidad disponibles deben interpretarse con cautela, ya que los factores de riesgo no se han modificado de manera sustantiva en la región y las acciones preventivas no se han incrementado lo que se esperaba.

En resumen, se puede afirmar que el PASSPA tuvo un impacto que podría calificarse como favorable tanto en la prestación de servicios médicos como en las condiciones de salud de la población hacia la que se dirigió el programa. No obstante, la evaluación realizada indica que los múltiples problemas que existieron desde su planeación por ahora impiden identificar de manera precisa qué parte de estos avances efectivamente se deben al programa. En consecuencia no es posible recomendar su reproducción en condiciones similares. Como enseñanza, puede afirmarse que —salvo condiciones de extrema urgencia, como un desastre natural o la presencia de un conflicto bélico— el diseño de cualquier actividad de la naturaleza del PASSPA debe contar con un diagnóstico situacional hecho formalmente, aun y cuando sea provisional y no exhaustivo. De otra manera no sólo aparece como insustancial la evaluación de sus resultados, sino que resulta incomprensible la manera en que fueron establecidos sus propósitos, objetivos y metas.

En materia financiera, es innegable que el programa permitió paliar algunas necesidades sanitarias que parecían impostergables y que de otra manera hubieran tenido que esperar mucho tiempo para verse resueltas. Empero, será necesario que el estado mexicano refrende su compromiso financiero con los programas implantados por el PASSPA, a fin de que éstos se consoliden y se garantice su sustentabilidad a largo plazo. La mejoría sanitaria que el programa pudo haber logrado en la población beneficiada podría revertirse en caso contrario.

Finalmente, vale la pena señalar que la naturaleza de los programas sociales que requieren financiamiento externo, y que se dirigen a poblaciones muy vulnerables, exige una evaluación precisa de sus diferentes impactos dado que, como ya fue señalado, el costo social y económico que implica su ejecución finalmente debe pagarse en forma de deuda externa.

REFERENCIAS

1. Champagne F, Conrandiopoulou A, Pineault R. A conceptual framework for evaluation of health programs. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1985; 33:173-81.
2. Comisión Nacional de Acción en Favor de la Infancia, México. *Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia 1995-2000*. México (DF): Secretaría de Salud; 1995.
3. Dirección General de Epidemiología. Boletín del Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica, 1994, 1995, 1996. México, DF: Secretaría de Salud; 1994-1996.
4. Dirección General de Estadística, Evaluación e Informática. *Anuarios estadísticos, 1990 hasta 1996*. México (DF): Secretaría de Salud; 1990-1996.
5. Dirección General de Estadística, Evaluación e Informática. Sistema Estatal de Información Básica. *Reportes anuales 1990 hasta 1996*. México (DF): Secretaría de Salud; 1990-1996.
6. Favaro P, Ferris L. Increasing the relevancy and usefulness of programme evaluation: a comprehensive evaluation. *Hygie* 1988; 7:28-32.
7. Holzmer W. Research and evaluation: an overview. *Qual Rev Bull* 1980; 6:31-4.
8. Mackenbach J, Gunning-Shepers L. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated? *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:359-64.
9. Organización Mundial de la Salud. *Evaluación de los programas de salud*. Ginebra; 1981.
10. Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud*; 1994; México (DF); s.d.
11. Secretaría de Salud. *Indicadores de salud para la evaluación del Programa Solidaridad-SSA*. México (DF); Secretaría de Salud; 1994.
12. Unidad Coordinadora del PASSPA. *Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta*. México (DF): Secretaría de Salud; 1989.