
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



FUNDACIÓN
Carlos Slim

ICAHi México

Índice de Calidad de la Atención
de la Hipertensión en México

Octubre, 2018

Secretaría de Salud

Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Jesús Felipe González Roldán

Director General, CENAPRECE

Cutberto Espinosa López

Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, CENAPRECE

Dra. Laura Gallardo Santibáñez

Subdirectora de Enfermedades Crónicas

Dra. Blanca Rangel Islas

Jefa del Departamento de Diabetes e Hipertensión

Dr. Eduardo Guzmán Morales

Médico Adscrito al Programa

Dr. Ulises Alfonso Gallegos Ventura

Médico Adscrito al Programa

Dr. Miguel Ángel Díaz Aguilera

Médico Adscrito al Programa

Mtra. María Guadalupe Casales Hernández

Enfermera Adscrita al programa

Fundación Carlos Slim

Roberto Tapia-Conyer

Director General

Ricardo Mújica Rosales

Director Ejecutivo

Héctor Gallardo Rincón

Director de Soluciones Operativas

Rodrigo Saucedo Martínez

Coordinador de Innovaciones

Lorena Suárez Idueta

Coordinadora de Soluciones Operativas

Joaquín Eduardo Zúñiga Yee

Gerente de análisis de datos

Grupo Técnico Colegiado

Dr. Héctor Galván Oseguera

Jefe de la Clínica de Insuficiencia Cardíaca del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Dr. Enrique Gómez Álvarez

Jefe de la División de Cardiocirugía del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Dr Adolfo Chávez Negrete

Comité Normativo Nacional de Medicina General

Dr. Adolfo Chávez Mendoza

Presidente de la Alianza por un corazón saludable

La Secretaría de Salud y la Fundación Carlos Slim agradecen el apoyo del Centro de Análisis de Datos para la Salud, quienes participaron en el diseño y desarrollo del Índice de Calidad de la Atención de la Hipertensión en México.

Centro de Análisis de Datos
para la Salud



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan el 71% de las causas de muerte en el mundo (1). El 46% de las defunciones ocurren antes de los 70 años de edad (2). De ellas,

el 85% ocurre en países de ingresos bajos y medios, siendo las enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes responsables de 17.9 millones, 9.0 millones y 1.6 millones de muertes anuales respectivamente.

En 2016, las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa de defunción en México, teniendo una tasa de 114.79 defunciones por cada 100,000 habitantes; de ellas, la más común fue la enfermedad isquémica del corazón con una tasa 64.79 por cada 100,000 habitantes seguida de los eventos vasculo-cerebrales con una tasa de 15.95 defunciones por cada 100,000 habitantes y la enfermedad hipertensiva con tasa de 7.41 defunciones por cada 100,000 habitantes(3).

Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud 2016 (ENSANUT 2016) indican que en México la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es de 25.5 %. Este hallazgo es muy importante en términos de la demanda de servicios de salud, y es indicativo de la gravedad del problema que representa la HAS en México (4).

Con la finalidad de garantizar la atención de calidad para pacientes con enfermedades crónicas, la Fundación Carlos Slim, en alianza con la Secretaría de Salud, diseñaron y desarrollaron el Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC), el cual permite:

- Contar con un registro nominal de casos
- Contar con una fuente de información para la toma de decisiones
- Conocer las tendencias sobre el control y tratamiento de pacientes
- Conocer el desempeño de las unidades de salud en dicha atención.

A la fecha, el SIC ha sido desplegado en más de 12 mil unidades de salud del primer nivel de atención que atienden a personas con alguna enfermedad crónica. A partir de la información consignada en el SIC, y con el objetivo de poder conocer la calidad de la atención brindada a los pacientes con HAS en el primer nivel de atención de las unidades de la Secretaría de Salud, y conocer su evolución en el tiempo, se desarrolló el Índice de Calidad de la Atención de la Hipertensión Arterial Sistémica en México (ICAHi México).

A partir del ICAHi, es posible generar un mecanismo de comparación del desempeño entre estados, jurisdicciones sanitarias y unidades de salud del país. Asimismo, el ICAHi cuenta con sub-índices que miden los distintos procesos alrededor de la atención, para así permitir a los responsables operativos y los tomadores de decisiones identificar las fortalezas y debilidades en el desempeño de la atención, y diseñar con ello planes de mejora que impacten en la calidad de la atención y, con ello, en la salud de esta población.

ANTECEDENTES

El Modelo CASALUD

La Fundación Carlos Slim ha desarrollado el modelo CASALUD, que tiene como objetivo la reingeniería de los servicios de salud en materia de prevención y atención de las enfermedades crónicas, con énfasis en la detección oportuna de riesgos a la salud para la prevención y postergación de la enfermedad, y en la atención de calidad para aquellas personas que ya viven con una enfermedad crónica. El Modelo CASALUD, en acuerdo con la Secretaría de Salud, fue integrado como el modelo de referencia en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, lanzada por el Presidente de la República en Octubre de 2013.

En un primer momento, a través de la Estrategia Nacional se acordó la implantación y operación del Modelo CASALUD a través de las Redes de Excelencia en Enfermedades Crónicas (RED), con la implantación del Modelo en un grupo de unidades de salud del primer nivel de atención y coordinadas por una Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME-EC). A la fecha, opera una Red de Excelencia en 137 unidades de salud de 27 entidades federativas, con alcance a más de un millón de beneficiarios del Seguro Popular mayores de 20 años.

Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC)

En el marco de la operación de las Redes de Excelencia en Enfermedades Crónicas, se encontró la necesidad de modernizar los sistemas de información vigentes para asegurar calidad de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas. Así, Fundación Carlos Slim, en alianza con la Secretaría de Salud, diseñaron y desarrollaron el Sistema de Información en Enfermedades Crónicas, mejor conocido como SIC. El SIC opera en modalidad híbrida (fuera de línea “offline” y en línea “online”) y permite al personal de salud el registro de la atención brindada a las personas que viven con enfermedades crónicas, incluyendo datos personales, resultados de las valoraciones (tanto mediciones básicas como peso y glucosa, como pruebas de laboratorio) y tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito. Es importante destacar que el SIC se desarrolló a partir de los esfuerzos de modernización de la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas, bajo el liderazgo del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE).

Desde diciembre de 2015, el SIC opera en más de 12 mil unidades de salud de los 32 estados, tal y como se observa en el Tablero de Control de Enfermedades Crónicas (<http://oment.uanl.mx/tablero-de-control-deenfermedades/>).

Operación del SIC vista desde el Tablero de Control



Fuente: OMENT. Fecha de consulta: 08 de Octubre de 2018

Monitoreo de la calidad de la información

En virtud de la operación del SIC v3.0 a nivel nacional, se consideró necesario modernizar y adaptar los criterios de evaluación de la calidad de la información. Así, Fundación Carlos Slim y la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y el CENAPRECE, con el apoyo de Alianza por un Corazón Saludable y el Centro de Análisis de Datos en Salud, han desarrollado el Índice de Calidad de la Atención de la Hipertensión Arterial Sistémica en México, denominado ICAHi, para medir tanto el proceso de la atención brindada al paciente con hipertensión, como el resultado que dicha atención tienen en el control de su enfermedad.

Metodología

El Índice de Calidad de la Atención de la Hipertensión Arterial Sistémica en México (ICAHi México) busca contribuir a la mejora de la calidad de la atención de los pacientes que viven con hipertensión, a través de:

- Medir la calidad de la atención de las unidades de salud para avanzar hacia el objetivo de la cobertura efectiva.
- Comparar el desempeño de las unidades de salud para buscar ventanas de oportunidad y mejora.
- Diseñar acciones de mejora e integrar planes de trabajo en todos sus niveles: unidad de salud, jurisdicción y entidad.
- Medir el impacto en salud en el tiempo de las acciones de mejora y así conocer la evolución de la calidad de la atención.

El ICAHi partió de la premisa de que es necesario transitar hacia una reingeniería de la prestación de servicios en las unidades de salud que privilegie la prestación de servicios con calidad a lo largo del continuo de la atención, desde la identificación de la población de responsabilidad en una zona geográfica, pasando por la valoración de la persona, la detección de factores de riesgo, la confirmación, incorporación a tratamiento y control de la enfermedad, así como la referencia oportuna a unidades de atención especializada para aquellos pacientes que no logran el control de su enfermedad, con el fin de prevenir complicaciones.



Así, la reingeniería en la prestación de servicios de salud considera que el modelo no sólo debe enfocarse en la atención, sino en la retención a través de un servicio de calidad.

Por otro lado, para aquellas personas que ya viven con una enfermedad crónica y son atendidos en las unidades de salud, se consideró las competencias requeridas del personal de salud para brindar una atención de calidad. Por último, se revisó el impacto en salud.

Así, El ICAHi México está compuesto por tres componentes, a saber:

- Retención de Pacientes (RP)
- Consulta Efectiva (CE)
- Impacto en la Salud (IS)

Cada componente está formado por una serie de sub-componentes e indicadores a través de los cuales se evalúan las inconsistencias para los temas específicos, mismos que se presentarán con detalle más adelante.

En todos los casos, la evaluación de los indicadores se realiza en cada paciente, y posteriormente se presenta esta información en su forma más desagregada a nivel unidad de salud (CLUES), y posteriormente por jurisdicción, entidad y a nivel nacional, con los siguientes niveles de desagregación:

- CLUES o unidad de salud: Se calculan todos los indicadores para cada CLUES a partir de la información de sus pacientes con hipertensión en estatus “activo”, de acuerdo con el criterio establecido por la Dirección General de Información en Salud, y que es calculado de forma automática por el SIC.
- Municipio: Para calcular el resultado por municipio, se promedian las medias de cada indicador o componente para todas las CLUES del municipio.
- Jurisdicción: Para calcular el resultado por jurisdicción, se promedian las medias de cada indicador o componente para todas las CLUES de la jurisdicción.
- Entidad: Para calcular el resultado por entidad, se promedian las medias (obtenidas en el nivel de desagregación: JURISDICCION) de todas las jurisdicciones de la entidad.
- Nacional: Para calcular el resultado a nivel nacional, se promedian las medias de las entidades (obtenidas en el nivel de desagregación ENTIDAD) de todas las entidades.

El ICAHi México responde a una dinámica de la atención brindada a los pacientes. Así, los dos temas más relevantes hoy son la retención del paciente y la consulta efectiva, que sin duda tienen un efecto en el impacto en salud. Por su parte, para determinar el peso o ponderación de cada indicador en su sub-componente, se utilizó la técnica de análisis matemático de factores. El Anexo 1 muestra el detalle de la elección de pesos para cada una de las variables.

Por último, para fines de comunicación estratégica, el resultado del Índice se presenta de forma cualitativa a través de estrellas, con una calificación de 0 a 5 estrellas. A continuación se presenta el desglose de cada uno de los distintos componentes.

Retención de Pacientes (RP)

En este componente, se evalúa el porcentaje de pacientes de la unidad de salud que cuentan con un estatus de Activos, tanto Regulares como Irregulares, tal y como está definido por la Dirección General de Información en Salud. La calificación se estima a nivel CLUES. Si la unidad de salud cuenta con el 100% de sus pacientes con el Estatus de Activos (ya sea regulares o irregulares) entonces se le asignan todos los puntos.

Retención de Pacientes	Puntos
Porcentaje de Pacientes Activos	25
Calificación Activa de Pacientes	25

Para saber, se define el estatus del paciente de la siguiente manera:

- Activo Regular si ha tenido una cita en los últimos 60 días.
- Activo Irregular si no ha tenido una cita en los últimos 60 días pero si en los últimos 120 días.

Consulta Efectiva (CE)

En este componente se evalúa el proceso de atención brindada al paciente con HAS en la unidad de salud, desde su ingreso a la unidad, el registro de sus datos personales, la conformación de su historia clínica (antecedentes y datos de diagnóstico), y las consultas médicas brindadas. Se estiman los indicadores de tal suerte que si la unidad de salud no presenta ninguna inconsistencia en los datos de los pacientes, entonces dicha unidad recibe todos los puntos descritos en la tabla de abajo.

Sub-componente Consulta Efectiva	Puntos
Detección integral y abordaje sistemático	
CE 1. Mediciones básicas en consulta	9.75
CE 2. Medidas anuales	26
Toma adecuada de decisiones y seguimiento oportuno	
CE 3. Prescripción adecuada de tratamiento	19.5
CE 4. Diagnóstico de comorbilidades y referencia	3.25
Veracidad de la Información	
CE 5. Confiabilidad de los datos del paciente	6.5
Calificación Consulta Efectiva	65

En seguida se describen las inconsistencias que puede presentar cada sub-componente.

CE1. Mediciones básicas en consulta

Este sub-componente presenta información sobre las mediciones básicas del paciente en cada consulta (peso, cintura, presión arterial, valoración de la dependencia al tabaco).

Medidas básicas faltantes en la última consulta: peso, circunferencia de cintura, presión arterial, valoración de la dependencia al tabaco.

CE2. Mediciones Anuales

Medidas integrales faltantes en el último año: revisión de ojo, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos y creatinina.

CE3. Prescripción adecuada de tratamiento

- Prescripción de tratamiento: pacientes sin prescripción de tratamiento no farmacológico, paciente sin prescripción de tratamiento farmacológico específico para hipertensión, paciente con dependencia de tabaco sin prescripción tratamiento de eliminación del hábito de tabaco

CE4. Diagnóstico de comorbilidades y referencia

- Omisión de diagnóstico: se refiere a pacientes que no tienen un diagnóstico de una enfermedad crónica y que sin embargo presentan valores alterados (Obesidad: $IMC \geq 30$, Dislipidemias: Colesterol total ≥ 200 o Colesterol LDL ≥ 100 o Triglicéridos ≥ 150 y Diabetes Mellitus: Glucosa plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl o Hemoglobina glucosilada ≥ 6.5).
- Omisión de referencia: Pacientes con un descontrol severo de su hipertensión arterial, (tres últimas citas descontroladas) que no han sido referidos a otras instancias.

CE5. Confiabilidad de datos del paciente

Este sub-componente presenta información de los datos personales, de contacto e información clínica complementaria.

Datos personales

- Nombre repetido (una de las siguientes inconsistencias mutuamente excluyentes):
 - Nombre completo repetido en el centro de salud

- Pacientes con nombre y primer apellido repetido en centros de salud con una desviación estándar mayor a la media nacional
- Pacientes con nombre y segundo apellido repetido en centros de salud con una desviación estándar mayor a la media nacional
- Pacientes con primer y segundo apellido repetido en centros de salud con una desviación estándar mayor a la media nacional
- Fecha de nacimiento repetida en el centro de salud
- Número de expediente faltante
- Domicilio incompleto

Antecedentes familiares

- Dato faltante para algún antecedente familiar: enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad y enfermedad cerebrovascular

Impacto en Salud (IS)

En este componente se evalúa el grado de control de la HAS que tiene cada paciente. Es importante señalar que se decidió, en línea con los estándares internacionales y la NOM-030-SSA2-1999 y en los Algoritmos de Atención Clínica del Plan Estratégico para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial Sistémica y de Diabetes Mellitus tipo 2.

La calificación se estima a nivel CLUES. Así, si en la unidad de salud todos los pacientes obtienen todo el puntaje y no presentan ninguna desviación o inconsistencia respecto de lo esperado, la unidad de salud obtiene todo el puntaje correspondiente.

Sub-componente Impacto en Salud	Puntos
Descontrol de la Presión Arterial	10
Calificación Impacto en Salud.	10

En seguida se describen los escenarios que puede presentar paciente.

Sub-componente Impacto en Salud	Puntos
3 Citas Controladas	10
2 Citas Controladas	7.5
1 Cita Controlada	3.75
0 Citas Controladas	0

Una cita se considera controlada con los siguientes escenarios:

- Paciente menor de 75 años de edad:
 - Sin Diabetes y con TA menor a 140/90 mm/Hg.
 - Con Diabetes y con TA menor a 130/80 mm/Hg.
- Paciente mayor de 75 años de edad y con TA menor de 150/90 mm/Hg.

Ponderación final por el número de pacientes

Así, el Índice (ICAHi México) resume y presenta de una forma didáctica el desempeño de las unidades de salud respecto de la atención que brindan al paciente con hipertensión.

ICAHi México	Puntos
Retención de Pacientes (RP)	25
Consulta Efectiva (CE)	65
Impacto en Salud (IS)	10
Calificación ICAHi México	100

Con la finalidad de incentivar una mayor cobertura en la atención de pacientes con HAS, dicha calificación se pondera por el número de pacientes activos atendidos:

- Si la unidad tiene de 1 a 5 pacientes → Calificación x 0.8
- Si la unidad tiene de 6 a 10 pacientes → Calificación x 0.9
- Si la unidad tiene 11 pacientes y más → Se mantiene la calificación

Ejemplo:

Centro de Salud El Zapote (GTSSA003781)

Pacientes activos: 8

Calificación obtenida: 69.7

ICAHi México = 69.7 x 0.9 = 62.7

Anexo 1. Elección de pesos por variable

Como se mencionó anteriormente, los pesos de los indicadores se eligieron utilizando análisis de factores, una técnica estadística utilizada para describir la variabilidad al reducir la dimensionalidad a un cierto número de variables no observadas llamadas factores.

La idea básica en el análisis de factores es que se tienen p variables aleatorias las cuales pueden ser expresadas como una combinación lineal de m variables aleatorias hipotéticas no observadas llamadas factores, con $m < p$ más un término de error. Es decir, si x_1, \dots, x_p son las variables aleatorias y f_1, \dots, f_m son los factores, entonces:

$$\begin{aligned}x_1 &= \lambda_{11}f_1 + \lambda_{12}f_2 + \dots + \lambda_{1m}f_m + e_1 \\ &\vdots \\ &\vdots \\ &\vdots \\ x_p &= \lambda_{p1}f_1 + \lambda_{p2}f_2 + \dots + \lambda_{pm}f_m + e_p\end{aligned}\tag{1}$$

donde las constantes λ_{ij} con $i \in \{1, \dots, p\}$ y $j \in \{1, \dots, m\}$ son llamadas las cargas de los factores, y e_1, \dots, e_p son los términos de error. El sistema de ecuaciones (1) se puede expresar matricialmente como

(2)

$$x = Af + e.$$

Se tienen además los siguientes supuestos:

$$E [e] = 0, \quad E [ff] = 0, \quad E [x] = 0, \quad (3)$$

$$E[ee^T] = \Psi, \quad E [fe^T] = 0, \quad E [ff^T] = Im, \quad (4)$$

donde Ψ es una matriz diagonal y Im es la matriz identidad de rango m . El tercer supuesto de (3) no necesariamente se cumple siempre, pero lo que sí se puede hacer es tomar $x = \mu + Af + e$, con $\mu = E [x]$. Los supuestos en (4) asumen que los errores no están correlacionados entre sí, que los errores no están correlacionados con los factores y que los factores no están correlacionados.

El modelo (2) parece un simple modelo de regresión lineal, pero en este caso A y f son desconocidos, por lo que no hay una única solución global óptima. Dados los supuestos (3) y (4), la matriz de covarianzas Σ puede ser expresada como $\Sigma = AAT + \Psi$. Sin embargo, si se quisiera estimar A usando esta formulación, se vería que hay una infinidad de soluciones, pues cualquier A' tal que $A' = AT$, con T ortogonal, daría el mismo resultado. T es llamada una matriz de rotación, pues hace una rotación en el espacio Euclídeo. Una de las opciones para la matriz T es la llamada rotación varimax, de tal forma que si $B = AT$ y el elemento b_{jk} corresponde al elemento en la j -ésima fila y k -ésima columna, para $j \in \{1, \dots, p\}$ y $k \in \{1, \dots, m\}$, entonces T se escoge de tal forma que maximiza

$$Q = \sum_{k=1}^m \left[\frac{1}{p} \sum_{j=1}^p b_{jk}^4 - \left(\frac{1}{p} \sum_{j=1}^p b_{jk}^2 \right)^2 \right] \quad (5)$$

Al maximizar Q en (5), se está buscando maximizar la suma de las varianzas del cuadrado de los cargos de los factores (por eso su nombre). Debido a esto, cada factor tiene pocas variables con cargas grandes por factor, pero muchas cargas con valor igual o cercano a cero. Esto simplifica la interpretación porque cada variable original tiende a estar asociada con pocos factores, y cada factor representa un número pequeño de variables, esto porque las cargas bajas se pueden ignorar en la interpretación.

Elección de número de factores

Los resultados hasta el momento han hecho la suposición de que se tienen ya un número definido, m , de factores, pero una pregunta natural es, ¿cuántos factores se deben modelar? La respuesta depende del objetivo del análisis de factores; en ocasiones se desea utilizar las variables latentes como un resumen de las variables observadas e incorporarlas a análisis posteriores. En este caso es conveniente analizar el porcentaje de la varianza en las variables observadas que se puede explicar con los factores, por ejemplo, si el tercer factor no contribuye de manera importante a explicar la variabilidad observada, el modelo con dos factores sería preferible. Por otra parte, si se hacen supuestos distribucionales en x y en e , se puede comparar la verosimilitud (o AIC, o BIC) de los modelos con distinto número de factores y elegir de acuerdo a este criterio.

Para este trabajo se utilizaron dos factores, es decir, $m = 2$. De esta forma, los pesos para cada indicador es directamente $|A_{i1}| + |A_{i2}|$.

En las tablas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 se observan los pesos finales para cada indicador, redondeados a dos decimales. Los valores de las tablas están modificados de tal forma que la suma de los ponderadores sea 1; esto es equivalente a considerar los pesos como $\frac{|Ai1|+|Ai2|}{\sum_{i=1}^p |Ai1|+|Ai2|}$.

Tabla 1: Pesos para el indicador de datos personales

Variable de datos personales	Peso
Nombre no repetido	0.23
Fecha de nacimiento no repetida	0.26
Expediente no faltante	0.27
Domicilio consistente	0.24

Tabla 2: Pesos para el indicador de antecedentes familiares

Variable de antecedentes familiares	Peso
Enfermedad cardiovascular	0.17
Hipertensión arterial	0.16
Diabetes Mellitus	0.17
Dislipidemias	0.16
Obesidad	0.17
Enfermedad cerebrovascular	0.17

Tabla 3: Pesos para el sub-indicador de mediciones básicas

Variable de mediciones básicas	Peso
Peso	0.15
Circunferencia de cintura	0.20
Evaluación de dependencia a tabaco	0.50
Presión arterial	0.15

Tabla 4: Pesos para el sub-indicador de mediciones complementarias anuales

Variable de mediciones anuales	Peso
Colesterol Total	0.30
Colesterol HDL	0.10
Colesterol LDL	0.10
Triglicéridos	0.10
Creatinina	0.20
Fondo de ojo	0.20

Tabla 5: Pesos para el sub-indicador de prescripción de tratamiento

Variable de prescripción	Peso
Tratamiento no farmacológico	0.40
Tratamiento específico para HTA	0.20
Tratamiento p/ dependencia tabaco	0.40

Tabla 6: Pesos para el sub-indicador de omisiones

Variable de prescripción	Peso
Omisión de referencia	0.15
Omisión de diagnóstico DM2	0.15
Omisión de diagnóstico Dislipidemias	0.30
Omisión de diagnóstico Obesidad	0.40

Tabla 7: Pesos para el sub-indicador de visitas

Variable de prescripción	Peso
Mediciones básicas	0.15
Mediciones complementarias	0.40
Prescripción de tratamiento	0.30
Omisiones	0.05

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World Health Observatory data. Disponible en: <http://www.who.int/gho/ncd/en/>. Fecha de consulta: 08 de Octubre de 2018
2. World Health Organization. World Health Observatory data, Premature NCD deaths. Disponible en: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_premature/en/. Fecha de consulta: 08 de Octubre de 2018
3. Global Health and Metrics Evaluation. Global Burden Disease in Mexico 2016. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. Fecha de consulta: 08 de Octubre de 2018
4. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Secretaría de Salud 2016.