



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD.**

Campo del conocimiento: Ciencias Sociomédicas

Campo disciplinario: Gestión y Políticas de Salud

**“EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL
DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LOS
PACIENTES USUARIOS Y DESTINATARIOS DEL MISMO”.**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

DOCTOR EN CIENCIAS

PRESENTA

Martín Salvador Silberman

TUTORES DE TESIS

**Dra. Laura Moreno Altamirano
Dra. Guadalupe García de la Torre,
Dr. Luis Durán Arenas,
Dr. Héctor Ochoa Díaz López**

FACULTAD DE MEDICINA

Ciudad Universitaria. México D.F., Mayo de 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES	8
I. CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	10
Orígenes:.....	10
Calidad de atención, conceptos principales.....	11
Modelo Unificador: perspectivas.....	15
Componentes para la evaluación de la calidad.....	17
La opinión de los Pacientes:.....	21
Satisfacción del Paciente.....	22
Evaluación de la Satisfacción del paciente:.....	23
II. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO	24
Constitución y desarrollo del Sistema de Salud en México.....	27
Descentralización.....	27
Sistema de Protección Social en Salud Seguro Popular.....	29
Sistema de Salud del Distrito Federal (GDF).....	30
Centros de Salud.....	31
Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón	33
III. ESTUDIOS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN EN MÉXICO	34
JUSTIFICACIÓN	40
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	42
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	43
OBJETIVOS	44
OBJETIVO GENERAL.....	44
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	44
ACERCAMIENTO METODOLÓGICO.....	45
Métodos mixtos de Investigación.....	45
La triangulación metodológica.....	45
Enfermedades trazadoras	46
METODOLOGÍA	46
DISEÑO DE ESTUDIO	46
VARIABLES:	47
ETAPA I. ESTUDIO CUANTITATIVO	48
a. Variable: Calidad Técnica de Atención	48
Muestra	48
Proceso de obtención de la información.....	49
b. Variable: Evaluación de Satisfacción (Experiencias) de los pacientes.....	56
Diseño:.....	56
Criterios de inclusión:	57
Muestreo.....	58
Análisis de los resultados:.....	58
ETAPA II. ESTUDIO CUALITATIVO.....	59
Diseño:.....	59
Población.....	60
Criterios de selección	61

<i>Ejes de relevancia:</i>	61
RESULTADOS	62
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD TÉCNICA DE LOS CENTROS DE SALUD	62
<i>Resultados por Centro de Salud</i>	66
RESULTADOS POR COMPONENTES: ESTRUCTURA-PROCESOS-RESULTADOS.....	72
CALIDAD TÉCNICA Y USUARIOS ASISTIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD.....	74
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN (EXPERIENCIA)	78
I. <i>Características de la población encuestada</i>	78
II. <i>Satisfacción (Experiencia)</i>	83
III. <i>Relación entre la Evaluación de la Satisfacción (experiencia) y nivel de estudios de la población</i>	86
IV. <i>Relación entre la Calidad Técnica y la Satisfacción (Experiencia) de los usuarios</i>	89
RESULTADOS OBTENIDOS A PARTIR DE LOS GRUPOS FOCALES	96
<i>Ejes de análisis</i>	96
<i>Impacto de los servicios de salud sobre el desarrollo de la diabetes</i>	99
<i>Expectativas depositadas por los pacientes en los tratamientos prescritos</i>	100
<i>Aportes de los GF</i>	102
DISCUSIÓN	104
REFLEXIONES FINALES	122
ANEXOS	124
I. CUESTIONARIO DE CALIDAD TÉCNICA DE ATENCIÓN.....	124
ANEXO II. CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN (EXPERIENCIA).	129
ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO PRELIMINAR RSN	130
EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ Y FIABILIDAD.....	133
BIBLIOGRAFÍA	139

“Escribir te convierte en alguien que siempre se equivoca. La ilusión de que algún día puedes acertar es la perversidad que te hace seguir adelante”.

Philip Roth

Esta tesis está dedicada a los trabajadores de los centros de salud del primer nivel de atención, quienes conviven con personas que sufren entre otras cosas, de problemas de salud.

Estas personas en muchos casos van a la consulta a buscar una palabra, o ni siquiera eso, simplemente una escucha.

Y la encuentran.

Agradecimientos

La tesis doctoral sintetiza toda una etapa de la vida en la que diferentes personas nos han dado un soplo que nos permitió avanzar un escalón, un pasito, y en algunos casos nos impidió detenernos o caer.

En mi caso, este es un gran momento que me da la vida para agradecer a mis padres, Lito y Reina, a quienes admiro y amo, su soporte permanente y desinteresado es lo que me ha hecho lo que soy hoy. Me llevó mucho tiempo darme cuenta de lo que me brindaron, ojalá pueda darle a mis hijos algo similar a lo que yo recibí de ellos, sobre todo la libertad, algo que hoy reconozco como un valor imprescindible.

Luego a mi hermano y amigo Pedro, que me guía y me apoya incondicionalmente, es como jugar en las alturas sabiendo que abajo siempre hay red. A mi hermana Débora.

A mis hijos, Iván y Camilo por el haber soportado mudanzas, cambios, desencuentros en pos de esta búsqueda de sus padres; también porque creemos que eso los hará más fuertes y libres.

A María, gran compañera de aventuras y de saberes, por muchas cosas.

A Laura, jefa, tutora, amiga, alguien que ha hecho de esto algo posible y grato a la vez, que le dio posibilidades a los sueños y de la que he aprendido mucho más de lo que ella misma cree.

A Cayu, mi amigo y como él mismo me enseñó a verlo: “hermano de la vida”, personas que no saben en qué medida te dan una mano cuando más lo necesitas. Y por supuesto mi amiga Mariana, Nico y Male.

A Martín Levenson, amigo admirado, querido que me enseñó a disfrutar la vida y sus buenos momentos en donde nos toque, a pesar de las cosas, a pesar de todo. A Mariajo, Alejo; y a Tepoz, y lo que queda allí.

A una gran mentora de este logro que fue Ingrid, amiga generosa quien sin conocerme confió en mi cosas muy valiosas, ojalá pueda incorporar ese nivel de confianza en la gente, y espero haber sido un buen depositario de esos valores.

A Eduardo Menéndez y a René Di Pardo, por su compañía, su sabiduría, los buenos momentos, los buenos vinos y las exquisiteces compartidas.

A Gina Chacón, Raquel Abrantes y compañeros de Doctorado, quienes aportaron con sugerencias y lecturas críticas.

A los amigos/hermanos de la vida que han hecho de esta travesía algo más emocionante y enriquecedor, a Salomón, Guéno, Cintia, Christian, y a todos los que me acercaron a conocer, respetar y admirar la mexicanidad.

Al Conacyt por su apoyo.

A la UNAM y sus trabajadores, compañeros y alumnos; a los responsables del Doctorado y a los asistentes, a mis queridos tutores y maestros.

A México lindo y querido.

Cuando terminamos una etapa como ahora me toca, nos parece que hemos alcanzado algo, yo en particular siento que me he movido, pasé de un estadio a otro, muté, cambié de piel, estoy listo para lo que viene. Es una forma de sentir, es una forma de decir, no llegué a ningún lado, no me fui de ninguno tampoco, estoy diferente a como estaba y ya no puedo regresar a lo anterior.

Título:

Evaluación de la Calidad de Atención de la Salud en el primer nivel de la Ciudad de México y su relación con la Satisfacción de los pacientes, usuarios y destinatarios del mismo.

Introducción.

En este trabajo se busca dar respuestas a varias interrogantes en torno a la calidad de atención de la salud brindada por los servicios públicos estatales de salud en México, sobre todo aquellos que prestan servicios de primer nivel de atención. Para dar cuenta del fenómeno a analizar este trabajo se enmarcó en el campo de los estudios de evaluación de políticas de salud, lo que permite comprender las dificultades y las dimensiones que se ponen en juego para su análisis.

Es necesario para poder comprender el objeto a evaluar, realizar una revisión de los principales conceptos como son: Calidad Técnica de Atención, el de Atención Primaria de la Salud (APS), Satisfacción (Experiencias y Expectativas) de los pacientes usuarios y poder situar su desarrollo en el tiempo dentro de las líneas de trabajo e investigación en el mundo, y su aplicación e impacto en México.

Por ello se presenta dentro de los antecedentes el nacimiento y desarrollo de los estudios de Calidad de la Atención, y su correlato en la Salud Pública mexicana; asimismo, se hace un repaso sobre los hitos fundamentales que dieron marco a la estrategia de APS, su aplicación en México y las condiciones para su implementación. También se presenta una revisión somera de la historia del Sistema de Salud mexicano, desde sus orígenes hasta la actualidad, dando cuenta de sus principales momentos de expansión y de reforma.

Una vez presentados los conceptos principales y ubicándolos en el contexto mexicano se fundamentó sobre la necesidad de conocer las posibilidades del mismo de satisfacer los requerimientos en salud de las personas con

diabetes en el primer nivel de atención de la ciudad de México. La diabetes se consideró enfermedad “trazadora” para poder dar cuenta del desempeño de los servicios de salud. La Calidad Técnica de Atención se evaluó de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la atención de diabetes en el primer nivel, para lo cual se incluyeron todos (7) los centros de Salud (CS) de mayor complejidad de la la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón (JSAO), elegida ésta por cuestiones de factibilidad y representatividad. A la vez se combinó la información obtenida en cuanto a la Calidad Técnica con la evaluación de la Satisfacción de los pacientes que evaluó la opinión acerca de la Experiencia vivida. Por último, para incorporar a la Satisfacción (Experiencias) de los pacientes sus expectativas sobre la atención, se realizó un acercamiento cualitativo mediante la técnica de Grupos Focales con pacientes con diabetes usuarios habituales de los CS.

Antecedentes

Un Sistema de Salud ideal es aquel conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población general y que promueven la equidad. Asimismo, es el que presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y hace énfasis en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. ¹⁾ Algunos autores también establecen diferencias con esta visión al plantearla como un “ideal” que no se observa en la realidad, y que en el área de la salud confluyen intereses que hacen del sector una arena permanente de disputa entre diferentes actores que buscan la consolidación, o la apropiación y el predominio de uno o más capitales que se encuentran en juego. ²⁾

Esta última visión, aporta complejidad al tema enfocando la perspectiva de “Campo de la salud” en un sentido bourdieano del término, que intenta incorporar la idea del conflicto en oposición al “ideal” planteado líneas arriba.³⁾

Muchas investigaciones han buscado evaluar la adecuación de las teorías sanitarias a las realidades de organización de los diversos sistemas de salud. Hoy conviven en el mundo sistemas de salud con muy diversas organizaciones, inscritas en líneas de pensamiento muy diferentes, incluso, opuestas. Cada una de ellas relacionadas con el sistema de valores y creencias de los países a los que pertenecen.

Sin embargo, a pesar de las diferencias, a lo largo de la historia se han realizado múltiples esfuerzos por generar teorías y modelos organizacionales que permitan diseñar e implementar mejores sistemas de salud. Por otro lado, de forma paralela, se han orientado los recursos de investigación y desarrollo en pos de generar las herramientas que permitan objetivar el desempeño de los diferentes sistemas de salud a los fines de poder compararlos.

En cuanto a la organización de los sistemas de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado desde la Conferencia Mundial de Alma Ata en 1978 el enfoque de la Atención Primaria de Salud (APS) como eje de organización de los sistemas de atención de la salud.⁴⁾ Desde ese entonces hasta ahora, se han dado diferentes situaciones en el plano internacional que han llevado a reinterpretar el concepto de APS dando lugar a visiones diferentes, incluso divergentes y opuestas que responden a intereses diversos. Por ello, recientemente la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha llamado a generar un proceso de renovación de la APS para mejorar la capacidad de los países en función de articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros.¹⁾ Contar con un sistema de APS renovado se considera una condición esencial para poder alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio.⁵⁾ Ahora bien, ¿Qué significa contar con un sistema de salud basado en un concepto renovado de la APS?, eso requiere plantear las discusiones y visiones en torno a la APS que se han dado desde el ámbito académico y político.

En cuanto a la evaluación del desempeño de los sistemas y servicios de salud, han sido presentadas múltiples y variadas estrategias de investigación que combinan indicadores de todo tipo. Los consensos más fuertes en torno a la evaluación del desempeño de los sistemas y servicios de salud han sido generados en lo que se denomina la “Calidad de la Atención” concepto y que fuera desarrollado en su mayor parte por Avedis Donabedian.

I. Calidad de la atención

Orígenes:

Si bien el concepto de “Calidad” ha sido usado desde hace décadas para definir el esmero o el valor de un producto, el concepto que actualmente permite evaluar el desempeño de las organizaciones sanitarias proviene del estudio de los procesos industriales. Estos estudios iniciaron en la primera mitad del siglo veinte y han sido parte integral del crecimiento y consolidación de los procesos de globalización del capitalismo industrial. La primera noción que se encuentra relacionada con el uso de conceptos para elevar los estándares de calidad se les puede encontrar en 1933, el Doctor W. A. Shward, de los Bell Laboratories, aplicó la estadística para elevar la productividad y disminuir los errores, es decir, mejorar la calidad de los productos. La idea de que los procesos de fabricación industrial podían ser divididos en partes (subprocesos) para ser analizados y mejorados, perseguía el objetivo de que productos de fabricación tuvieran las mismas características entre sí. Esta es la primera noción acerca de que si se siguen los subprocesos de acuerdo a las normas, los productos deberán ser iguales, mejorando su calidad. El desarrollo del control de procesos creció notablemente en los procedimientos mecanizados de fabricación de la industria armamentista durante la segunda guerra mundial. A partir de allí, se inició un crecimiento exponencial en el estudio de la calidad en la industria que definió nuevas reglas de operación y comercialización de productos a partir del dictado de normas internacionales de fabricación y control de calidad de productos.

Calidad de atención, conceptos principales

La evaluación de la calidad de la atención de la salud se inició, en principio, como parte del debate político/económico en torno al papel del Estado como principal financiador de los servicios de salud. Responde a la imperiosa necesidad de disponer de bases técnicas para definir las necesidades cuantitativas y cualitativas de atención. En sus inicios, el debate se centraba en el uso racional y coherente de los recursos disponibles, así como en formular estándares mínimos para acreditar servicios y certificar profesionales y, a la vez, realizar seguimiento del desempeño de los trabajadores de salud a través de auditorías. Es decir, respondía por un lado a la necesidad de controlar el gasto creciente en salud, y por el otro, a homogeneizar en cierta medida la práctica médica.

Las primeras nociones acerca de la calidad en atención de la salud se encuentran en los Estados Unidos a principios de los años 40's, es entonces cuando se comienza a debatir la racionalidad de los presupuestos destinados a la atención de hospitales y programas de salud financiados por los fondos públicos. La discusión se centraba en definir aquellas prestaciones y programas que demostraran resultados (efectividad), y que por lo tanto, el sistema debiera seguir financiando.⁶⁾ Estas primeras consideraciones se orientaron sobre todo a mejorar la coherencia de los programas de salud manejados por múltiples agencias gubernamentales y los principales aportes fueron acerca de la adecuación de sus objetivos, organización interna, mecanismos de financiación y pago a profesionales y la necesidad de abordarlas desde la órbita de departamentos de salud.⁶⁾ Las discusiones comenzaron a impactar en la necesidad de organización de las prestaciones en salud y los principales ejes de análisis reflejaban las tensiones en la redistribución de recursos, en este caso salud, es decir, cuánto recurso proveniente de los impuestos debía ser destinado a generar beneficios en términos de salud a la población.⁷⁾

No fue sino hasta mediados de los años 50's cuando se comenzó a incorporar al análisis el cómo evaluar la calidad de los servicios de salud en el referente institucional más importante de dichos servicios que es el hospital.⁸⁾ Hasta ese entonces la evaluación del desempeño hospitalario se centraba en crear estándares de acreditación (equipamiento, organización administrativa y profesional y calificación de los profesionales) cuyo propósito era establecer un mínimo aceptable para su licencia y permiso de funcionamiento.⁸⁾ El primer paso que se dio en ese sentido fue tomar como foco para el análisis los expedientes clínicos y desde allí poder detectar errores de procedimientos diagnósticos, terapéuticos o administrativos que permitieran mejorar, mediante la capacitación de los profesionales, la atención brindada a los pacientes. El concepto que subyace es el de auditoría médica, realizada por trabajadores ajenos al hospital evaluado (auditoría externa). Al respecto, vale la pena observar que la auditoría de este tipo solo puede ser realizada por profesionales de la salud debidamente capacitados en la tarea para obtener resultados que puedan evaluar el desempeño de los médicos, así como también obtener resultados estadísticos por hospital.⁹⁾¹⁰⁾

Entonces, en principio motor que hizo nacer la evaluación de la calidad fue el debate político/económico del papel del Estado como principal financiador de los servicios de salud, proponiendo fundamentos técnicos para definir las necesidades cuantitativas y cualitativas de atención. Por otro lado se buscó el uso racional y coherente de los recursos, así como la formulación de estándares mínimos para acreditar servicios, profesionales y dar seguimiento a través de auditorías del desempeño profesional.

El primero que logró generar consenso en el ámbito académico y sanitario en la aplicación de conceptos para evaluación de la calidad de la atención, siguiendo los desarrollos propios de la industria, fue Avedis Donabedian. Este académico publicó en 1966 un texto en el que sentó las bases de la evaluación sistémica de la calidad de la atención médica y planteó que "...el propósito de la evaluación de la calidad es ejercer una vigilancia constante

para que cualquier alejamiento de las normas pueda ser detectado tempranamente y corregido”.¹¹⁾ Asimismo, planteó la necesidad de evaluar el desempeño de la atención médica, centrando dicha evaluación en la relación entre el médico, el contexto hospitalario y el paciente que demanda atención.

Al mismo tiempo propuso un debate acerca de lo que debía entenderse por calidad, señalando que “...*los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica*”. Es decir, la evaluación de la calidad debe delimitar el proceso de atención y definir su desempeño ideal, a fin de compararlo con lo realizado por un servicio o un profesional particular en un momento determinado. Esta es la razón por la que, desde entonces, los principales esfuerzos se han dirigido a precisar y definir los elementos que componen el proceso de atención y las características que definen a dicho proceso (efectivo, seguro, satisfactorio, y otros). Paralelamente se han realizado esfuerzos en la búsqueda de indicadores, patrones, escalas de medición, fuentes de información, validez de la misma, técnicas de muestreo; todas herramientas que permiten medir el grado de cumplimiento de dichas características en relación a un ideal deseado.

El modelo original de Donabedian explora la calidad de la atención a través de definir lo que llama el módulo más simple de atención, es decir, el tratamiento que proporciona un profesional de la salud de forma individual a un paciente dado, con un episodio de enfermedad claramente definido. Este tratamiento propone dividirlo en dos aspectos diferenciados: lo que se vincula a la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina al manejo de un problema de salud: “*Calidad técnica de atención*”. Por otro lado, se encuentra el aspecto que también define la calidad de atención y que se relaciona con el vínculo alcanzado por el profesional de la salud y el paciente, en términos de interacción social, económica y cultural; a este aspecto, Donabedian lo denomina “*Calidad interpersonal*”.¹²⁾

Como piso, la calidad técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello los riesgos. Si la medicina fue definida muchas veces como la ciencia y el arte de proteger o recuperar la salud, esta propiedad de la calidad correspondería a la “ciencia” de la salud.

Esta relación entre los riesgos y beneficios que trae aparejada la atención de la salud, permite al profesional optar por aquella práctica de atención que se espera pueda proporcionar a un paciente determinado el más completo bienestar; este balance Donabedian lo denomina *Modelo unificador*.¹²⁾

Por su parte, el proceso interpersonal debe llenar los requisitos fijados por las normas, valores y creencias socialmente aceptados que gobiernan la interacción de los individuos en general y de los profesionales de la salud con los pacientes en particular. Por ello si la calidad técnica se consideró la parte de la “ciencia”, a esta relación entre médico y paciente se considera la parte del “arte” del cuidado de la salud.

Por supuesto que existe un gran desarrollo teórico de diferentes disciplinas que brindan elementos en relación a un óptimo desempeño en la relación interpersonal entre paciente y profesional de la salud. Además, de que también existen normativas explícitas que regulan estas relaciones desde el punto de vista del profesional y por parte del paciente. Por otro lado, se sabe que una buena relación interpersonal entre médico y paciente puede aumentar de manera muy importante los beneficios de la dimensión técnica, a la vez que una pobre relación interpersonal puede condicionar los alcances técnicos y aumentar los riesgos de la atención.

Existe un tercer elemento diferente a los anteriores, aunque relacionado con la calidad interpersonal que se ha dado en llamar “amenidades”, éstas hacen referencia a los elementos de la atención que tienen que ver con proporcionar un ambiente cómodo, cálido, amigable y de cuidado a los pacientes; esto puede ser la sala de espera agradable, buena temperatura, aspecto moderno y cuidado de las instalaciones, y otras.

Entonces, la calidad comienza a definirse como la propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, en este caso si la misma produce beneficios con los menores riesgos, valorando aspectos de calidad técnica, interpersonal y las amenidades. Otros elementos que atraviesan transversalmente a estos conceptos de la calidad de la atención pueden ser: la cantidad de atención brindada, el costo monetario de la misma y la oportunidad con que se brinda.

En cuanto a la cantidad; si ésta es insuficiente, (en términos de número de consulta otorgadas, o estudios realizados) por más adecuada que sea, se evalúa como deficiente en términos de calidad.

Este aspecto no tiene tanta relación con el módulo simplificado de médico-paciente, ya que no es el médico quien determina estos déficits de acceso, sino más estrechamente se vincula con el tipo de organización que presta servicios de salud, pero de todas formas compromete a la calidad. En el mismo sentido, la atención excesiva al aumentar los costos y ser innecesaria, desvirtúa su propósito e impacta negativamente en la evaluación de la calidad. Existe relación estrecha entre la calidad y el costo monetario; la atención de calidad cuesta dinero, ya que presupone una cantidad adecuada de atención y cuidados; por otro lado, la atención ineficaz o de pobre calidad, también genera mayores costos porque tiene efectos negativos sobre la salud de las personas que significarán mayores gastos a mediano y largo plazo.

Lo propio sucede con el costo de oportunidad en relación a la calidad; los padecimientos en salud requieren ser atendidos a tiempo para poder obtener el mayor beneficio de los conocimientos médicos. En la medida en que la atención se dilata en el tiempo, aumentan los riesgos y los costos, por consiguiente se deteriora la calidad de atención.

Modelo Unificador: perspectivas

El modelo unificador, como se ha mencionado, incorpora a los elementos de Calidad Técnica y los de la relación interpersonal, la consideración de los

costos de atención. Si se analiza la atención de la salud desde una perspectiva exclusivamente técnica, se simplifica la utilización del modelo unificador, ya que los expertos en salud definirían el estándar óptimo de salud, y como tal, podrán especificar los límites de cada intervención en los que los beneficios comienzan a combinarse con los riesgos. De acuerdo con este modelo, los factores mencionados como los costos y la satisfacción del paciente quedan relegados en importancia y pasan a ser obstáculos o facilitadores para el logro del mencionado estándar. El Modelo Unificador ha sido el más difundido en los estudios de calidad de la atención y está relacionada con la evaluación de la eficacia de las intervenciones, ha sido denominada por Donabedian, como la perspectiva “absolutista” de la calidad.

Se puede plantear una perspectiva alternativa que incorpora como principal objeto de la atención de la salud fomentar el bienestar de los pacientes, lo que requiere la corresponsabilidad de los mismos en la definición de objetivos del tratamiento para el logro de los objetivos. Este enfoque, permite incorporar los valores, expectativas y experiencias de los pacientes, además del costo de la atención. Cuando se plantea la participación activa del paciente, se pueden redefinir los estándares técnicos para cada caso particular, cada grupo o comunidad; a esta perspectiva, Donabedian la denomina “individualizada”. Esta última perspectiva aporta mayor complejidad al plantear que el costo económico y las condiciones de acceso y utilización de los servicios de atención van a estar condicionando los resultados en términos de calidad; por otro lado incorpora la dimensión moral, ya que las diferencias en la calidad de atención debidas a factores económicos o sociales puede y debe considerarse injusta.¹³⁾

Este elemento agrega otra perspectiva a la calidad de atención, la denominada “social”, que evalúa desde una perspectiva de servicios o sistemas el beneficio alcanzado de acuerdo a la distribución social de la calidad.

Entonces, partiendo de una perspectiva neutral meramente técnica denominada “absolutista”, en la que el componente técnico es dominante, se puede pasar a una “individualista”, donde las condiciones sociales, económicas y culturales de las personas son tomadas en cuenta; hasta alcanzar la perspectiva “social”, en la que se evalúa la manera en el que el bien social se distribuye en la población.

Componentes para la evaluación de la calidad

En principio, y en concordancia con las definiciones de la calidad, se puede afirmar que la evaluación de la calidad tendrá enfoques diferentes de acuerdo a la visión que se pretenda utilizar, si es la perspectiva técnica o “absolutista”, o si es la “individualista” o la “social”.

Estos componentes, de manera esquemática, pueden ser clasificados como propios de la Estructura, del Proceso o del Resultado de la atención de la salud.¹⁴⁾ En lo referido a Calidad Técnica, que se mide desde la visión de los prestadores, busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, (atención oportuna, eficaz y segura) de los usuarios de los servicios.¹⁵⁾

Para ello, Donabedian considera que en primer lugar la atención médica consiste en la combinación de una serie de actividades realizadas sobre una persona o grupo para el logro de determinados objetivos. Dichas actividades estarán normalizadas por expertos (perspectiva técnica), en conjunto entre expertos y pacientes (perspectiva individualista), o en conjunto por un grupo o sociedad (perspectiva social). A esta combinación de actividades se les puede llamar “procesos” de atención. A su vez se requiere que cada proceso se realice de manera normatizada e interconectada, de tal manera que las leyes, normas, y demás elementos que organizan el sistema garanticen el funcionamiento de acuerdo a estándares recomendados. Entonces, uno de los componentes clave para poder evaluar la calidad de atención es la identificación de la adecuada implementación de los procesos necesarios para obtener los máximos beneficios y los menores riesgos.¹⁶⁾

Un juicio acerca de los procesos requiere la observación directa de la aplicación o no de los mismos, de no ser posible, se puede limitar a la reconstrucción indirecta mediante fuentes de información secundaria, -como los registros- esto permite un acercamiento a su implementación. Si la visión que se desea obtener de la ejecución de procesos, es la perspectiva individualizada de la calidad, se deberá incorporar a la misma los aspectos procesuales que incorporan la experiencia de los pacientes con relación a sus expectativas previas al momento de atención - lo que conforma su satisfacción- y su opinión sobre la relación interpersonal. Si lo que se plantea es una perspectiva social de la calidad, se deberá obtener información agregada acerca de la implementación de procesos, de acuerdo al grupo en el que se está evaluando la calidad de atención.

Otro componente importante para la evaluación de la calidad se refiere a los elementos necesarios que hacen posible el desarrollo de los procesos, a esta medición en cantidad y adecuación de los elementos mencionados, se denomina componente de “*estructura*”. La adecuación de estos elementos aumenta las probabilidades de llevar a cabo los procesos necesarios para una buena calidad de atención. Además de evaluar la cantidad y adecuación de elementos estructurales, es necesario certificar la estabilidad de los mismos en el tiempo. Además, de acuerdo a la perspectiva de la calidad subyacente, es necesario poder evidenciar la adecuación técnica de los recursos, la aceptación por parte de los pacientes y la distribución social de los mismos entre los diferentes grupos. En cuanto a la estructura de recursos, la perspectiva social plantea como idea subyacente que para una población determinada con un perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico definido, corresponde una estructura de recursos (financieros, humanos, físicos y tecnológicos) que garanticen la posibilidad de cubrir las necesidades.

Por último, se encuentra el componente de “*resultados*”, que busca obtener evidencia de un cambio entre una situación de salud y otra, producto de la atención médica. Nuevamente, estos resultados se plantean en función de la

perspectiva de la calidad elegida, (técnica, individualista o social) si es la técnica, se esperan resultados en el estado de salud evidenciables objetiva o subjetivamente; si es la individualista se deberán incorporar a lo anterior aspectos relacionados con la satisfacción del paciente; y si la perspectiva elegida para evaluar la calidad es la social, se deberá incorporar elementos que permitan medir el impacto de las acciones sobre un grupo de individuos.

Entonces, para evaluar la calidad de atención, de acuerdo a la perspectiva elegida, se debe considerar el tipo de procesos que se deben implementar para el logro de los mayores beneficios y menores riesgos, posteriormente se busca evidenciar la existencia, en cantidad, calidad y continuidad de los elementos de la estructura que permitan la realización de dichos procesos. Por último, se deben establecer los resultados que se desea obtener para diseñar la mejor manera de objetivarlos.

De lo enunciado hasta aquí se postula que si la estructura de recursos es la deseada (de acuerdo a la población objetivo) y los procesos se dan de manera homogénea y de acuerdo a lo planeado, los resultados deberán ser los óptimos. De esta manera, se separan claramente los tres componentes de la calidad técnica (Estructura, Procesos y Resultados) que pueden ser evaluados en forma individual o más recomendable, incorporar las tres perspectivas (“absolutista”, “individualista” y “social”) de manera articulada

A continuación se presenta brevemente y de forma resumida la conformación de los diferentes componentes:

1. La estructura de recursos

- a. Físicos:

- i. Existencia de instalaciones adecuada para la clase de pacientes a los que va dirigida la atención. Si se mide desde una perspectiva técnica, el énfasis estará puesto en el tipo de patologías, si la perspectiva incluye las características de las personas, se espera que sea adecuado para las mismas, y si se evalúa desde una

perspectiva social, se buscará identificar la distribución de los recursos entre los grupos.

ii. Insumos necesarios.

iii. Disponibilidad de equipo acorde a las personas, los grupos y a las patologías a atender.

b. Humanos:

i. Profesionales: contar con la cantidad, calidad y distribución (relación entre profesionales de medicina, enfermería y otras disciplinas; además de las diferentes especialidades médicas).

c. Financieros: contar con presupuestos adecuados para el desarrollo de las actividades normales y programas especiales.

d. Organizacionales: contar con un marco legal y jurídico que permita el desarrollo de las actividades profesionales; así como las normas de funcionamiento institucional y guías de prácticas clínicas. Estas normativas deben estar redactadas de manera tal que no dejen dudas sobre cuál es la manera correcta de proceder y quién/es son los responsables de cada acción. A la vez, esas normas deben ser conocidas y reconocidas por todo el personal.

2. Procesos: se refieren a cada uno de los ámbitos por los que transita un paciente dentro de la estructura sanitaria. Es decir que describe la actuación del servicio en cuanto a las condiciones de acceso a la atención; en cuanto al adecuado uso de los procesos diagnósticos, terapéuticos, en torno a la adecuada comunicación del profesional o del personal auxiliar con los pacientes; y en caso de ser necesario, como se efectúa el seguimiento de los mismos por las estructuras sanitarias. En la dimensión social se busca la implementación de acciones a nivel grupal o poblacional de acuerdo a las normativas existentes.

3. Resultados: se reconocen dos tipos de resultados, uno de ellos es el referido a la situación de salud de los pacientes, es decir, si hubo cambios

esperados gracias a las intervenciones realizadas. Por otro lado, se incluyen como resultados la relación interpersonal entre médico y paciente, además de la satisfacción referida por los pacientes con la atención global del servicio.

Se ha generado un gran debate para definir estándares óptimos en cada una de los tres componentes, pero lo que se ha discutido con mayor fuerza es si enfocar la evaluación a partir de los procesos realizados o los resultados alcanzados. Este debate se genera en torno a la dificultad que constituye tener información válida y confiable sobre los procesos que se dan puertas adentro de los consultorios y también para definir los resultados óptimos esperados que sean identificados como fruto del accionar de los procesos medico-sanitarios para cada padecimiento y en cada momento.

A este esquema básico se le han hecho gran cantidad de ajustes, provocando que la evaluación de la calidad de la atención sea cada vez más compleja.¹⁷⁾ Actualmente se considera que la calidad de la atención siempre debe considerar dos dimensiones: i) la calidad técnica, cuyo propósito último es garantizar la efectividad de las acciones de salud y simultáneamente, la seguridad de los usuarios de los servicios; y ii) la calidad percibida por los pacientes y usuarios, que incluye las condiciones materiales, psicológicas y administrativas en que dichas acciones se desarrollan.¹⁸⁾¹⁹⁾ En el presente trabajo, la calidad percibida se denomina Satisfacción de los pacientes con la experiencia vivida y se la titulará “Satisfacción (Experiencia)”.

Posteriormente el análisis de la calidad se fue volviendo más minucioso; se incorporan nociones sobre métodos de evaluación, muestreo de poblaciones y se complementa la información con datos cualitativos proveniente de entrevistas.²⁰⁾

La opinión de los Pacientes:

La calidad técnica, como se expresó, se determina por medio de especialistas que mediante la observación y entrevistas a personal del servicio de salud definen los parámetros y concluyen en calificar el

desempeño del mismo. Esta evaluación produce información muy importante para el mejoramiento de los servicios de atención, pero muchas veces no da cuenta de información trascendente acerca de la relación que guarda con la población a la que está destinado dicho servicio.

El planteamiento tradicional que se mencionó líneas arriba, sobre la evaluación de la Calidad Técnica de atención, permite dimensionar el uso y distribución de recursos y la existencia y utilización de normas y protocolos. Esto resulta muy útil para saber en qué medida se alcanzan los resultados deseados de acuerdo a la planificación realizada. Ahora bien, cuando se intenta interpretar el por qué de dichos resultados (sean positivos o negativos) se generan preguntas que no pueden ser respondidas completamente con herramientas que proporciona la evaluación de la Calidad Técnica. Para ello es que se ha utilizado la evaluación de la Satisfacción de los pacientes usuarios de los servicios denominada también en el esquema de Donabedian, Calidad percibida, o como se denominará en este trabajo Satisfacción (Experiencias).

Satisfacción del Paciente

Linder-Pelz se refiere a la “desconfirmación de expectativas” ²¹⁾ como referente teórico para explicar como se produce la satisfacción. De esta manera, se entiende que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera (expectativas personales o sociales) y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia).

Según este modelo, la satisfacción aparece como resultado de la confirmación o no de las expectativas, afirma que la satisfacción será mayor cuando la expectativa sobre los cuidados a recibir se vea superada por lo que ocurra; mientras que la insatisfacción se producirá cuando los cuidados y atenciones queden por debajo de las expectativas.¹⁷⁾

Por ello, resulta importante conocer la satisfacción de los pacientes, usuarios habituales de los servicios; sobre todo es fundamental poder discernir entre la dimensión de las expectativas que los mismos tienen acerca del servicio

que debieran recibir, con las experiencias vividas focalizando en las expectativas en torno a la enfermedad padecida, con las condiciones resultantes del tratamiento y con el desempeño del servicio de salud en función de la enfermedad.

Sumado a lo anterior, Strasser y Davis ²²⁾ definieron la satisfacción como los juicios de valor personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben en el centro de salud, definición que recoge conceptualmente el hecho de que la satisfacción esté influida por las características del paciente y por sus experiencias de salud.

En resumen, la satisfacción es un concepto multidimensional más directamente relacionado con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que conceptualmente puede explicarse merced a la confirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave.

Evaluación de la Satisfacción del paciente:

La mayoría de los estudios sobre evaluación de la satisfacción de los pacientes, son realizados mediante el análisis de las experiencias recientes de los usuarios sobre un servicio determinado.²³⁾²⁴⁾ Este punto es de particular importancia, ya que si se plantea que la satisfacción de los pacientes es la resultante de la experiencia vivida, y las expectativas previas, lo que habitualmente se evalúa con estos estudios es únicamente la experiencia. Por ello se cuestiona que a este tipo de evaluaciones se los denomine “evaluación de la satisfacción de los pacientes”, cuando se debiera llamar “evaluación de las experiencias de los pacientes”.

En un estudio clásico realizado mediante meta-análisis, Hall y Dornan ²⁵⁾ revisaron 221 estudios sobre satisfacción (o experiencias vividas), y llegaron a la conclusión de que la mayoría de los trabajos publicados hasta esa fecha (1988), tomaban como referencia una consulta médica (52%), se realizaban más en Atención Primaria (42%), y sugerían que 81% de los encuestados se

hallaban satisfechos. Al ser tan alta la satisfacción observada en los estudios revisados, con resultados de Calidad Técnica bajos, hace dudar acerca de lo que se está midiendo y si esa medición brinda información importante.

Dada esta situación, en el presente trabajo se tomarán en cuenta los dos aspectos que conforman la satisfacción, las experiencias y las expectativas. La evaluación de las experiencias, se la denominará “Evaluación de la Satisfacción (Experiencias)” y al segundo aspecto, se denominará “Evaluación de Expectativas”.

II. Organización del Sistema de Salud Mexicano

El sistema de salud en México en la actualidad está conformado por tres subsectores, los cuales se encuentran regulados por la misma Ley General de Salud, y bajo el control de la Secretaría de Salud (SSA), funcionan bajo diferentes mecanismos organizativos y de fuentes de financiamiento; además de tener cada uno sus propia estructura de servicios.

Estos subsectores o subsistemas son los dirigidos a “población abierta” o no derechohabiente a ningún servicio de seguridad social, prestado por la SSA; el subsector de la seguridad social, conformado por las diferentes instituciones que prestan servicios a los trabajadores de la economía formal; y el subsector privado, en el que confluyen diferentes prestadores de capital privado.

A este esquema se debe incorporar una figura recientemente creada por la Secretaría de salud que brinda financiación para el aseguramiento de aquellas personas sin derechohabencia a la seguridad social, denominada Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro popular (SP).

Dentro del marco de los servicios de la Secretaría de salud, se deben considerar los servicios de salud de los municipios, los que tienen a su cargo el primer nivel de atención a través de sus centros de salud (CS), en algunos casos con hospitales de segundo nivel y, en el caso de la Ciudad de México hasta de tercer nivel. Los Estados tienen a su cargo los niveles de segundo y

tercer niveles y la coordinación con el primer nivel de los municipios. Por su parte, la estructura del Estado Federal está integrado por los hospitales de alta especialidad y los Institutos Nacionales.

El subsistema del Seguro Social se compone principalmente de seis institutos. El más importante en cuanto a estructura de servicios y número de afiliados es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) seguido por el Instituto de Servicios Sociales y Salud de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), los ISSSTE estatales, el de Petróleos Mexicanos, el de la Secretaría de Defensa Nacional y el de la Secretaría de Marina. Los seguros médicos o de salud de estos institutos tienen grandes semejanzas, y las diferencias entre ellos se dan principalmente en cuanto a la prestación de otros beneficios propios de la seguridad social como las pensiones, servicios funerarios y otras prestaciones. Estas organizaciones de la seguridad social cuentan con servicios propios que constan de servicios de primer nivel (unidades de medicina familiar), de segundo y tercer nivel de atención, así como el personal que labora en las mismas es personal propio y bajo un régimen particular ya que son regulados por leyes propias.

El subsistema privado es un sector muy amplio y dinámico; abarca a los médicos en ejercicio libre de la profesión, las pequeñas clínicas precarias, las grandes empresas médicas con cadenas de hospitales en todo el país y como fenómeno reciente y de amplia difusión están los consultorios instalados en las farmacias, mismos que aún no ha sido debidamente considerados y evaluados.

En cuanto a la de derechohabencia por institución, se observa una gran discrepancia entre lo que informa el Censo 2010 ²⁶⁾, y los datos reportados al INEGI por la Secretaría de Salud a través de su Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos.²⁷⁾

Según los datos que surgen del Censo Nacional 2010, el 33% de población total no cuenta con derechohabencia a ninguna institución (Tabla 1), el 66.4% de población con derechohabencia y 0.6% no especificado. Por lo

tanto, de la población total, el 31.5% está asegurada en el IMSS (47.4% de la población asegurada), el 23.7% del total está afiliada al SP (corresponde al 35.7% del total de asegurados).

Tabla 1. Distribución de población de acuerdo a su pertenencia a las instituciones de salud. 2010

Condición		Institución	111,960,139	%
No derechohabiente	Total		36,961,419	33.0%
Derechohabiente	Total		74,321,995	66.4%
		IMSS	35,211,846	47.4%
		ISSSTE	7,360,314	9.9%
		Pemex, Defensa o Marina	1,130,977	1.5%
		Seguro Popular	26,558,908	35.7%
		Institución privada	3,107,316	4.2%
		Otra institución ⁶	2,037,783	2.7%
No especificado	Total		676,725	0.6%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de INEGI, Censo población y vivienda 2010.

Estos datos son contradictorios con los publicados por el mismo INEGI a partir de la información suministrada por la SSA, el mismo muestra un aseguramiento del 98.26% del total de población, con una distribución del 47.62% de población beneficiaria del IMSS, 39.62% para el SP, 10.92% para el ISSSTE; un 4.2% para las instituciones privadas, un 2.7 bajo el rubro “otras instituciones” y el 1.85% restante entre PEMEX, SEDENA y SEMAR.²⁷⁾

Sumado a esta discrepancia entre las fuentes de información, está el hecho de que los mismos no están ajustados por el doble o triple aseguramiento calculado en un millón de personas o del 1% de la población.²⁸⁾

A continuación se presenta una breve descripción de los hechos más relevantes que dieron forma al actual Sistema de Salud Mexicano desde su

creación hasta la actualidad, para poder trazar un paralelismo entre el desarrollo de las ideas dominantes en relación a los sistemas de salud en el mundo y lo que sucedió en este país.

Constitución y desarrollo del Sistema de Salud en México.

Los inicios de la organización del Sistema de Salud Mexicano actual pueden ubicarse en la creación, mediante la Constitución de 1917, del Departamento de Salubridad como un nuevo órgano centralizado de acción directa del Ejecutivo. Según González Block en la génesis y desarrollo del mismo se pueden reconocer tres principios organizacionales: el de carácter eminentemente técnico, el geopolítico y el corporativista.²⁹⁾ El *geopolítico* relacionados con la necesidad de incorporar al Estado como garante de los derechos de ciudadanía en la etapa posrevolucionaria, la significación simbólica de esta etapa es la del nacionalismo. El técnico se relaciona con la necesidad de incorporar a México a un modelo de desarrollo de capitalismo dependiente, lo que pone en evidencia la necesidad de cumplir con ciertas normas y garantías de competitividad que requieren un manejo técnico. Este dominio técnico-burocrático se acompaña de una fuerte centralización y por una baja participación política. Por último se reconoce un principio de organización y vinculación corporativista, bajo este principio se privilegian los grupos organizados con capacidad de acumulación y organizados por la rama laboral de pertenencia. Por lo tanto, no se favorece el principio de racionalidad técnica ni el de ciudadanía, sino la pertenencia a un grupo ocupacional.

Descentralización

Durante los años 60's y 70's se desarrolló en Latinoamérica y en el mundo una crítica a los modelos de funcionamiento de las instituciones oficiales y privadas de salud, lo cual generó diversas propuestas alternativas cuya expresión más notoria fue la declaración de Alma Ata que promovió la estrategia de Atención Primaria de la Salud Integral (APS-I).³⁰⁾ En esta etapa, concurrentemente se plantearon críticas a los sistemas de atención de la salud desde una perspectiva liberal se pregonaba la búsqueda de la

eficiencia, la propuesta de que el sector privado en la salud tuviera mayor participación y que la injerencia del Estado fuera menor. Estas dos propuestas (APS-I y la propuesta liberal) se dieron en un momento en el que comenzó un declive sostenido en la economía, principio de los 70's y con una profundización posterior en los años 80's y 90's.³⁰⁾

Como respuesta a esta crisis económica, se configuraron una serie de medidas de contención que se enmarcaron dentro de lo que se dio en llamar las políticas de "Ajuste estructural de la economía" (reducción del gasto público, la contención salarial, adquisición de deuda) que con variaciones en la mayoría de los países de Latinoamérica, se han mantenido hasta la actualidad.³¹⁾

En lo que respecta al Sector Salud, las principales propuestas generadas en los 80's fueron la llamada "descentralización" de los servicios de salud desde el Gobierno Federal hacia los Gobiernos Estatales; así, la reducción del papel del Gobierno Federal en la prestación de servicios de salud, la redistribución del gasto en salud y la reducción del gasto en salud a nivel federal, fueron medidas que se explicaron en el contexto del ajuste estructural.³⁰⁾

Entre 1982 y 1988, el proceso en sí mismo tomó la forma de una política pública, se consideraba que la descentralización permitiría hacer más democrático y eficiente el sistema, y aumentaría la participación de los niveles estatales. Como parte de esa estrategia, se buscó la transferencia de la responsabilidad operativa de los servicios médicos a los Estados.

En esa etapa participaron sólo 14 estados de los 32 de la República, en 1988 se suspendió indefinidamente el proceso descentralizador, para luego ser retomado en el período de 1994-2000.³²⁾³³⁾

En 1995 se propuso una segunda versión de la descentralización en salud; ésta consistió en una descentralización administrativa a partir de la cual se buscaba transferir los recursos financieros programados, bienes muebles e

inmuebles y plazas laborales de la federación a los Estados, manteniendo la Secretaría de Salud central como cabeza del sector.³²⁾

El proceso de descentralización propuesto como eje de la reforma del sector planteó la entrega de las unidades de la Secretaría de Salud (Ssa) y del Programa IMSS-Solidaridad a los Gobiernos estatales, con el propósito de conformar Sistemas Estatales de Salud (SESA).³³⁾

Sistema de Protección Social en Salud Seguro Popular

En línea con las propuestas liberales acontecidas en el sector salud a partir de los años 80, se diseñó un sistema de financiamiento de la demanda sanitaria mediante un esquema de seguros denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SP). La propuesta se asentó en la necesidad de lograr el “aseguramiento universal” como política para lograr la equidad en el acceso a los servicios y la protección de las familias contra un gasto catastrófico de salud.

El SP es un sistema de aseguramiento mediante afiliación voluntaria de la población a una protección social en salud. Este programa se puso en marcha durante el sexenio 2000-2006, y alcanzó su operación casi completa a partir del año 2005 en 31 estados del país (excluyendo al Distrito Federal el que se incorporó tardíamente en 2006). El SPSS es financiado de forma tripartita, con contribuciones del Gobierno Federal, los Estados y una pequeña aportación de las familias definida en función de su ingreso.

Este esquema voluntario se orienta a proporcionar acceso al aseguramiento en salud para quienes no cuentan con protección de la seguridad social, dicha atención se otorga fundamentalmente en los establecimientos de atención médica del primero y segundo nivel del sistema estatal. Esta propuesta generó una de las grande críticas, ya que al no subsanar los déficits de estructura de los servicios, sobre todo en el primer nivel, y al recibir al grueso de pacientes del SP se resintió la calidad de atención.³⁴⁾

Sistema de Salud del Distrito Federal (GDF)

La Ciudad de México tiene características particulares dadas por su condición de capital y por ser sede de las dependencias de gobierno nacionales y jurisdiccionales. A su vez, la mayoría de los prestadores estatales y privados tienen ahí sus instalaciones sanitarias de mayor complejidad para recibir derivaciones de otros Estados del país, es decir, concentra recursos en salud que no están pensados exclusivamente para la población residente en la ciudad.

Al igual del resto de los Estados, la Ciudad de México, a través del GDF, tiene responsabilidad sobre la salud de su población y la ejerce a través de la Secretaría de Salud del GDF. Ésta se encarga de llevar a cabo numerosos programas de promoción de la salud, prevención y protección de enfermedades, y atención de problemas de salud específicos. Lo cual se hace a través de su estructura de servicios compuesta por 9 Hospitales Generales, 11 Hospitales pediátricos, 7 Hospitales Materno infantiles; y 1 Hospital de Especialidades. Además cuenta con 9 Clínicas de especialidades, 59 Centros de Salud de alta Complejidad¹ (T III), 42 Centros de mediana complejidad (T II) y 104 de baja complejidad (T I). Toda esta estructura de salud se encuentra distribuida en las 16 Jurisdicciones Sanitarias (Tabla 2).

¹ Los Centros de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de salud del GDF se clasifican de forma no muy precisa en 3 niveles según la cantidad y complejidad de los servicios que prestan. En general los de mayor complejidad (T III) cuentan con las cuatro especialidades básicas (Medicina General, Pediatría, Cirugía y Ginecología), además cuentan con Servicio Odontológico, Servicio de Trabajo Social y Enfermería. Pueden contar además con especialidades que difieren de un centro a otro (Oftalmología, Gastroenterología, Nutriología, etc.) También tienen servicio de laboratorio de análisis clínicos y radiología. Muchos de ellos cuentan con mastógrafo. Los Centros T II, tienen las especialidades básicas y pueden tener alguna especialidad más pero difiere la conformación de acuerdo a la zona de ubicación. Los centros de menor complejidad (T I), cuentan con servicio de enfermería y servicio médico general que puede brindarse algunos días a la semana, de acuerdo a las necesidades de la zona de influencia.

Tabla 2. Distribución de los efectores de salud dependientes de la Secretaría de Salud del GDF.

Jurisdicción sanitaria	Hospital General	Hospital Pediátrico	Hospital Mat. Inf.	Hospital Especialid.	Clínica de especialid.	Centros de Salud			Total CAPS
						T III	T II	T I	
Álvaro Obregón	1					7	1	8	16
Azcapotzalco		1	1			2	3	9	14
Benito Juárez	1					2	0	2	4
Coyoacán		1				3	4	5	12
Cuajimalpa			1			2	0	9	11
Cuauhtémoc	1	1			5	5	0	0	5
Gustavo Madero	2	2	1			5	8	19	32
Iztacalco		1				4	1	0	5
Iztapalapa	1	1		1	2	5	7	11	23
Magdalena Contreras			1			2	1	6	9
Miguel Hidalgo	1	2			1	5	0	0	5
Milpa Alta	1					1	3	7	11
Tláhuac			1		1	2	4	5	11
Tlalpan			1			5	3	13	21
Venustiano Carranza	1	2				4	5	5	14
Xochimilco			1			5	2	5	12
Total	9	11	7	1	9	59	42	104	205

Fuente: elaboración propia, a partir de los datos publicados en la Página de la Secretaría de Salud del GDF.

Centros de Salud

Los Centros de Salud (CS) del primer nivel de Atención constituyen la estrategia organizativa básica del Sistema de Salud. Su objetivo primordial es resolver la mayor parte de las necesidades de salud de la población a su

cargo, refiere a niveles más complejos del sistema los casos que superan su capacidad resolutoria en las áreas de diagnóstico y tratamiento. Cuando se expresa los objetivos en términos de población a su cargo, se da por hecho que los CS del primer nivel del sistema público de salud están organizados y diseñados para dar respuesta a una población geográfica, demográficamente y epidemiológicamente determinada. En la Ciudad de México se define la población de acuerdo a un número determinado de AGEB's ² (Área Geoestadística Básica) utilizada para realizar los conglomerados censales.

En los CS, dada su ubicación privilegiada en el seno de las comunidades a las que da asistencia, se espera que se brinde atención ambulatoria general, con integración de acciones de promoción de la salud y servicios preventivo-curativos; adoptando un enfoque familiar con un fuerte estímulo a la participación comunitaria. Por lo tanto el desempeño debe ser entendido en cuanto al desarrollo y búsqueda de concreción estos propósitos primordiales, esto es, conseguir metas sobre el total de la población a través de actividades que tengan por unidad de acción a los hogares, familias o grupos. Además se asume como estrategias fundamentales la promoción de la salud y los hábitos saludables, la prevención de enfermedades, la protección específica y, en aquellos que lo requieran, la atención de la enfermedad. Dejando en la menor cantidad de los casos la atención especializada y los estudios de mayor complejidad.²⁰⁾

² AGEB: Extensión territorial, que corresponde a la subdivisión de las AGEM, constituye la unidad básica del Marco Geoestadístico Nacional y, dependiendo de sus características, se clasifican en dos tipos; Áreas Geoestadísticas Básicas Urbanas y Áreas Geoestadísticas Básicas Rurales.

Área geoestadística básica rural: Extensión territorial, que corresponde a la subdivisión de las áreas Geoestadísticas municipales, donde se ubican la parte rural, cuya extensión territorial en promedio es de 11,000 hectáreas y se caracteriza por el uso del suelo de tipo agropecuario o forestal, contiene localidades rurales y extensiones naturales como pantanos, lagos, desiertos, marismas, estuarios, selvas y/o manglares, delimitada por rasgos naturales (ríos, arroyos y barrancas) y culturales (vías de ferrocarril, líneas de conducción eléctrica, carreteras, brechas, veredas, ductos y límites prediales), cabe señalar que existen AGEB rurales sin localidades.

Área geoestadística básica urbana: Extensión territorial, ocupada por un conjunto de manzanas que, generalmente son de 1 a 50, delimitadas por calles, avenidas, andadores o cualquier otro rasgo fácil de identificar en el terreno y cuyo uso del suelo, sea principalmente habitacional, industrial, de servicios y comercial, solo se asignan al interior de las localidades urbanas.

Por ello la aplicación de evaluaciones o búsqueda de buenos resultados en función de cantidad de prestaciones, número de personas asistidas, vacunas aplicadas, etc., no representa el buen desempeño de un CS, si no se presentan los datos en relación a una población objetivo determinada, y si no son complementados con información que dé cuenta de estos objetivos.

Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón

La Delegación Álvaro Obregón se encuentra ubicada al Poniente de la Ciudad de México, tiene una extensión de 97 Km² que representa el 6.5 por ciento del área total del Distrito Federal y ocupa el 6° lugar de las delegaciones en cuanto a su superficie territorial. La Delegación está formada por 257 colonias, fraccionamientos y barrios, los más entre los de mayor desarrollo urbano son: San Angel, San Angel Inn, Tlacopac, Ermita, Chimalistac, Florida, Pedregal de San Angel. Además, esta Jurisdicción cuenta con poblados de características rurales como San Bartolo Ameyalco y Santa Rosa Xochiac.

De acuerdo a los datos de la ENSANUT 2012, la prevalencia esperada de diabetes en población de adultos de 20 años o más de México fue de 9.2% (35), para la ciudad de México se encuentra entre 10.2 y 12.3%. La Delegación Álvaro Obregón, según el censo de 2010 tiene una población de 727,034 habitantes de los cuales el 70% aproximadamente pertenece al grupo de mayores de 20 años, es decir 508,924 personas. De acuerdo a los datos del INEGI para 2010, el 32% de la población de la Delegación no contaba con derechohabiencia a servicios de salud (232,221 personas). De esta población que se espera sean usuarios o destinatarios de los servicios de salud de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, entre el 10.2 y el 12.3% se calcula que sean personas con diabetes, es decir, entre 16,600 y 19,900 individuos.

De estos 16,600 a 19,900 pacientes con diabetes que se esperaría que fueran usuarios de los servicios de salud, en el año 2012 fueron atendidos un total de 2322, es decir, entre 14 y 11.6% del total de pacientes con

diabetes. Del total de pacientes atendidos en la Jurisdicción Sanitaria Alvaro Obregón (JSAO), 1681 (72%) fueron atendidos en los 7 CS tipo TIII, mismos que se incluyeron en el presente trabajo, de acuerdo a la distribución que se presenta en la Tabla 4. El 28% restante fue atendido en los CS TII y TI que dependen administrativamente de estos CS TIII, y que no han sido estudiados en el presente trabajo.

Tabla 3. Pacientes con diabetes asistidos por los 7 CS seleccionados, JSAO, 2011

Centro de Salud	Pacientes atendidos 2012	Porcentaje
Escontría	356	21.2%
Jenner	103	6.1%
La Era	281	16.8%
Márquez E.	204	12.1%
Minas de Cristo	304	18.1%
Morones	204	12.1%
Presidentes	229	13.6%
Total	1681	100%

Fuente: elaboración propia a partir de datos suministrados por la JSAO

Como se puede observar en la Tabla, el CS Escontría es el que más pacientes con diabetes asiste (21.2% del total), seguido del CS Minas de Cristo (18.1% del total). En el otro extremo se encuentra el CS Jenner el que sólo atiende el 6.1% del total de los usuarios.

III. Estudios de la Calidad de Atención y Satisfacción en México

A pesar de ser un elemento de análisis incorporado recientemente a los estudios de evaluación del desempeño, hay una extensa trayectoria en México de estudios de Calidad de la Atención en salud. La siguiente tabla

resume los principales estudios publicados en el país que evalúan a los servicios de salud desde una perspectiva de Calidad de Atención o desde la de la Satisfacción de los pacientes, desde el año 1990 al 2012, incluyendo los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición. Cabe aclarar que la evaluación a la que se denomina satisfacción, hace referencia a la medición de la experiencia por parte de los pacientes usuarios de los servicios.

Se puede observar los altos puntajes obtenidos en términos de Calidad de Atención en los diferentes trabajos, los que fueron realizados sobre diferentes sectores y servicios, y en diferentes épocas.

Tabla 4. Estudios de Calidad y Satisfacción en literatura mexicana

Autor	Cita	Objetivos	Resultados
Aguirre Gas, H.	³⁶⁾ Aguirre Gas, H. (1990). Evaluación de la calidad de la Atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las Unidades Médicas. Salud Pública de México, 32, 170 – 180	Reseña de la evaluación de calidad en México. Propuesta para medir expectativas de los pacientes y de los trabajadores Mide Satisfacción	Satisfacción con la consulta de 76 a 88% Hospitalización: 28% dietista, trabajo social 56% Enfermería 82%
Ruelas-Barajas E, Vidal Pineda LM	³⁷⁾ “Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica.” Salud Pública de México 32(2): 225–231. 1990	En México en 1982 la secretaría de salud por primera vez se pronunció de manera explícita acerca de la necesidad de mejorar la calidad de los servicios. Previo en los 60’s el IMSS inició programas de evaluación pioneros en lo que se refiere a calidad En 1984 el CISP inició un esfuerzo para evaluar calidad en atención perinatal Se hace indispensable la implantación de un área de garantía de calidad	
Ruíz de Chávez, Manuel; Martínez-Narváez G.	³⁸⁾ “Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud.” Salud Pública de México 32: 156–159. 1990	Se Propone un marco conceptual y metodológico para implantar un programa nacional de evaluación de la calidad de acuerdo a estándares y categorías que se definen en el propio trabajo	
Ruelas-Barajas E,	³⁹⁾ “Círculos de calidad como estrategia de un	Implantación de un programa de garantía de la calidad	

et al.	programa de garantía de calidad de la atención médica en el instituto Nacional de perinatología." Salud Pública de México 32: 207–220. 1990.	descentralizado participativo Se presenta el método, la concepción de la estrategia y algunos resultados obtenidos, haciendo énfasis en la metodología de implantación
Aguirre-Gas H.	⁴⁰⁾ Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud Pública de México, 33, 623–629. 1990	Presentar un esquema para asignar juicios de valor a elementos inherentes a la calidad de atención de carácter subjetivo Sistema de supervisión integral simplificado que permite verificar las normas de operación, asegurar mínimos de calidad, eficiencia, satisfacción y expectativas de usuarios, prestadores e instituciones
Ruelas-Barajas E	⁴¹⁾ "Calidad, Productividad y Costos." Salud Pública de México (35): 298–304. 1993	Se analizan las posibles relaciones existentes entre los tres conceptos, con referencia a la prestación de los servicios de salud. Aún cuando parezca redundante, dada la evolución histórica de las instituciones de salud en muchos países, es indispensable insistir en que los incrementos en la productividad conducirán, por definición, a la disminución de los costos, pero no siempre a los incrementos en la calidad.
Ochoa Díaz López, Héctor; Sánchez Pérez H	⁴²⁾ Evaluación servicios de salud HODL.pdf. Rev. Méd. IMSS, 33, 223– 230. 1995	Corregir la falta de una metodología que se adapte a los diferentes contextos de desarrollo de la APS. Modelo integral de evaluación del desempeño de los servicios de salud.
Ramírez AM, García J, Fraustro S	⁴³⁾ "Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico : Un Modelo para la Realidad Mexicana." Cuadernos Saúde Pública 11(3): 456–462. 1995	Tiene como objetivo analizar el problema de la calidad de la atención médica en México, así como la evolución de la misma en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud. Propone un programa de garantía de calidad que debe ser, de tipo descentralizado-participativo, de responsabilidad compartida entre todos los miembros de la organización; considerar como usuario no sólo al consumidor, sino a los propios miembros de la organización. Se propone pasar de un predominio de las jerarquías a un enfoque eminentemente participativo
Ramírez-Sánchez, Teresita De J, Et. Al.	²⁴⁾ "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México : perspectiva de los usuarios." Salud Pública de México 40(1): 1–10. 1998	Percepción usuarios de los servicios ambulatorios del Sistema Nacional de Salud respecto a la calidad; dimensiones del concepto que representan un mayor peso para la población y características socioeconómicas que explican las variaciones de dicha percepción Los resultados mostraron, , que la calidad de la atención recibida, fue buena en 81.2% de los casos y que fue mala en un 18% El porcentaje más alto de calidad se presentó entre los usuarios privadas (90%), seguido de la SSA (82%), a otras instituciones públicas (81%) y, por último, servicios de seguridad social (73.5%).

	<p>La información analizada forma parte de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II), levantada en cinco regiones de la República Mexicana en 1994</p> <p>Para medir la dimensión de resultado, fueron seleccionados un indicador principal y dos complementarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percepción general de la calidad. 2. Percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta. 3. Motivos por los cuales no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar. 	<p>Los tres motivos que producen una mala percepción de calidad fueron los tiempos de espera (21.6%), los tiempos cortos de consulta (11.4%) y el nulo efecto de los medicamentos (10.35%)</p> <p>La proporción de usuarios enfermos que notificaron no haber sentido mejoría después de la consulta fue de 20.7%. los que acudieron a instituciones privadas (13.4%) manifestaron dos veces más resultados positivos en su salud (mejoría en la salud) que los atendidos en la seguridad social (27.1%), y 1.5 veces más respecto a los que se atendieron en la SSA (20.6%).</p> <p>es importante considerar la relación médico-paciente como elemento central para brindar una atención de calidad.</p>
<p>INSP, Oropeza Abúndez C, editor</p>	<p>⁴⁴⁾Encuesta Nacional de Salud • 2000 .1. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. 1st ed.</p>	<p>De los 18.7 millones de personas que utilizaron servicios preventivos, 16.5 millones (88.2%) consideran que el servicio recibido es bueno o muy bueno, 1.7 millones (9.4%) que es regular y 329 mil (1.8%) usuarios consideran que es malo o muy malo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La proporción de la población que tiene una buena percepción de los servicios, se distribuye por: servicios privados (95.5%), SSA (91.3%), IMSS-Solidaridad (88.4%), ISSSTE (78.2%) e IMSS (78.2%). ● La proporción de la población que tiene una mala o muy mala percepción de los servicios se ISSSTE (4.6%), IMSS (3.8%), IMSS-Solidaridad (2.1%), SSA (1.0%) y servicios privados (0.8%). ● Los principales motivos: el buen trato del personal (42%), atención adecuada (26%), buena preparación del personal (13%), tiempo de espera corto (12%), mejoría de salud (8%) y confianza en el personal (7%). ● De los 16.4 millones de personas que utilizaron servicios curativos ambulatorios, 13.5 millones percibieron que los servicios recibidos son muy buenos o buenos, 2.4 millones opinan que es regular y 427 mil que es mala o muy mala. ● De los 3.4 millones de personas hospitalizadas en los últimos 12 meses, 2.9 millones (83.4%) estuvieron satisfechos con el servicio recibido, 397 mil (11.5%) lo consideraron regular y 143 mil (4.1%) lo consideraron como malo o muy malo.
<p>Bronfman</p>	<p>⁴⁵⁾ “Atención prenatal en el primer nivel de atención :</p>	<p>El promedio de calificación obtenido por los proveedores en materia de capacidad de resolución de problemas clínicos</p>

<p>MN., et. Al</p>	<p>características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias.” Salud Publica Mex 2003;45:445-454</p> <p>La investigación reporta resultados obtenidos en la Encuesta de Centros de Salud sobre Infecciones de Transmisión Sexual encuesta epidemiológica. El universo 95 centros de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud de ocho entidades federativas del país</p>	<p>relacionados con la APN fue de 3.12±1.88, en calificación sobre 10</p> <p>El 74.1% de los proveedores investigados había recibido algún tipo de curso el tiempo de espera fue, en promedio, de una hora con 46 minutos.</p> <p>La evaluación del trato recibido indica que, más de la mitad de las pacientes (51.6%) recibieron una consulta de calidad inadecuada.</p> <p>La prevalencia de insatisfacción con la consulta fue de 7.8%, oscilando de 0 en el Distrito Federal a 14.7% en Veracruz. La prevalencia de satisfacción en el total de la muestra fue de 92.1%.</p> <p>La capacidad de resolución de problemas clínicos del proveedor, no se asoció ni con la satisfacción de la usuaria ni con el trato en la consulta médica</p> <p>En general, existe una estrecha relación entre el tiempo de espera de la consulta y la satisfacción de la paciente, la entidad federativa que tuvo el tiempo de espera más alto (Yucatán, con más de tres horas), se ubicase en un lugar relativamente alto en cuanto a satisfacción de la consulta 95%,. Una probable explicación se encuentra en el bajo nivel socioeconómico de las usuarias del estado de Yucatán, quienes resultaron ser pobres o muy pobres en 81% de los casos</p> <p>Se observa además una tendencia a recibir peor trato durante la consulta conforme es menor el nivel socioeconómico de la usuaria. Tales encuentros sugieren que es probable que la negativa para manifestar insatisfacción ante el servicio esté relacionada con la presencia de niveles bajos de nivel socioeconómico y escolaridad.</p>
<p>Olaiz-Fernández G., et al.</p>	<p>⁴⁶⁾ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006</p>	<p>Para conocer el aspecto de calidad de la atención, se tomó información de varios tipos: a) los resultados en salud obtenidos por el utilizador, b) los motivos por los que el utilizador no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar, c) la percepción de la calidad y dominio conceptual de la calidad y d) el tipo de razones que el utilizador tiene para definir la percepción de la calidad como buena o mala atención.</p> <p>81.2% de los usuarios calificaron como muy buena y buena la calidad de la atención en general, y la categoría Pemex, Sedena, Semar, obtuvo el mejor resultado por institución, con 96.6% de usuarios que así la perciben. En segundo lugar se encuentran las instituciones privadas, con 91.1%, seguidas de Otras instituciones públicas no clasificadas anteriormente, con 84.6%, y de los Sesa, con 78.5%</p>
<p>Lavielle Sotomayor, M del P.,</p>	<p>⁴⁷⁾“Satisfacción con la atención a la salud.” Rev. Méd. Inst. Mex. Seguro Soc</p>	<p>El propósito del presente estudio fue identificar los factores que los pacientes</p> <p>De 52 conceptos que los pacientes mencionaron, los 20 más relevantes asociados con la interacción con el</p>

<p>et. Al.</p>	<p>42(2): 129–134. 2008.</p>	<p>consideran importantes para la evaluación de la satisfacción con la atención recibida.</p> <p>Se llevó a cabo un estudio descriptivo con una aproximación cualitativa, en el cual se utilizaron dos tipos de entrevistas estructuradas: listado libre y sorteo de montones, empleados en la antropología cognitiva con la finalidad de exponer a los individuos a un mismo estímulo.</p>	<p>médico y los resultados de este encuentro. No hubo mención a los relacionados con el área administrativa de la atención ni con los espacios físicos del hospital.</p> <p>Este estudio reveló que desde la perspectiva del paciente el aspecto más valorado es la calidad del encuentro y las habilidades técnicas y humanas del personal médico: la actitud humana, el compromiso y el desarrollo de las potencialidades del médico en beneficio del paciente. Los aspectos relacionados con el área administrativa y del personal paramédico tienen un reducido impacto en la satisfacción de los pacientes</p>
<p>Durán Arenas, Et. Al., 2011</p>	<p>³⁴⁾ Quality of health care of the medical units that provide services for Medical Insurance for a New Generation enrollees. 2012;53(6):1–8</p>	<p>93% de las Unidades de primer nivel, cayeron en la categoría de “Malo” y “Muy Mala” en términos de índice general de estructura</p>	
<p>Gutiérrez JP, et.al.</p>	<p>³⁵⁾ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.</p>	<p>La calidad del servicio es percibida como muy buena o buena por 84.8% de los usuarios de servicios ambulatorios curativos, esta proporción fue ligeramente superior a la reportada en la ENSANUT 2006 y en la ENSA 2000 de 79.3 y 83% respectivamente. De manera concomitante, la percepción de calidad regular se ha reducido, de 14 y 17.2% en 2000 y 2006 respectivamente, a 12.1% en 2012. La percepción de calidad muy mala o mala se ha mantenido similar. El 12.5% dicen que no regresarían a la misma institución que los atendió, similar a la proporción en 2006, de 12.7%, aunque ligeramente superior a lo reportado en 2000, de 10.9%</p> <p>En el ámbito nacional, 80.6% de los usuarios de todos los servicios hospitalarios percibe la calidad del servicio como muy buena o buena, esta proporción fue de 80.3 y 84.2% para 2006 y 2000 respectivamente. Por el contrario, 6% de los usuarios percibió la calidad de la atención como mala o muy mala, similar a lo reportado en 2006 de 6.4%, pero superior a lo reportado en 2000, 4.2%. En 2012, 13.4% de los usuarios de servicios hospitalarios dice que no regresaría a la misma institución que lo atendió, esta proporción fue de 12.7% en 2006 y de 15.7% en 2000</p>	
<p>Hamui Sutton L, Fuentes García R, Aguirre Hernández R, Ramírez</p>	<p>⁴⁸⁾Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud de México. Un estudio de satisfacción con la atención médica. 1st ed. México, D.F.: Universidad Nacional</p>	<p>determinar si existe alguna relación entre la satisfacción con la atención recibida en la unidad médica y las características sociodemográficas, la condición de salud, las</p>	<p>35% de los hombres y 39% de las mujeres usuarios de servicios especializados de los Institutos Nacionales de Salud reportaron sentirse muy satisfechos con la atención recibida en la unidad médica. El 42% de los pacientes</p>

<p>de la Roche O.</p>	<p>Autónoma de México; 2013. p. 208.</p>	<p>preocupaciones económicas, sociales, emocionales y relativas a las actividades cotidianas de los usuarios, así como con la atención y el trato otorgados por el personal de la institución de salud</p>	<p>atendidos en el área de hospitalización quedaron muy satisfechos. El porcentaje de usuarios muy satisfechos con la atención recibida en el área de urgencias fue de 33% y para la consulta externa 38%. Además, cerca del 40% de los usuarios de cualquier grupo de edad quedaron muy satisfechos con la atención. Un 45% de las personas con estudios universitarios completos quedaron muy satisfechas, en comparación con un 33% a 39% de los usuarios con menor escolaridad. Con respecto al tipo de padecimiento, el 66% de los enfermos terminales quedaron muy satisfechos en comparación con un 30% a 40% de los pacientes con una enfermedad no terminal.</p>
---	--	--	---

En esta extensa lista de trabajos se puede observar que desde sus inicios en los años 90's, los estudios sobre evaluación de la calidad en México han tenido resultados heterogéneos, algunos con resultados muy altos y otros con menor nivel de desempeño reportado, a diferencia de los estudios que miden la Satisfacción de los pacientes, (Experiencia) que en gran parte han reportado un alto nivel de satisfacción. La gran mayoría de los estudios sobre satisfacción reportan resultados positivos por encima del 75% y hasta de 95%. Sobre todo los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, que tiene representación nacional.

Justificación

Resulta necesario conocer y poder evaluar el desempeño de los servicios de salud, sobre todo los de primer nivel de atención debido a que la atención de este nivel es más flexible y se puede adaptar más rápidamente a las necesidades de salud de la sociedad, en comparación con los demás niveles de atención que se encuentran en un sistema de salud.⁴⁹⁾

La evaluación de la Calidad de la Atención de los servicios que proveen desde el primer nivel de atención es una preocupación permanente, ya que la capacidad resolutoria y el adecuado desempeño del mismo condiciona fuertemente la equidad de todo el sistema. A la vez por su posición en el seno de la comunidad, este debe responder a un entorno rápidamente cambiante con necesidades y expectativas nuevas de la sociedad, los ciudadanos y los profesionales.⁵⁰⁾ Este punto es de fundamental importancia ya que el mal funcionamiento del primer nivel repercute directamente sobre los otros niveles de atención saturando su estructura, y también afecta a la población que debe asumir los destinos sobre su salud y sobre los costos que ello signifique.⁴⁹⁾

Sumado a ello, se sabe que las personas que acuden a los servicios del primer nivel de la SSA son los de mayor pobreza y con menor nivel educativo y que se desplaza de lugares lejanos o mal comunicados, lo que contribuye a que no se le den seguimiento al el tratamiento o las indicaciones médicas.⁵¹⁾ Estas dificultades hace entre otras cosas que los usuarios se acerquen a los servicios después de varios días de estar enfermos o no acudan a los mismos, a pesar de necesitarlos.⁵²⁾⁵³⁾

Además, se conoce la relación entre el bajo nivel socioeconómico y los altos reportes en Satisfacción (Experiencias), relación que también se encuentra correlacionada a la edad, es decir, a mayor edad, mejores reportes de satisfacción.⁵⁴⁾

En el caso de la Satisfacción (Experiencias), el interés por conocer la opinión de los usuarios de los servicios de salud tiene, al menos, una triple justificación: por un lado, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, que participen activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la acciones de política sanitaria. Por otro lado, son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la utilidad de un servicio, aportando a los gestores información de primera mano sobre determinados aspectos de los que no es

posible obtener por otros medios. Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia, ya que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud, lo que colaboraría a mejores resultados sanitarios.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación se presenta como necesaria para buscar elementos que permitan comprender la relación entre la Calidad Técnica de la Atención y la Satisfacción (Experiencia) de los usuarios, sobre todo a la luz de los resultados tan contrastantes entre las publicaciones presentadas.

Por otro lado, se requiere reconocer elementos técnicos (indicadores, variables de interés, instrumentos de medición, etc.) que permitan incorporar las expectativas y las opiniones de los propios usuarios a las evaluaciones de desempeño de los servicios.

Desde el punto de vista económico y social, se justifica la pertinencia del trabajo en la necesidad de darle mayor trascendencia a los servicios de primer nivel, lo que permitirá que el Sistema de Salud trabaje en pos de reducir inequidades. Para ello se requiere generar mecanismos de evaluación que permita optimizar los recursos y valorar los desempeños de los mismos.

Planteamiento del problema

Se ha señalado que la evaluación de la Calidad Técnica resulta insuficiente ya que en general no incorporan la visión de los usuarios, y si lo hacen es mediante la evaluación de la Satisfacción (experiencia) también denominada Calidad Percibida. Esta visión es parcial e insuficiente, además de que la gran mayoría de las veces, se mide mediante la confección de cuestionarios que evalúan esa percepción según la visión de los expertos desde el propio sistema de salud. Entonces, la Calidad Percibida no es necesariamente lo que los pacientes piensan o sienten sino que responde a interrogantes que

el mismo sistema desea conocer con las posibles respuestas elegidas por ellos.

Además con este enfoque no se indagan las expectativas que tienen los usuarios sobre el servicio brindado de manera que permita complementar la información acerca de la experiencia vivida en los servicios de salud.

En este trabajo se plantea como vacío en el conocimiento la relación entre la Calidad Técnica de Atención de la salud y la evaluación que hacen los pacientes usuarios habituales de la Satisfacción (Experiencias) vividas en su paso por los servicios de atención del primer nivel. Ambas perspectivas (Calidad Técnica y Satisfacción) han reportado diferencias importantes en sus hallazgos e inconvenientes para la interpretación de sus resultados, ya que, en el caso de la Satisfacción la mayoría de las veces se obtienen resultados muy favorables hacia los servicios de salud a pesar de ser servicios en los que reportan resultados muy deficientes en cuanto a Calidad Técnica.

Por lo tanto, el punto de interés de este trabajo es conocer si existe relación entre la medición de una y otra, es decir, se plantea conocer si existe relación entre los resultados de la evaluación de la Calidad Técnica por un lado, y al evaluación de la Satisfacción (Experiencia) por el otro.

Los métodos propuestos se definieron entre los que evalúan la Calidad Técnica y los que miden la Satisfacción (Experiencia) de los pacientes. Esta última, la Satisfacción, se descompone en sus dos dimensiones, las que se medirán separadamente, por un lado las Experiencias (se denominará evaluación de la satisfacción–experiencia) y las Expectativas por el otro.

De acuerdo al problema de investigación planteado, y al concepto de enfermedad trazadora, quedarían configuradas las siguientes preguntas de investigación a ser respondidas:

Preguntas de investigación

La evaluación de la Calidad Técnica de Atención en pacientes con diabetes ¿Tiene relación con la Satisfacción (Experiencias) de la población usuaria

del sistema a quienes va dirigido? Un sistema de salud que funcione adecuadamente según los resultados de la evaluación de Calidad, ¿Es uno que satisface las expectativas de sus pacientes?

¿Cómo califican sus experiencias y cuáles son las expectativas de los pacientes con diabetes, usuarios habituales en relación al funcionamiento de los servicios médicos?

Objetivos

Objetivo General

Identificar si existe relación entre la Calidad Técnica de Atención de los Centros de Salud y la evaluación de la Satisfacción (Experiencia) que hacen los pacientes diagnosticados de diabetes al recibir atención en los Servicios de Salud del primer nivel de atención, de la Jurisdicción Álvaro Obregón del Distrito Federal.

Objetivos específicos

- Evaluar la Calidad Técnica de la Atención a la diabetes en los servicios de salud del primer nivel subgrupo T III de la Jurisdicción Álvaro Obregón del Distrito Federal.
- Conocer la Satisfacción (Experiencias) de los pacientes con diabetes (usuarios habituales), al recibir atención en los Servicios de Salud del primer nivel de atención, subgrupo T III de la Jurisdicción Álvaro Obregón del Distrito Federal.
- Conocer las expectativas que tienen los pacientes diagnosticados de diabetes usuarios habituales en torno a los servicios de atención.
- Identificar la relación existente entre los resultados de la evaluación de la Calidad Técnica de la Atención con la Satisfacción (Experiencia) de los pacientes acerca de la atención brindada por los Servicios de Salud del primer nivel de atención, subgrupo T III del Distrito Federal.

- Conocer las expectativas que tienen los pacientes diagnosticados de diabetes usuarios habituales en torno a los servicios de atención.

Acercamiento metodológico.

Métodos mixtos de Investigación

La característica principal de los métodos mixtos (MM) es la combinación de la perspectiva cuantitativa y cualitativa en una misma investigación, que permita responder a preguntas de investigación complejas. La combinación de los métodos posibilita darle profundidad al análisis y comprender mejor los procesos que dan sustento a determinadas prácticas observadas.⁵⁵⁾

Existen varios modelos de MM descritos en la literatura, en el presente estudio se utiliza la triangulación metodológica por las posibilidades explicativas que brinda

La triangulación metodológica

El método más utilizado en la investigación con MM es el de triangulación, en este diseño los datos cualitativos y cuantitativos son producidos simultáneamente. En la generación de datos se involucra a la misma población, aunque no necesariamente a los mismos individuos, los datos se integran en el análisis final.⁵⁵⁾

La triangulación combina metodologías para el estudio del mismo fenómeno, lo que busca es evitar o disminuir el sesgo que pueda aportar el uso de una metodología en particular. Las posibilidades explicativas y las debilidades propias de cada método son compensadas por la fortaleza del otro, robusteciéndose mutuamente y potenciándose. Por lo tanto, ambos métodos (cuantitativo y cualitativos) se utilizan para una mutua verificación, y al generarse distintos tipos de datos sobre el mismo fenómeno, puede cada uno plantear una nueva teoría. En su utilización, subyace el supuesto de que los métodos cualitativos y cuantitativos deben ser considerados no como campos rivales sino complementarios.⁵⁶⁾

A pesar de que existe el riesgo de que se produzca un efecto aditivo de los errores de las técnicas, “la triangulación siempre produce un saldo positivo si los resultados son convergentes ya que se obtiene aumento de la confiabilidad. Si resultan divergentes surge el desafío de descubrir las fuentes de la contradicción”.⁵⁷⁾

Enfermedades trazadoras

En cuanto al acercamiento a la problemática planteada, se propone hacerlo mediante la Diabetes en adultos, se abordará esta enfermedad bajo el concepto de enfermedad trazadora. David Kessner y cols.⁵⁸⁾ propusieron el concepto de ‘trazador’ como una herramienta para evaluar la calidad de la atención médica. La enfermedad trazadora permite que a través de un problema de salud (trazador) se identifiquen los atributos de calidad dentro de los servicios y sistemas de salud, y de esta manera se obtengan evidencia del funcionamiento de toda la organización que se está evaluando (sistema, servicio o programa). Estos trazadores deben ser problemas de salud frecuentes, bien definidos, afectados por la atención médica con el cuidado adecuado y acordado con la epidemiología conocida.⁵⁹⁾ Por ello, se dará cuenta de las relaciones propuestas mediante una enfermedad prevalente, bien definida, que puede ser afectada por la atención médica como es la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos. Al ser una enfermedad crónica y muy prevalente, el estudio de la diabetes puede ser una manera indirecta de poder conocer gran parte del funcionamiento de los servicios de salud.

Metodología

Diseño de estudio

Se realizó un estudio transversal en el que se plantearon dos etapas, que combinadas permitieron realizar el análisis mediante la triangulación metodológica.

La primera, cuantitativa, se llevó a cabo un estudio transversal con el propósito evaluar dos variables de interés: la ***Calidad Técnica de Atención***

y la **Satisfacción (Experiencias)** de pacientes usuarios adultos con diabetes tipo 2, ambas mediciones en los Centros de Salud (CS) de la Jurisdicción sanitaria Álvaro Obregón del GDF.

La otra etapa, cualitativa, se llevó a cabo mediante la realización de Grupos Focales en los que se involucraron a pacientes adultos con diabetes tipo 2, asistentes a Grupos de Ayuda Mutua (GAM) de los mismos CS. Esta etapa fue realizada con el fin de conocer las **expectativas** de los pacientes con respecto a su vida con la enfermedad y a lo que debiera ser su atención. Ambas mediciones, la de Evaluación de Experiencias y la de Expectativas intentaron aproximarse la medición de la Satisfacción.

Variables:

Fig 1. Esquema de relación entre las variables:



Etapa I. Estudio cuantitativo

a. Variable: Calidad Técnica de Atención

Esta variable se midió de acuerdo a las recomendaciones para la atención a personas diabéticas en el primer nivel, incluidas en la normativa vigente para la atención de pacientes con diabetes: “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria”.⁶⁰⁾ Por lo tanto, la NOM fue el valor parámetro con el que se comparó la calidad técnica de atención hallada en los Centros de Salud TIII de la Jurisdicción Álvaro Obregón del GDF.

La Calidad Técnica de Atención es una variable compleja que se compone de tres componentes de acuerdo a un enfoque sistémico:

- I. **Estructura:** los indicadores son los recursos humanos (disponibilidad en cantidad y calidad), recursos físicos (disponibilidad en cantidad y calidad), los insumos, y la organización, se medirá la presencia en cantidad y calidad de los indicadores de estructura, de acuerdo a lo establecido por la NOM.
- II. **Procesos:** existencia y uso de normativas de atención, reglamentos de funcionamiento, leyes generales y la adecuación de éstas con los avances científicos, se medirá la presencia en cantidad y calidad de los indicadores de proceso, de acuerdo a lo establecido por la NOM.
- III. **Resultados:** se utilizaron algunos indicadores seleccionados para dar cuenta del grado de aproximación a los objetivos propuestos por el propio Centro de Salud.

Universo y población de estudio: Centros de salud de primer nivel de atención de la Ciudad de México, de nivel T III, que atiendan a población con diabetes.

Muestra

- a) Centros de Salud

Se incluyeron al total (7) de los Centros de Salud TIII, que son aquellos de mayor complejidad de servicios y especialidades del Gobierno del Distrito Federal (GDF) con los que cuenta a la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón (JSAO).

Se eligió esta Jurisdicción por tener características particulares que la hacen suficientemente heterogénea para concentrar las diferentes realidades existentes en la ciudad de México. En líneas generales se puede considerar que en esta zona se encuentran Centros de Salud situados en colonias residenciales con población mayoritaria de nivel socioeconómico entre medio alto y alto (Centro de Salud Manuel Escontría); (Centro de Salud Ampliación Presidentes), zona que combina nivel medio y bajo (Centro de Salud Minas de Cristo, Centro de Salud Eduardo Jenner, Centro de Salud Lomas de la Era), y zonas en que el nivel socioeconómico de la población es mayoritariamente medio bajo y bajo (Centro de Salud Dr. Ignacio Morones Prieto y Centro de Salud Dr. Manuel B. Márquez Escobedo).

Proceso de obtención de la información.

Se confeccionó un instrumento para la evaluación de la Calidad Técnica de Atención de acuerdo a las acciones de Promoción, Prevención, Atención, Rehabilitación y Continuidad que estipula la NOM, se agregaron algunas preguntas para identificar si se favorecía la equidad. Cada actividad propuesta por la NOM se desagregó mediante el esquema de evaluación de calidad en su componente de Estructura, Procesos y Resultados. En cada una de las actividades se usó una lista de cotejo entre lo que estipula la NOM y lo hallado en el trabajo de campo, de tal manera que posibilitara la construcción de un indicador de cumplimiento por cada actividad y por cada dimensión de dicha actividad.

Esta Norma determina cuatro campos en los que los Centros de Salud deben garantizar respuesta a los destinatarios, que son la Prevención, Detección, Diagnóstico y Tratamiento.

1. **Prevención**, define como estrategias a la prevención primaria y resalta que la misma tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra a los individuos en alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

a. En cuanto a las actividades a desarrollar en población general se refieren por un lado a aquellas destinadas a favorecer el control de peso corporal, la práctica de actividad física adecuada y alimentación saludable; y por el otro, al fomento de estilos de vida saludables, necesarios para prevenir o retardar la aparición de la diabetes, lo que se lleva a cabo mediante acciones de promoción de la salud. La Promoción de la salud se lleva a cabo entre la población general mediante actividades de educación para la salud, de participación social y de comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo. La NOM define las dimensiones, las acciones específicas y los grupos a los que deben ser destinadas esas acciones, elementos que serán considerados en la evaluación de la calidad técnica.

b. Se definen actividades específicas a desarrollar en individuos considerados de alto riesgo, es decir, que presentan sobrepeso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, mayores de 65 años de edad, y mujeres con antecedentes de productos macrosómicos.

2. **Detección** de la diabetes tipo 2, la NOM define que se debe realizar a partir de los 20 años de edad, mediante dos modalidades: a través de programas y campañas en el ámbito comunitario y sitios de trabajo y de manera individualizada entre los pacientes que acuden a los servicios de salud, públicos y privados. A los individuos clasificados en la Escala de Factores de Riesgo (EFR) como de alto riesgo, se les debe practicar una glucemia capilar en ayuno o, en su defecto, una glucemia capilar casual.

a. Programas y campañas, con el fin de detectar a los individuos en alto riesgo de padecer diabetes o de llegar a tenerla, se realizan detecciones en población general a través de la EFR.

b. Detección individualizada, el médico debe, dentro de su práctica profesional, incluir como parte del examen general de salud la detección de diabetes.

3. **Diagnóstico**, mediante la medición de la glucemia y el acompañamiento de los síntomas se arriba al diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, intolerancia a la glucosa, diabetes o diabetes gestacional.

4. **Tratamiento y control**, las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso, y la HbA1c. El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas, por lo menos durante un periodo de seis meses. El manejo farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente.

a. Manejo no farmacológico: es la base para el tratamiento del paciente diabético y consiste en un control de peso (plan de alimentación y actividad física), educación del paciente y su familia, grupos de ayuda mutua y automonitoreo.

b. Manejo farmacológico: los medicamentos que pueden utilizarse para el control de la diabetes son sulfonilureas, biguanidas, insulinas o las combinaciones de estos medicamentos. Asimismo, se podrán utilizar los inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedionas y otros que en su momento apruebe la Secretaría de Salud.

c. Vigilancia médica y prevención de complicaciones: se debe realizar la medición, al menos una vez al año, de colesterol total, triglicéridos, colesterol-HDL, HbA1c y examen general de orina. En cada visita se debe evaluar el control metabólico, el plan de alimentación y la actividad física, y se investigará de manera intencionada la presencia de complicaciones tanto oftalmológicas como vasculares y neuropatías periféricas.

d. Se registra el peso, la presión arterial y el resultado de la exploración de los pies y de la retina al momento de establecer el diagnóstico. En

caso de que el médico no pueda efectuar el examen de los ojos, lo refiere al especialista. Neuropatía: la búsqueda de estas complicaciones se lleva a cabo mediante una cuidadosa revisión clínica, que incluya el examen de los reflejos, de la sensibilidad periférica, dolor, tacto, temperatura, vibración y posición.

Para la evaluación de la calidad en la atención de pacientes con diabetes tipo 2, se incorporaron estos 4 componentes, sumando el de la equidad. La Equidad se midió a través de preguntas que buscaron determinar la existencia de mecanismos de discriminación de la población para detectar y priorizar personas o familias de mayor vulnerabilidad.

A partir de los mismos se diseñó un instrumento que permite evaluar en qué medida los centros de salud cuentan con las posibilidades de cumplimentar con la NOM y también en qué medida favorecen la equidad sanitaria.

Para ello se detallaron los elementos necesarios de la Estructura, así como los Procesos necesarios y los Resultados esperados (Componentes de la calidad) que establece la NOM mediante las dimensiones de Promoción, Prevención, Atención, Continuidad y Equidad como una necesidad manifiesta.

Una vez confeccionado el instrumento se realizó una consulta a expertos sobre el tema³ (7 en total) para darle validez de constructo y de apariencia al mismo. Se trabajó y perfeccionó el instrumento de acuerdo a las recomendaciones brindadas por los expertos. En la tabla 5 se puede observar a modo de ejemplo el esquema conceptual del instrumento, mientras que en la Tabla 6 se presenta la ponderación de indicadores utilizada para su medición.

Fuentes de información: la lista de cotejo prevé diferentes fuentes de información para ser completada, desde la observación directa, la revisión de fuentes secundarias para objetivar procesos (registros y expedientes

³ Dr Héctor Ochoa Díaz López, Dra Laura Moreno Altamirano, Dr Luis Durán Arenas, Dr Javier Santacruz, Dr. Julio Querol Vinagre, Dra Guadalupe García de la Torre, Dr. Gustavo H. Marín.

clínicos), entrevista a actores clave. En cuanto a los actores, en primer lugar se entrevista a los directores de los CS, luego para las cuestiones referidas al laboratorio de análisis clínicos, se entrevistó a los responsables de los mismos y en lo concerniente a los procesos de atención, se requirió la presencia del Director de Atención Médica de cada CS.

Tabla 5. Esquema conceptual del instrumento de evaluación de calidad técnica

Dimensiones	Actividad	Componentes		
Promoción	Comunicación social	Medios e instituciones de difusión	Planificación de difusión Entrega de material	Personas adultas del área que hayan recibido información desde el centro de salud
	Participación social	Red de actores de la comunidad o interinstitucionales	Realización de Juntas periódicas con la comunidad	
	Educación para la salud	Programas de información a estudiantes	Realización de actividades con escuelas de la zona	
Prevención	Dieta: promoción de hábitos dietéticos saludables	Personal Capacitado Responsable	Realización de actividades comunitarias	Personas del área que hayan recibido información por el centro de salud
	Promoción de realización de actividad física			
	Promoción de control periódico de salud	Material de difusión	Entrega de material mediante consejería	
Pruebas de detección	Personas diabéticas que hayan sido parte de las detecciones en la comunidad o en la consulta.			
Atención	No farmacológico	Profesional capacitado en dieta, ejercicio	Existencia de planes de alimentación, control de peso y	Personas adultas del área que hayan alcanzado las metas de tratamiento luego de

		actividad física	seis meses
	Grupos de Ayuda mutua	Trabajador capacitado en coordinar grupos Lugar de reunión disponible	Realización de reuniones periódicas con un coordinador Personas con DBT asistentes a los grupos de ayuda mutua
	Automonitoreo	Disponibilidad de equipos para automonitoreo	Registro de automonitoreo con resultados Personas con DBT que se realizan automonitoreo
	Manejo farmacológico	Disponibilidad de los medicamentos de la NOM	Indicaciones de fármacos la Norma Oficial Personas con DBT que utilizan fármacos del centro de salud
	Análisis de laboratorio	Capacidad del laboratorio del centro para realizar pruebas de la NOM	Indicaciones de estudios según la Norma Oficial Personas con DBT que se realizaron análisis en el centro de salud
	Examen de la vista	Profesional capacitado examen de agudeza visual y retina	Indicaciones de ex. visual, según la Norma Oficial Personas con DBT que se realizaron examen visual en el centro de salud
	Prevención de pie diabético	Profesional capacitado en prevención de pie diabético	Educación del paciente Personas con DBT que conocen medidas de prevención del pie diabético
Continuidad de la atención	Fallo tratamiento	Especialista diabetes 2° nivel	Existencia de un sistema de Referencia. y Contrarreferencia organizado y funcionando que permita el envío de pacientes de un nivel a otro. Personas diabéticas que hayan utilizado el sistema de Referencia. y Contrarreferencia exitosamente para de Diabetes, Oftalmología, Neurología o Nefrología.
	Oftalmopatía	Especialista oftalmólogo 2° nivel	
	Neuropatía	Especialista neurólogo 2° nivel	
	Nefropatía	Especialista nefrólogo 2° nivel	
Equidad	Incorporar el concepto de equidad a la atención	información que permita discriminar entre pacientes con mayor y menor vulnerabilidad	Programas o normativas que prioricen la atención de personas diabéticas con mayor vulnerabilidad

El Instrumento completo se presenta al final del documento, en Anexo I.

La Tabla 6 muestra los valores de cada uno de los indicadores evaluado que van conformando el total de la Calidad Técnica. Un CS puede obtener como máximo 345 puntos posibles, que se componen de 123.5 puntos en

Estructura, 91 puntos en cuanto a los procesos y 130.5 puntos posibles en Resultados. Si se lo descompone entre las dimensiones de la NOM, la Promoción de la Salud se ponderó con 100 puntos posibles; la Prevención otros 100; la Atención 100 puntos también; la Continuidad 25 puntos y la Equidad un máximo de 20.

Tabla 6. Calidad técnica, ponderaciones de indicadores.

Dimensiones	Componentes	Estructura	Proceso	Resultado	Puntaje Total
Promoción	Comunicación social	10	10	10	40
	Participación Social	15	15	10	30
	Educación Para la salud	15	15		30
	Total	40	40	20	100
Prevención	Dieta	4	4	12	20
	Actividad Física	4	4	12	20
	Control de salud	4	4	12	20
	Pruebas de Detección	9	9	22	40
	Total	21	21	58	100
Atención	Tratamiento no Farmacológico	10		5	15
	Grupos Ayuda Mutua	15	5	10	30
	Automonitoreo	5		5	10
	Tratamiento Farmacológico		5	5	10
	Laboratorio		5	5	10
	Examen Visual	5	5	5	15
	Control Pie	5		5	10
	Total	40	20	40	100
Continuidad	Especialista diabetes 2° nivel	5		5	10
	Especialista oftalmólogo 2° nivel	2.5		2.5	5

	Especialista neurólogo 2° nivel	2.5	2.5	5
	Especialista nefrólogo 2° nivel	2.5	2.5	5
	Total	12.5	12.5	25
Equidad	Programas o normativas que prioricen la atención de personas diabéticas	10	10	20
	Total	10	10	20
	Total	123.5	91	130.5
				345

Análisis de los resultados: de acuerdo a estas ponderaciones, sobre un total de 345 puntos posibles, se calculó el puntaje global y los puntajes obtenidos por los CS en términos absolutos y como proporción de ese puntaje ideal, y de cada dimensión y cada componente de la calidad. Se analizaron las diferencias por CS mediante la prueba de diferencias entre proporciones y se los correlacionaron con la cantidad de pacientes que atiende cada CS mediante correlación de Pearson.

b. Variable: Evaluación de Satisfacción (Experiencias) de los pacientes.

Diseño:

Se llevó a cabo un estudio transversal para conocer las opiniones -a favor o en contra- de los pacientes con respecto a una parte de la satisfacción, es decir, las experiencias vividas en cuanto a la atención recibida. A partir de esta distinción (solo referido a las experiencias), se procede a llamar al concepto tradicionalmente usado como Evaluación de la Satisfacción: Evaluación de la Satisfacción (Experiencia); para no generar confusión se incorporó entre paréntesis la palabra Experiencia para remitir a esta diferencia.

Universo y población de estudio: pacientes habituales⁴ con diagnóstico conocido de diabetes realizado por un médico, que residan en la zona de influencia de alguno de los Centros de Salud seleccionados, que asistan a controles médicos en dicho CS y que tengan posibilidades de responder preguntas acerca de su enfermedad.

Usuarios habituales: se designó a aquellas personas diagnosticadas de diabetes y que en el último año siguieron rigurosamente los controles de salud de acuerdo a la normatividad de atención a dicha enfermedad. Pacientes que puedan dar cuenta de las situaciones vividas durante su atención y en su relación con el sistema y con sus componentes (administrativo, técnico, profesional, de gestión, etc.)

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, mayores de edad, que puedan leer y comprender las consignas de un cuestionario autoadministrado, de por lo menos 5 años de haber sido diagnosticados, cuya consulta médica por la enfermedad haya sido otorgada cuando mucho una año antes en alguno de los Centros de Salud incluidos en el trabajo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diabetes tipo 2 que refieran tratar su enfermedad en diferentes servicios de salud a los centros de salud seleccionados.
- Pacientes con diabetes tipo 2 que lleven menos de 1 año atendiéndose en el Centro de Salud.
- Pacientes que no estén en condiciones de dar opiniones acerca del grado de satisfacción con los componentes de la atención.

⁴ Para los fines de este trabajo utilizaremos la denominación de Pacientes, a pesar de ser un término muy resistido porque asume un estado de pasividad del sujeto que claramente no es el sentido en este caso. Se prefiere ante otras acepciones por ser de uso y entendimiento general, y se define de esta manera a todas las personas que pueden hacer uso del sistema de salud en calidad de usuarios.

- Pacientes que no estén de acuerdo en participar del estudio y que no firmen el consentimiento informado para participar.

Muestreo

Se aplicaron los cuestionarios de *Evaluación de la satisfacción (Experiencias)* a los pacientes con diabetes que concurrieron a la consulta en alguno de los 7 centros de salud y que cumplieron con los criterios de selección. Se seleccionaron de manera aleatoria entre los pacientes con diabetes que acudieron a la consulta, los mismos fueron abordados después de haber recibido la atención, cuando dejaron el servicio.

Muestra: El tamaño de muestra resultó de 138 individuos, el mismo se calculó mediante la fórmula de cálculo para estimación de una proporción (61). Se utilizó una proporción esperada de insatisfacción de los pacientes $P= 10\%$, que es similar al resultado reportado en 2003 para centros de salud de primer nivel de atención en México (62); una precisión $i= 5\%$, y un nivel de significancia $\alpha= 0.05$. La selección de los mismos se realizará distribuyendo por partes iguales entre los centros de salud, ya que los siete comparten características similares en términos de población diabética.

Análisis de los resultados:

Se calculó la Satisfacción (Experiencias) global de los siete CS en términos absolutos y como porcentaje del total. Se calculó la Satisfacción (Experiencias) desagregado por cada CS y por cada una de las dimensiones que la conforman. Luego se realizó análisis bivariado mediante correlación de Pearson con las variables socio económicas de los pacientes encuestados. Se realizó análisis bivariado usando correlación de Pearson para variables cuantitativas y Spearman para las cualitativas y multivariado mediante regresión lineal, entre los resultados de la Satisfacción (Experiencias) y la calidad.

Instrumento para medir Satisfacción de los pacientes (Experiencia)

Hay una gran cantidad de instrumentos en torno a la Evaluación Satisfacción de los pacientes (experiencias) con la atención recibida,⁶³⁾⁶⁴⁾⁶⁵⁾ a pesar de ello, ninguno de los cuestionarios referidos se ajusta a las características de la población objetivo del presente estudio. Uno de los instrumentos de mayor difusión y uso es el Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ3), fue desarrollado por Rand Corporation⁶⁶⁾, el problema es que el mismo fue elaborado para otro tipo de población y en relación a procesos de atención hospitalarios. Por esto fue necesario elaborar un instrumento que tomara en cuenta las características de la población estudiada y de los servicios a evaluar.

La Evaluación de la Satisfacción (Experiencia) se realizó a través del nivel de cada una de las dimensiones que la componen: 1. El tratamiento médico recibido, 2. Las características de las instalaciones, 3. La actitud del médico, 4. Elementos (equipo, instrumental) necesarios para la atención de su enfermedad, 5. Las características de las consultas recibidas, 6. Las explicaciones recibidas acerca de su padecimiento y 7. Las dificultades para obtener atención. Estas dimensiones, así como los indicadores que las conforman, se obtuvieron mediante la técnica de redes semánticas.⁶⁷⁾

La elaboración del instrumento, su validación y el análisis de confiabilidad se presentan en el Anexo II.

Etapa II. Estudio Cualitativo

Diseño:

Se realizó estudio cualitativo mediante técnica de Grupo Focal (GF), la técnica de GF busca extraer información relevante, mediante conversaciones grupales moderadas, vinculada a las expectativas sobre el desarrollo de sus vidas con la enfermedad y las expectativas que tienen en cuanto al impacto que esperan que tenga el tratamiento brindado por el Centro de Salud en ese mismo desarrollo.

Se realizaron dos Grupos Focales (GF) uno el 30 de Enero de 2013, en el Centro de salud de Escontría; el segundo el día 7 de marzo del mismo año

en el CS Lomas de La Era. Ambas sesiones fueron programadas con los responsables de los diferentes CS, y organizados con el equipo de trabajo de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) de cada CS (médica y trabajadora social), a quienes se les pidió que eligieran a los participantes en los GF de acuerdo a los criterios de selección definidos y al interés de participar de los propios pacientes.

Limitaciones al estudio

Es preciso señalar que la elección de los participantes se realizó entre los asistentes a los GAM ya que su incorporación fue más sencilla, este elemento introdujo una limitación en los alcances del estudio en virtud de que gran parte de lo expresado en el marco de los GF sólo es aplicable a personas que asisten a los CS y participan de los GAM, no se puede extrapolar a las experiencias de otros pacientes o a personas con diabetes que no asisten a los GAM, quienes son mayoría.

Población.

Los Usuarios Habituales se eligieron de los Grupos de Ayuda Mutua de pacientes con diabetes, conformados en los CS. Si bien se reconoce que los asistentes a estos grupos tienen características muy particulares, este grupo fue el que estuvo disponible para participar. En general son personas que participan activamente de las actividades del CS, se conocen entre ellos y cuentan con conocimientos más o menos amplios sobre la enfermedad. Teniendo en cuenta estos aspectos, y por cuestiones de factibilidad, se decidió utilizar a estos individuos como informantes en el presente estudio

Previamente se realizaron visitas de presentación en las sesiones de los GAM en las que se presentaron los objetivos y la dinámica de los GF, asimismo, se solicitó la participación y consentimiento de los pacientes elegidos. En los dos casos, las personas se mostraron muy entusiastas por participar, a pesar de que el encuentro se realizaría un día diferente al de reunión del GAM.

Las reuniones para la realización de los GF se concretaron en los mismos CS y en las aulas que normalmente utilizan las personas en sus sesiones.

Al comienzo de cada uno de los GF se dieron los lineamientos generales de la actividad, asimismo, se explicaron los objetivos, las características de la participación de los integrantes y la duración aproximada del mismo.

Cabe destacar que en uno de los grupos (el realizado en el CS Escontría) se contó, además del moderador, con un investigador que fungió de apuntador y colaborador, quien fue debidamente presentado. En ambos casos se desarrollaron los GF en un ambiente de gran participación, sin la presencia de personal de los CS y sin interrupciones de ninguna clase.

En el GF realizado en el Centro Escontría participaron 10 mujeres de entre 46 y 67 años, mientras que en el realizado en el CS Lomas de la Era participaron 8 mujeres y dos hombres de entre 42 y 75 años de edad.

Criterios de selección

Se incorporaron aquellos individuos que mayor participación mostraron en los Grupos de Ayuda Mutua, de acuerdo a lo aconsejado por los responsables de dichos grupos; y quienes mediante charlas informales demostraron mayor interés en contar su historia, a la vez se buscó que estuvieran representados ambos sexos y las diferentes edades.

Ejes de relevancia:

En la Tabla 7, se muestran los dos ejes que guiaron los GF.

Tabla 7. Ejes de relevancia considerados en los Grupos Focales

Eje de relevancia	Expectativas
Desarrollo de la vida de las personas a partir de la enfermedad	¿Cómo cree que será su vida a partir de que se le presentó la diabetes? (calidad de vida, cumplimiento de proyectos de vida, familia, posibilidad de darse gustos.)
	¿Cuáles cree que serán sus posibilidades de desarrollar una vida en plenitud, de acuerdo a su enfermedad condición particular? (esperanza de vida, condición de salud, posibilidad de realizar actividades, capacidades, limitaciones.)
Impacto de los servicios de salud sobre el desarrollo vital a partir de la diabetes	¿En qué medida cree que los servicios de salud colaboran en el mejoramiento de las condiciones de salud de una persona que padece diabetes?
	¿De acuerdo a sus posibilidades de desarrollar una vida en plenitud, en qué medida cree que los servicios de salud podrán impactar ese desarrollo?
	¿Qué opinión tiene usted de la manera en que el servicio de salud colabora o perjudica en el mejoramiento de su condición de salud?

Resultados

Se presentan en primer lugar los resultados del análisis descriptivo obtenidos del cuestionario de Calidad de Atención en los 7 Centros de Salud (CS) seleccionados, a continuación se muestran los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento para medir *Evaluación de la Satisfacción (Experiencia) de los pacientes usuarios* con la atención recibida. Por último, se ofrecen resultados de la interpretación de la información producto de los grupos focales.

Evaluación de la Calidad Técnica de los centros de salud

En la tabla 8 se pueden observar los resultados por cada uno de los componentes y las dimensiones que prevé la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la diabetes mellitus en la atención primaria” (NOM). Estas actividades están previstas

para dar respuesta a la Promoción, Prevención, Atención y Continuidad. Tal como se expresó oportunamente, se incorporó un ítem relacionado con la equidad sanitaria, en este punto se buscó conocer si los CS poseen programas o normativas que prioricen la atención de personas diabéticas con mayor vulnerabilidad. Fue posible efectuar las evaluaciones de todos los componentes, excepto en aquellos que requirieron revisión de los expedientes, ya que no se tuvo acceso a los mismos. Esto, aunque limitó las posibilidades de obtener información más completa, no impidió la realización de la evaluación.

Se puede observar que la Calidad Técnica total fue de 34.6%, de las dimensiones, la Promoción es la que obtuvo el mayor valor con 47.3% del total posible, muy por encima de lo obtenido en cuanto a Prevención (30.6%). En cuanto a los componentes, los Procesos son los que obtienen el mejor desempeño con el 55.1% del total posible.

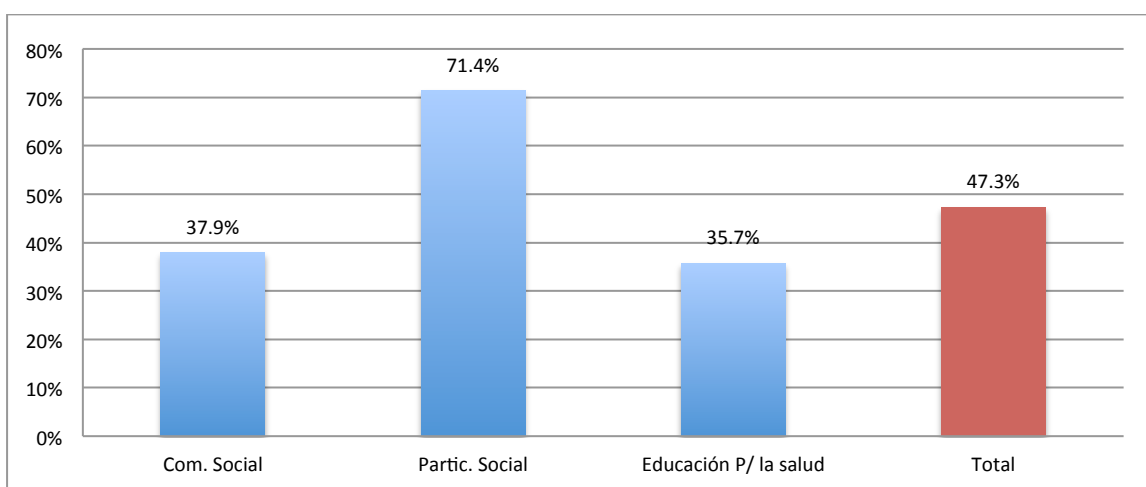
Tabla 8. Calidad Técnica por dimensión y por componentes en los siete Centros de Salud.

Dimensiones	Componentes			Total
	Estructura	Proceso	Resultado	
Promoción	44.64%	58.9%	29.3%	47.3%
Prevención	45.6%	49.7%	5.7%	30.6%
Atención	49.5%	100.0%	17.0%	38.8%
Continuidad	14.3%	0	9.4%	10.4%
Equidad	0	0	0	0
Total	47.5%	55.1%	14.5%	34.6%

A continuación se presentan los resultados obtenidos por los CS de acuerdo a las dimensiones de la NOM. La Gráfica I muestra los resultados en relación a la Promoción de la salud con cada uno de los indicadores que la

componen, se presentan como porcentajes del total posible. Tal como ya se mencionó, la Prevención fue la dimensión mejor valorada con un 47.3% del puntaje total de 100 puntos posibles (ver Tabla 6). Aquí es posible observar, que dentro de la Promoción hay un buen desempeño en cuanto a la Participación Social, mientras que tanto la Comunicación Social como la Educación para la salud tienen bajos niveles de cumplimiento con 37.9% y 35.7% respectivamente.

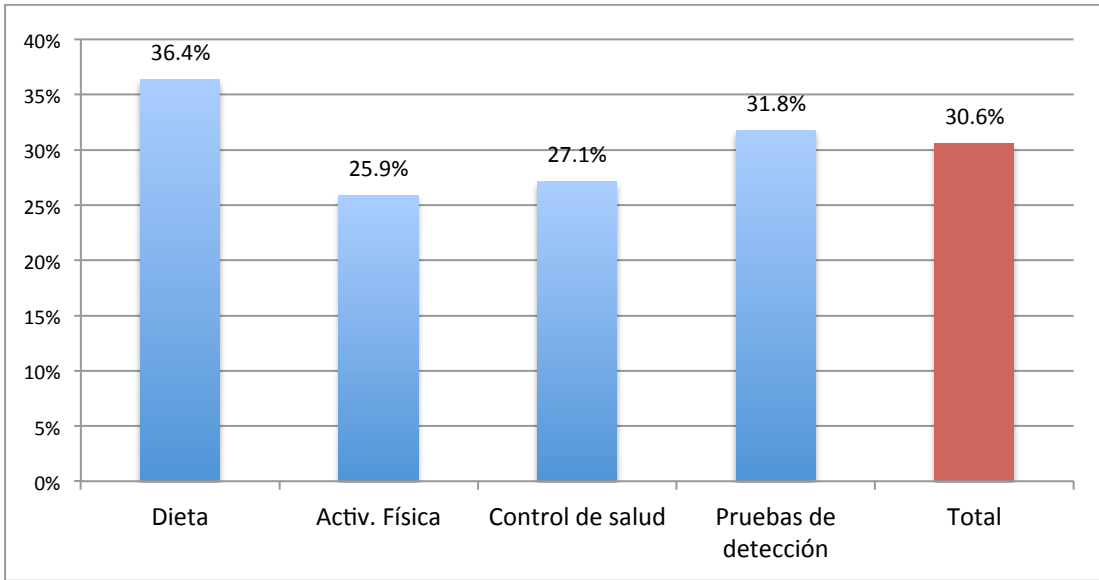
Gráfica I. Porcentaje obtenido por los Centros de Salud en cuanto a la Promoción de la Salud.



Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad.

Como se puede observar en la Gráfica II, la Prevención fue evaluada con un 30.6% de cumplimiento de los 100 puntos ideales (Tabla 6), mientras que cada una de las acciones que la conforman resultaron evaluadas muy por debajo de los estándares esperados. Las acciones para promover la actividad física en la población de pacientes con diabetes se cumplieron en el 25.9% de lo esperado, el control de salud en personas diabéticas alcanzó 27.1%, la realización de pruebas de detección fue de 31.8% del desempeño deseado, y las que promueven una dieta saludable en personas con diabetes, llegaron a 36.4%.

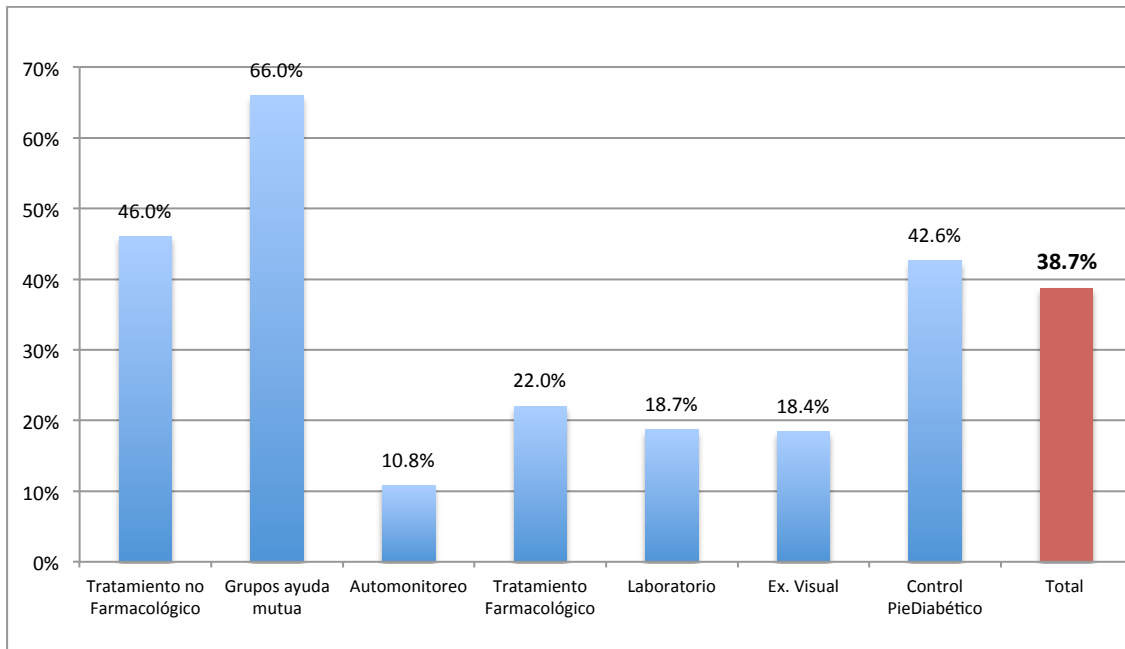
Gráfica II. Resultados de los siete Centros de Salud en cuanto a la Promoción de la salud.



Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad.

Cuando se analizaron los resultados en materia de Atención por actividad específica (Gráfica III), se observó que en cuanto a la conformación de Grupos de Ayuda Mutua se obtiene un 66% de cumplimiento, en cuanto a las recomendaciones de tratamiento no farmacológico de la diabetes se observa un 46%, y en cuanto al control para evitar el desarrollo del pie diabético se reporta un 42.6% de cumplimiento. Los porcentajes mas bajos en esta dimensión de la Atención se observan en cuanto a acciones de automonitoreo, realización de examen de agudeza visual, posibilidades de realizar controles bioquímicos de laboratorio; y la posibilidad de brindar tratamiento farmacológico que obtienen porcentajes menores al 25%.

Gráfica III. Porcentaje obtenido por los Centros de Salud en cuanto a la Atención.



Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad.

Por último, dos aspectos muy importantes a destacar son por un lado, la casi nula respuesta al momento de presentarse una complicación que requiera de tratamiento especializado⁵ donde los centros obtienen solamente 10.4% del puntaje ideal; y por otro es la ausencia total, en todos los centros de salud, de tareas que fomenten la búsqueda de la equidad en la atención de la salud de los pacientes que padecen diabetes.

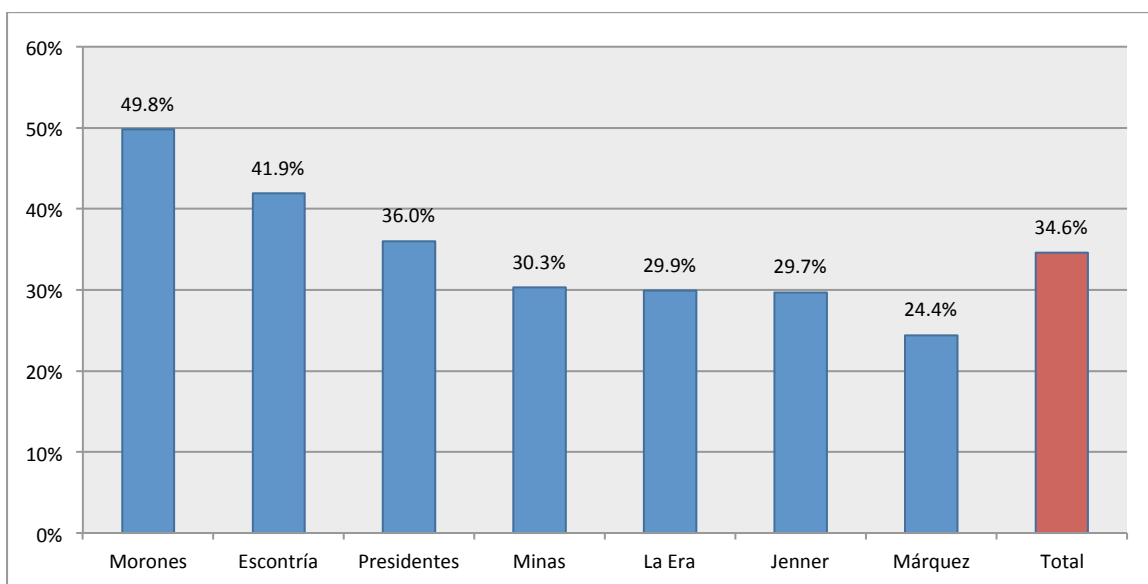
Resultados por Centro de Salud

Si bien el propósito del estudio es analizar los siete CS de su conjunto, vale la pena señalar los resultados de Calidad Técnica obtenidos a partir de los diferentes CS. Se ordenaron de mayor a menor de acuerdo al porcentaje obtenido de la Calidad Técnica (Gráfica IV)

⁵ El paciente diabético es referido al especialista o al segundo nivel de atención, en cualquiera de las circunstancias que se enumeran a continuación: 1. Cuando, de manera persistente, no se cumplan las metas de tratamiento, a pesar del tratamiento farmacológico. 2. Falta de respuesta a la combinación de hipoglucemiantes y si además se carece de experiencia en la utilización de insulina. 3. Si un paciente se presenta con hipoglucemia severa. 4. Si siendo tratado con insulina, presenta hipoglucemias frecuentes. 5. En caso de complicaciones graves, como cetoacidosis o coma hiperosmolar en más de una ocasión durante el último año, retinopatía preproliferativa o proliferativa, glaucoma o edema macular, cardiopatía isquémica, insuficiencia carotídea, insuficiencia arterial de miembros inferiores, lesiones isquémicas o neuropáticas de miembros inferiores, neuropatías diabéticas de difícil control o infecciones frecuentes. 6. En presencia de hipertensión arterial de difícil control, o dislipidemias severas

Como se puede observar, ninguno de los CS, evaluados de acuerdo a los estándares establecidos en la NOM para afrontar la diabetes tipo 2, alcanzó al menos el 50% de lo esperado. El centro de salud Dr. Ignacio Morones Prieto fue el que obtuvo el primer lugar con 173.6 puntos del máximo a obtener (345 puntos). En segundo lugar aparece el CS centro de salud “Manuel Escontría” con 41.9%, seguido del CS centro “Ampliación Presidentes” con 36.0%. Más desventajados en la evaluación quedaron los CS “Minas de Cristo”, “Lomas de la Era”, “Eduardo Jenner” y “Márquez Escobedo” con 30.3%, 29.9%, 29.7% y 24.4% respectivamente.

Gráfica IV. Calidad Técnica en los siete Centros de Salud, Delegación Álvaro Obregón, 2011.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Calidad Técnica.

A continuación, en la Tabla 9, se puede observar que de los tres Centros de Salud con mayor puntaje global, solo dos presentan diferencias significativas entre sí y con el resto de los centros (Morones y Escontría), el resto de los centros no difieren de manera significativa.

Tabla 9. Resultados de las diferencias de la Calidad Técnica entre los siete Centros de Salud

	Morones	Escontría	Presidentes	Minas	La Era	Jenner	Márquez
Morones	xx	P= 0.03	P= 0.0003	P= 0.0000	P= 0.0000	P= 0.0000	P= 0.0000
Escontría	P= 0.03	xx	P= 0.11	P= 0.0015	P= 0.0011	P= 0.0011	P= 0.0000
Presidentes	P= 0.0003	P= 0.11	xx	P= 0.12	P= 0.105	P= 0.105	P= 0.0012
Minas	P= 0.0000	P= 0.0015	P= 0.12	xx	P= 0.104	P= 1.00	P= 0.939
La Era	P= 0.0000	P= 0.0011	P= 0.105	P= 0.104	xx	P= 0.12	P= 0.104
Jenner	P= 0.0000	P= 0.0011	P= 0.105	P= 1.00	P= 0.12	xx	P= 1.00
Márquez	P= 0.0000	P= 0.0000	P= 0.0012	P= 0.939	P= 0.104	P= 1.00	xx

Prueba para diferencias de proporciones; nivel de confianza= 95%.

La Tabla 10 muestra el comportamiento cada uno de los Centros de Salud al desagregar los resultados de la evaluación en las dimensiones que la conforman.

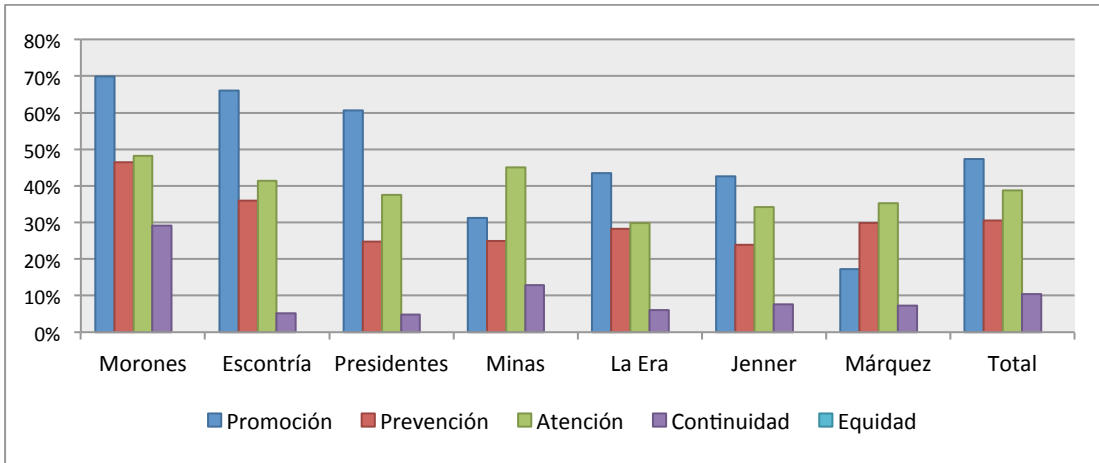
Tabla 10. Resultados de la evaluación de la Calidad Técnica por dimensiones siete Centros de Salud

	Promoción	Prevención	Atención	Continuidad	Equidad	Total
Morones	69.8%	46.4%	48.2%	29.2%	0	49.8%
Escontría	66.1%	35.9%	41.4%	5.2%	0	41.9%
Presidentes	60.6%	24.8%	37.5%	4.8%	0	36.0%
Minas	31.2%	25.0%	45.1%	12.8%	0	30.3%
La Era	43.4%	28.3%	29.9%	6.0%	0	29.9%
Jenner	42.6%	23.9%	34.2%	7.6%	0	29.7%
Márquez	17.3%	29.8%	35.2%	7.2%	0	24.4%
Total	47.3%	30.6%	38.76%	10.4	0	34.6%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Calidad Técnica.

En la Gráfica V se pueden observar las diferencias entre los CS evaluados en cuanto al cumplimiento de los estándares establecidos por la norma, de acuerdo a cada dimensión de la misma.

Gráfica V. Resultados totales de calidad técnica por dimensiones de los siete Centros de salud.

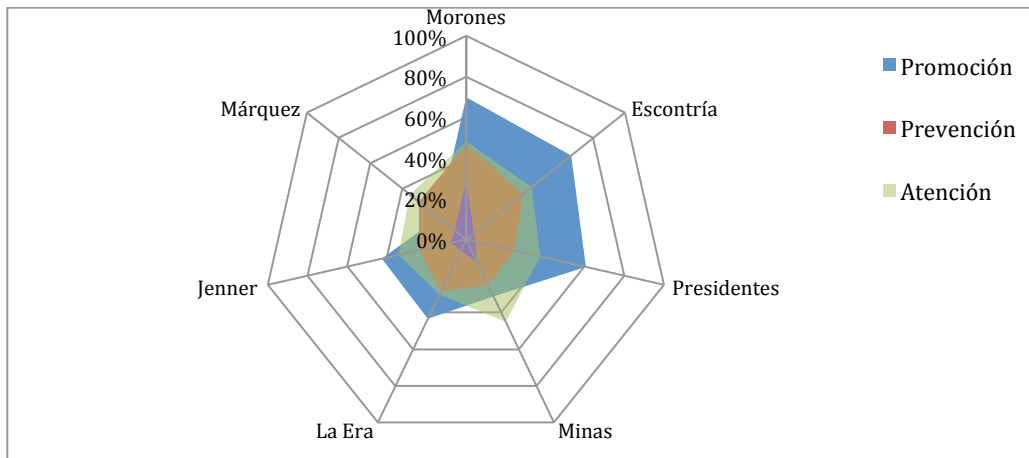


Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad.

En las cinco dimensiones evaluadas, se puede distinguir mejores resultados en las tareas de Promoción de la Salud, sobre todo en los tres centros con mejor funcionamiento con un rango comprendido entre el 60% al 70%. El desempeño decrece en las dimensiones de Prevención y Atención, y muestran mal funcionamiento en las tareas de asegurar la Continuidad de la Atención de pacientes con diabetes (Gráfica VI).

De los datos se desprende que las grandes diferencias entre los CS de mejor desempeño (Morones, Escontría y Presidentes), frente a los de menor desempeño (Minas, La Era, Jenner y Márquez) se concentran sobre todo en las dimensiones de promoción y prevención. (Gráfica VI).

Gráfica VI. Porcentaje de cumplimiento de las dimensiones de la Calidad según centro seleccionado



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Calidad Técnica.

A continuación, en la Tabla 11, se muestra el desempeño de cada uno de los CS en cuanto a la dimensión de Promoción de la Salud. Este es un punto central en la tarea de los CS de primer nivel, ya que se espera que estos sean quienes se especialicen en promover la salud en su población, sobre todo en problemas de salud crónicos de alta prevalencia como es el caso de la diabetes. Se puede observar un pobre desempeño global en cuanto a la Comunicación Social y a la Educación para la Salud, mientras que hay un buen trabajo en lo que respecta a la Participación Social. Además es posible ver las claras diferencias en cada indicador entre los CS centros de más alto y más bajo desempeño.

Tabla 11. Promoción de la Salud, por cada centro por indicadores.

Puntaje obtenido por los centros									
	Puntaje Ideal	Morones	Escontría	Presidentes	Minas	La Era	Jenner	Márquez	Total/ Ideal
Promoción	Comunicación Social 40 Puntos	24.8	21.1	15.6	16.2	13.4	12.6	2.3	106/280
	Participación Social 30 Puntos	30	30	30	15	15	15	15	150/210
	Educación para la salud 30 Puntos	15	15	15	0	15	15	0	75/210
Totales por centro (100)		69.8	66.1	60.6	31.2	43.4	42.6	17.3	331/700

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad.

En cuanto a la Prevención (junto con la Promoción, los dos elementos más importantes del primer nivel), los indicadores que se toman en cuenta son: promoción de hábitos dietéticos saludables, promoción de realización de

actividad física, promoción para la realización de control de salud periódico y pruebas de detección⁶.

En la Tabla 12, se muestran los resultados obtenidos por cada uno de los CS, de acuerdo a lo esperado en cuanto a acciones de prevención.

Se observa un comportamiento muy heterogéneo en cuanto a los totales por CS, el que mayor puntaje obtuvo fue el CS Morones (46.4/100), es decir, inferior al 50% de lo esperado. Mientras que el CS Jenner mostró el más bajo desempeño con 23.9/100, los CS Presidentes y Minas obtuvieron 24.8 y 25/100 respectivamente.

Tabla 12. Prevención, por CS, desagregado por indicadores

Puntaje obtenido por los centros (de 100 posibles)									
	Puntaje Ideal	Morones	Escontría	Presidentes	Minas	La Era	Jenner	Márquez	Total/ Ideal
Prevención	Dieta 20 puntos	10.8	8.9	6.0	7.2	7.3	5.2	5.6	51/140
	Actividad Física 20 Puntos	10.6	7.0	3.5	0.2	7.4	4.5	3.1	36.3/140
	Control de Salud 20 Puntos	10.8	4.4	2.9	5.0	2.2	5.1	7.4	37.8/140
	Pruebas Detección 40 puntos	14.3	15.6	12.2	12.6	11.4	9.1	13.7	88.9/280
Totales por CS (100)		46.4	35.9	24.8	25	28.3	23.9	29.8	214/700

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad.

Asimismo, resultaron deficientes en los CS las actividades de Atención de pacientes con diabetes, tal como muestra la Tabla 13. Se observa que se

⁶ La detección de la diabetes tipo 2 se debe realizar a partir de los 20 años de edad, mediante dos modalidades: a través de programas y campañas en el ámbito comunitario y sitios de trabajo y de manera individualizada, entre los pacientes, que acuden a los servicios de salud, públicos y privados

sigue manteniendo la tendencia de los tres CS con mejor desempeño, pero se suma a ellos el centro de salud Minas de Cristo que obtuvo 45.05 puntos sobre un total de 100, superando al CS Presidentes.

Tabla 13. Puntaje obtenido en cuanto a Atención, por cada centro desagregado por indicadores.

Puntaje obtenido por los centros (de 100 posibles)								
Puntaje Ideal	Morones	Escontría	Presid.	Minas	La Era	Márquez	Jenner	Total/ Ideal
Tratamiento no Farmacológico 10 puntos	4.3	5	4.3	6	3	5.6	4	32.2/70
Grupos ayuda mutua 30 Puntos	21.7	21.4	20.6	21.4	16.1	21.3	16.5	139/210
Automonitoreo 10 Puntos	1.98	1.05	0.8	1.0	0.85	1.25	0.6	7.53/70
Tratamiento Farmacológico 10 Puntos	4.1	0.9	2.1	2.5	1.7	2	2.1	15.4/70
Laboratorio 10 Puntos	3.8	1.4	1.5	1.6	1.1	1.8	1.9	13.1/70
Exploración Visual 15 Puntos	0.9	5.4	5.1	5.5	0.4	0.7	1.3	19.3/70
Control Pie 15 puntos	11.4	6.2	3.1	7.05	6.7	2.5	7.8	44.75/105
Totales por centro (100)	48.2	41.4	37.5	45.05	29.8	34.2	35.15	271.3/700

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad.

Resultados por componentes: Estructura-Procesos-Resultados

En la Tabla 14 se presentan los resultados obtenidos por componentes sistémicos de la Calidad de acuerdo al cumplimiento con la NOM

(**Estructura-Procesos-Resultados**), en cada uno de los CS. Es evidente que el problema principal son los Resultados en términos de impacto en la población, deficiencia compartida por todos los centros.

Tabla 14. Resultados de la evaluación de Calidad de acuerdo a los componentes, 2011.

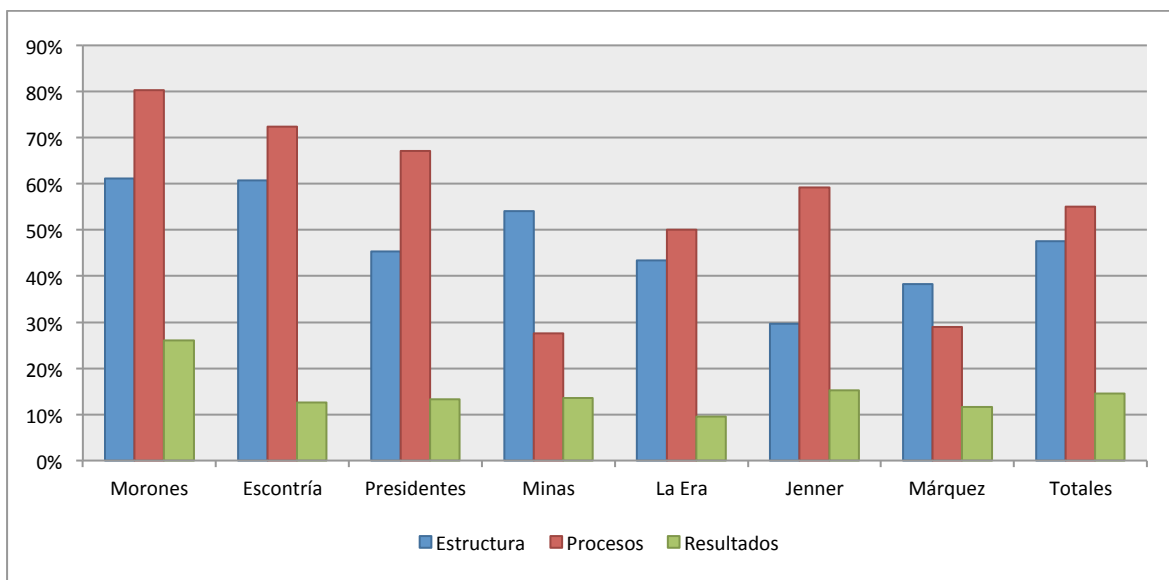
Componentes de la Calidad			
	Estructura	Procesos	Resultados
Morones	61.2%	80.3%	26.0%
Escontría	60.7%	72.4%	12.6%
Presidentes	45.4%	67.1%	13.3%
Minas	54.1%	27.6%	13.5%
La Era	43.4%	50.0%	9.6%
Jenner	29.7%	59.2%	15.2%
Márquez	38.2%	28.9%	11.6%
Totales	47.5%	55.1%	14.5%

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad.

En el componente de **Resultados**, el máximo porcentaje alcanzado fue de 26% por el centro de salud Morones, muy en desacuerdo a lo obtenido por el mismo centro en los otros dos componentes (61.2 y 80.3% en Estructura y Procesos respectivamente); lo mismo sucede, aunque con valores más bajos, en el resto de los CS.

Otro dato a resaltar es que la mayoría de los CS, excepto Minas de Cristo y Márquez Escobedo, obtuvieron los mejores resultados en la implementación de los **Procesos** normatizados (Gráfica VII)

Gráfica VII. Calidad Técnica por componentes.



Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad.

De acuerdo a esta gráfica se puede considerar la posibilidad de que algunos CS están cerca de tener la **Estructura** necesaria para brindar cuidados a los pacientes con diabetes de su área de responsabilidad; aún más, los tres primeros posicionados tienen la condición adicional de estar próximos a implementar los **Procesos** establecidos. Sin embargo en los resultados finales, todos los centros de salud caen de manera importante en su desempeño, lo que se puede observar en el componente de los **Resultados**.

Calidad Técnica y usuarios asistidos en los Centros de Salud

En este apartado se presentan los resultados de la Calidad Técnica a la luz de los datos brindados por la Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón (JSAO) en cuanto a número de pacientes diabéticos atendidos en los 7 CS TIII de la JSAO y desagregado por cada CS para el año 2012 (Tabla 15).

En primer lugar se debe remarcar que se calcula que entre 16,600 a 19,900 pacientes con diabetes deberían ser usuarios de los servicios de salud en toda la JSAO. Según los datos proporcionados por la JSAO, 2322 fueron asistidos por la Jurisdicción en 2012. De estos 2322, los 7 CS analizados

atendieron 1681 pacientes; mientras que el resto han sido atendidos asistidos por los CS de menor complejidad (TI y TII).

Este es un punto de suma importancia, ya que la Calidad Técnica debe estar de alguna manera vinculada a la capacidad de los CS de brindar atención a quienes lo necesitan.

Tabla 15. Pacientes asistidos por Centro de Salud, 2012.

Centro de salud	Pacientes atendidos 2012	
	N=1681	
	Promedio anual*	Porcentaje
Escontría	356	21.2%
Minas de Cristo	304	18.1%
La Era	281	16.8%
Presidentes	229	13.6%
Morones	204	12.1%
Márquez E.	204	12.1%
Jenner	103	6.1%

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad y de la de información brindada por la JSAO.

*Se informa un promedio anual de pacientes asistidos por CS, de acuerdo a datos recogidos mensualmente.

La Tabla 16 muestra las diferencias entre los 7 CS en cuanto a pacientes asistidos durante 2012. Se puede observar que las diferencias entre casi todos ellos, analizadas mediante prueba de diferencia de promedios, son estadísticamente significativas, donde prevalece el CS Escontría sobre el resto, seguido por los CS de Minas de Cristo y La Era, que se separan del resto. En un tercer escalón aparecen los centros de presidentes, Morones y Márquez Escobedo; y por último, muy por debajo del resto se encuentra el CS Jenner.

Tabla 16. Diferencias de promedios entre pacientes asistidos por Centro de Salud, 2012.

Centro de salud	Escontría	Minas de Cristo	La Era	Presidentes	Morones	Márquez	Jenner
Escontría	xxxx	0.03	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000
Minas de Cristo	0.03	xxxx	0.3	0.000	0.000	0.000	0.000
La Era	0.001	0.3	xxxx	0.01	0.000	0.000	0.000
Presidentes	0.000	0.000	0.01	xxxx	0.2	0.3	0.000
Morones	0.000	0.000	0.000	0.2	xxxx	0.9	0.000
Márquez E.	0.000	0.000	0.000	0.3	0.9	xxxx	0.000
Jenner	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	xxxx

Fuente: elaboración propia a partir de información brindada por la JSAO.

*Calculado mediante prueba de diferencias de promedios.

Este fenómeno brinda otra perspectiva al hecho de que el CS Morones se ubique en primer lugar en cuanto a Calidad Técnica, ya que el mismo centro se ubica en los últimos lugares en relación al número promedio de pacientes que asiste (Tabla 17), algo similar sucede con el CS Minas de Cristo, que se ubica en cuarto lugar en la evaluación de la Calidad Técnica, pero es el segundo en importancia en número promedio de pacientes asistidos.

Esta inconsistencia se puede observar también al cotejar los resultados de la calidad técnica desglosados por las dimensiones que propone la Norma Oficial Mexicana (NOM), como al descomponer la Calidad Técnica en los componentes de la Estructura, Procesos y Resultados (Tabla 18).

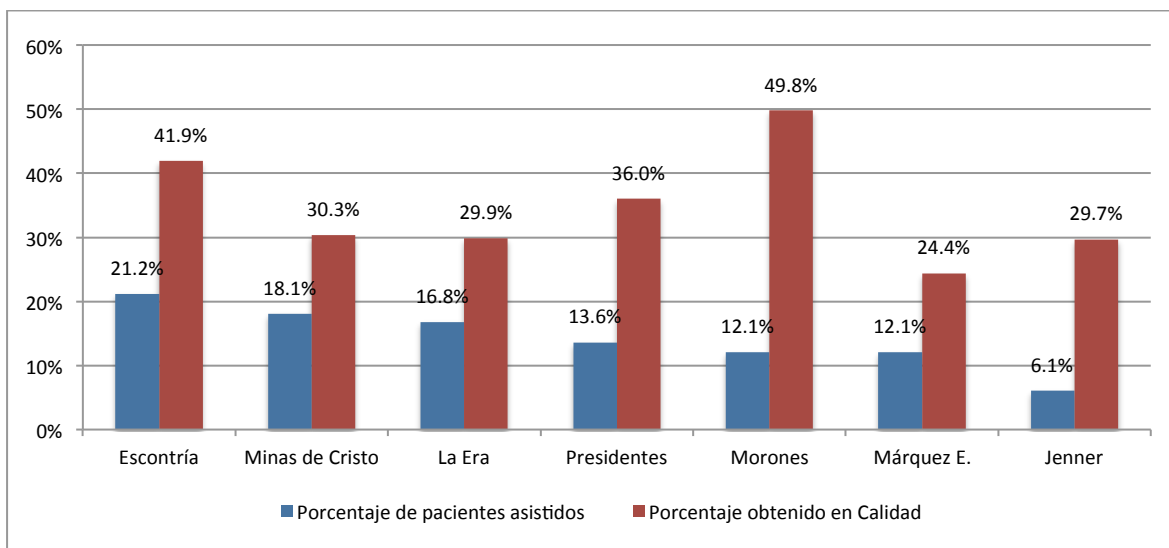
Tabla 17. Calidad Técnica por dimensiones de la NOM (2011) y pacientes asistidos por Centro de Salud, 2012.

Centro de Salud	Pacientes atendidos 2012 N=1681		Calidad	Orden	Promoción (Orden)	Prevención (Orden)	Atención (Orden)	Continuidad (Orden)
Escontría	356	21.2%	41.9%	2	66.1%(2)	35.9%(2)	41.4%(3)	5.2%(6)
Minas de Cristo	304	18.1%	30.3%	4	31.2%(6)	25.0%(5)	45.1%(2)	12.8%(2)
La Era	281	16.8%	29.9%	5	43.4%(4)	28.3%(4)	29.9%(7)	6.0%(5)
Presidentes	229	13.6%	36.0%	3	60.6%(3)	24.8%(6)	37.5%(4)	4.8%(7)
Morones	204	12.1%	49.8%	1	69.8% (1)	46.4%(1)	48.2%(1)	29.2%(1)
Márquez E.	204	12.1%	24.4%	7	17.3%(7)	29.8%(3)	35.2%(5)	7.2%(4)
Jenner	103	6.1%	29.7%	6	42.6%(5)	23.9%(7)	34.2%(6)	7.6%(3)
Total	1681	100%	34.6%	-	47.3%	30.6%	38.8%	10.4%

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad y de la de información brindada por la JSAO.

En la gráfica VIII y en la Tabla 18, se pueden observar las inconsistencias señaladas con anterioridad, como el CS Morones, Ampliación Presidentes y hasta el propio Jenner, que no ha sido el que menor resultado obtuvo en calidad pero se encuentra por mucho en el último escalón en cuanto a su capacidad de atención a pacientes, a pesar de contar todos los CS con las mismas capacidades de recursos.

Gráfica VIII. Resultados totales de calidad técnica y porcentaje de pacientes asistidos de los 7 CS.



Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad y de la de información brindada por la JSAO.

Tabla 18. Calidad Técnica por componentes (2011) y pacientes asistidos por Centro de Salud, 2012.

Centro de salud	Pacientes atendidos 2012		Orden	Calidad	Orden	Estructura (Orden)	Procesos (Orden)	Resultado (Orden)
		N=1680						
Escontría	356	21.2%	1	41.9%	2	60.7% (2)	72.4%(2)	12.6%(5)
Minas de Cristo	304	18.1%	2	30.3%	4	54.1%(3)	27.6%(7)	13.5%(3)
La Era	281	16.8%	3	29.9%	5	43.4%(5)	50.0%(5)	9.6%(7)
Presidentes	229	13.6%	4	36.0%	3	45.4%(4)	67.1%(3)	13.3%(4)
Morones	204	12.1%	5	49.8%	1	61.2% (1)	(80.3%(1)	26.0%(1)
Márquez E.	204	12.1%	5	24.4%	7	38.2%(6)	28.9%(6)	11.6%(6)
Jenner	103	6.1%	7	29.7%	6	29.7%(7)	59.2%(4)	15.2%(2)

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Calidad.

Resultados de la Evaluación de la Satisfacción (Experiencia)

I. Características de la población encuestada

Durante los meses de octubre de 2012 a abril de 2013 se aplicaron 381 cuestionarios a pacientes con diabetes tipo 2 asistentes a los 7 Centros de Salud (CS).

En la Tabla 19 se presentan las características por promedio de edad y desviación estándar (d.s.), sexo y escolaridad de las 381 personas que participaron en el estudio, de acuerdo al CS en que recibía la atención.

Tabla 19. Características de la población de usuarios encuestados por Centro de Salud, 2011.

Centro de salud	Edad*			Sexo %		Años escolares*	
	<i>N</i>	<i>Prom</i>	<i>d.s.</i>	<i>F</i>	<i>M</i>	<i>Prom</i>	<i>D/S</i>
Escontría	57	62.3	10.1	82.5	17.5	3.9	3.0
Jenner	54	65.2	10.7	87.0	13.0	4.3	3.1
La Era	53	65.8	10.6	86.8	13.2	3.4	2.6
Márquez	56	66.3	8.3	87.5	12.5	3.9	3.0
Minas	55	65.8	10.4	85.5	14.5	3.7	2.9
Morones	58	67.4	11.1	82.8	17.2	3.9	3.1
Presidentes	48	65.4	9.1	87.5	12.5	3.2	2.6
Totales	381	65.4	10.3	85.6	14.4	3.8	2.9

Fuente: elaboración propia

*las diferencias en cuanto a promedios de edad y años escolares fueron analizadas mediante prueba t para medias independientes, las que no arrojaron diferencias significativas en ningún caso.

Se puede apreciar que la media de edad de los pacientes participantes se ubicó en los 65.44 años (d.s. de 10.13), de los cuales la gran mayoría, 85.56% eran mujeres. A partir de estos datos no se pueden establecer diferencias en cuanto a la distribución de edad y sexo entre las personas de los diferentes CS. En cuanto a los años de estudio concluidos, el promedio de las 381 personas fue de 3.76 años \pm 2.91. La educación básica obligatoria en México es de 9 años, 6 de primaria y tres de secundaria (descontando los dos años obligatorios de preescolar); sólo el 41.8% de esta población alcanzó la escolaridad esperada (9 años). En este campo se pueden observar diferencias importantes entre los promedios de años escolares concluidos de la población de los diferentes CS, de 4.32 años promedio en el mejor de ellos (E. Jenner), a 3.17 en el de más bajo (Presidentes).

En la Tabla 20 se observa la distribución del nivel de escolaridad por CSy por sexo, para ello se organizaron los años escolares alcanzados en 4

niveles, “Sin escolaridad” los que manifestaron no haber asistido a clases, “de 1 a 3 primaria” los que asistieron a tres años o menos de primaria; “de 4 a 6 primaria”, los que cursaron de cuatro a seis de primaria y “Secundaria y superior” los que concluyeron la primaria y habían comenzado la secundaria, preparatoria o bien hubiesen concluido estudios de educación superior, es decir, los que llevaron 7 o más años de escolaridad.

Se observó que del total, 98 personas se encontraron en el grupo “Sin escolaridad” los cual representó el 25.7%; mientras que el grupo de escolaridad hasta de tres años de primaria se conformó por el 24.4%, es decir, 93 personas. Esto refleja el bajo nivel de escolaridad hallado en el grupo de pacientes usuarios de los centros de salud, ya que más del 50% tenían tres años o menos de escolaridad. Esta situación se completa con 121 personas que tenían entre cuatro y seis años de escolaridad (31.8%); sólo 69 de los 381 habían alcanzado el nivel de secundaria (18.1%), de ellos, solo una persona contaba con nivel de preparatoria y otra con nivel de educación superior.

Tabla 20. Distribución del grado de escolaridad de usuarios de Centros de salud, según sexo, 2011.

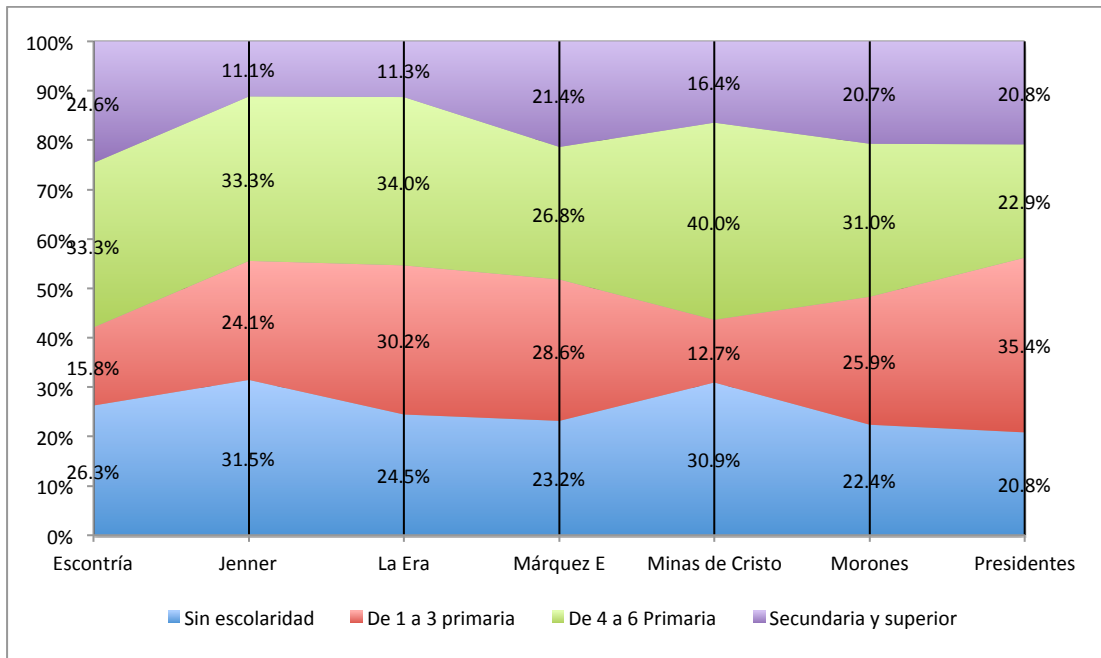
Centro de Salud	Sexo	Grado de escolaridad								Total
		Sin escolaridad		De 1 a 3 primaria		De 4 a 6 Primaria		Secundaria y superior		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Escontría	F	11	23.4	7	14.9	16	34.0	13	27.7	47
	M	4	40.0	2	20.0	3	30.0	1	10.0	10
	T	15	26.3	9	15.8	19	33.3	14	24.6	57
Jenner	F	15	31.9	10	21.3	18	38.3	4	8.5	47
	M	2	28.6	3	42.9	0	0.0	2	28.6	7
	T	17	31.5	13	24.1	18	33.3	6	11.1	54
La Era	F	13	28.3	13	28.3	16	34.8	4	8.7	46
	M	0	0.0	3	42.9	2	28.6	2	28.6	7

	T	13	24.5	16	30.2	18	34.0	6	11.3	53
Márquez E.	F	13	26.5	12	24.5	14	28.6	10	20.4	49
	M	0	0.0	4	57.1	1	14.3	2	28.6	7
	T	13	23.2	16	28.6	15	26.8	12	21.4	56
Minas de Cristo	F	16	34.0	4	8.5	18	38.3	9	19.1	47
	M	1	12.5	3	37.5	4	50.0	0	0.0	8
	T	17	30.9	7	12.7	22	40.0	9	16.4	55
Morones	F	13	27.1	12	25.0	13	27.1	10	20.8	48
	M	0	0.0	3	30.0	5	50.0	2	20.0	10
	T	13	22.4	15	25.9	18	31.0	12	20.7	58
Presidentes	F	10	23.8	14	33.3	10	23.8	8	19.0	42
	M	0	0.0	3	50.0	1	16.7	2	33.3	6
	T	10	20.8	17	35.4	11	22.9	10	20.8	48
Total	F	91	27.9	72	22.1	105	32.2	58	17.8	326
	M	7	12.7	21	38.2	16	29.1	11	20.0	55
	T	98	25.7	93	24.4	121	31.8	69	18.1	381

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Evaluación de la Satisfacción (experiencia).

En la Gráfica IX se puede observar más claramente el comportamiento de los pacientes entrevistados de cada CS de acuerdo al número de años de escolaridad.

Gráfica IX. Grado de escolaridad de la población de usuarios según CS.



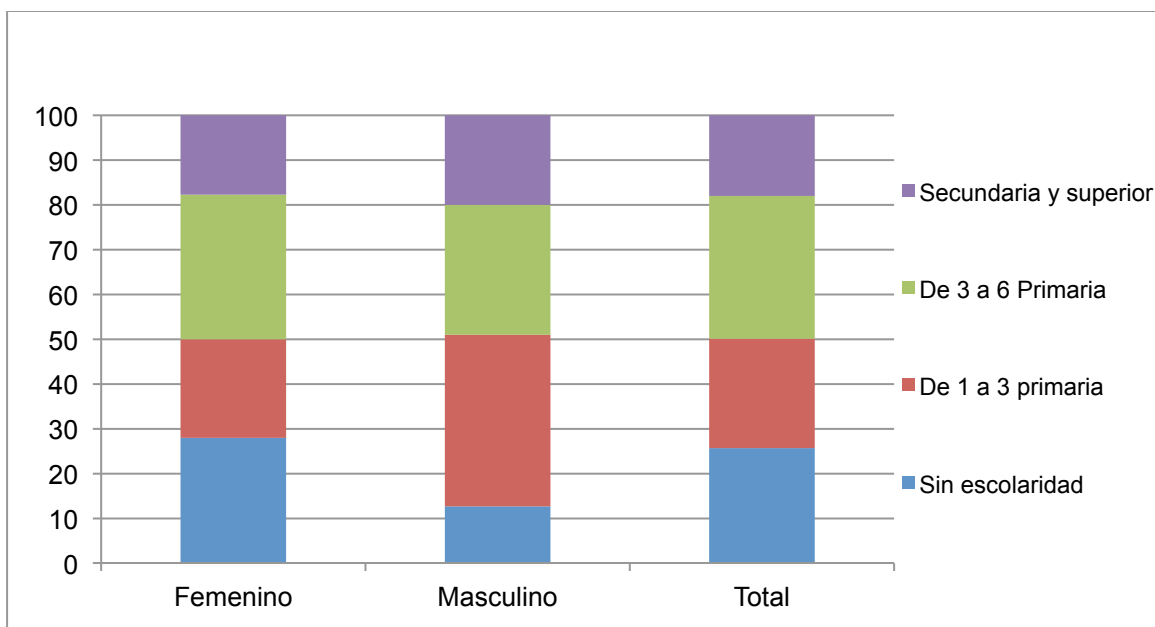
Fuente: elaboración propia a partir de encuestas Evaluación de la Satisfacción (experiencia).

Si se toma en cuenta el menor nivel de escolaridad alcanzado, es decir la proporción de personas sin escolaridad, se puede observar que el CS Presidentes fue el que mejor escolaridad presentó con sólo el 20.8% de las personas sin escolaridad. Sin embargo, el mismo CS fue en el que se encontró menor proporción de personas en las categorías mas altas de escolaridad. Si en cambio se toma el máximo nivel alcanzado; el CS Escontría estuvo en primer lugar, ya que el 24.6% de su población contaba con Secundaria y superior. Por ello y a pesar de la dificultad para ordenar a los CS de mayor a menor de acuerdo a la variable años de escolaridad, el CS “Escontría” fue el mejor posicionado. El mismo cuenta con la mayor proporción de personas con secundaria o más, además de la gran proporción de personas con “cuarto a sexto de primaria”. Lo sigue el CS “Minas de Cristo”, a pesar de que éste sea el que mayor porcentaje de población sin escolaridad (30.9%).

Cuando se observa el comportamiento de estos datos según sexo, lo que salta a la luz es la gran diferencia respecto al grupo “sin escolaridad”, ya que el 27.9% de las mujeres se encontraron sin escolaridad versus el 12.7 de los

hombres (Gráfica X). Esta diferencia se invierte en la segunda categoría “1 a 3 de primaria” donde se encontró el 38.2% de los hombres y el 22.1% de las mujeres. Las siguientes categorías niveles fueron muy similares entre hombres y mujeres. Esta diferencia hallada en la primera categoría permite inferir que casi el 28% de las mujeres no habían tenido contacto con el sistema educativo formal.

Gráfica X. Grado de escolaridad de la población de usuarios encuestados según Centro de Salud.



Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Evaluación de la Satisfacción (experiencia).

No fue posible realizar este análisis por sexo al interior de cada centro, dado la baja presencia masculina en alguno de ellos, por lo que los resultados son casi aplicables a la población femenina.

II. Satisfacción (Experiencia)

El cuestionario de evaluación de la Satisfacción (Experiencia), tal como se especificó en el apartado correspondiente consistió en un instrumento de 29 reactivos de opción múltiple en escala tipo Lickert. Donde el máximo de puntos posible en el mayor grado de evaluación de la experiencia fue 145 y el mínimo posible de 29 puntos. La Tabla 21 muestra los resultados obtenidos en cada uno de los CS, los mismos se presentan en términos absolutos y relativos.

Se observó un comportamiento bastante uniforme en los siete Centros de Salud. En total, el 71.8% de los pacientes señalaron sentirse satisfechos. El CS Márquez Escobedo fue el que mostró el mayor porcentaje de Satisfacción (Experiencia) por parte de sus pacientes, con casi 74%; no obstante, se ubicó a sólo cuatro puntos porcentuales del CS “Eduardo Jenner”, que fue el que menor porcentaje de Satisfacción (Experiencia) obtuvo (69.3%). A pesar de haber diferencias, estas no fueron significativas, calculadas mediante diferencia de proporciones.

Tabla 21. Resultados de la Satisfacción (experiencia), Delegación Álvaro Obregón, 2011.

Centro de salud	N	Evaluación de la Satisfacción (experiencia)		
		Puntaje promedio obtenido	d.s.	%
Márquez	56	106.8	16.8	73.7%
Escontría	57	106.8	16.8	73.6%
La Era	53	105.3	16.1	72.6%
Morones	58	104.6	14.6	72.2%
Minas	55	102.6	16.0	70.8%
Presidentes	48	101.1	14.6	69.8%
Jenner	54	100.4	17.0	69.3%
Totales	381	104.0	16.1	71.8%

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de evaluación de la Satisfacción (experiencia).

*Las diferencias entre los valores no son significativas en ninguno de los casos

En la tabla 22 se puede apreciar la distribución de la Satisfacción (Experiencia) de los pacientes, de acuerdo al porcentaje que le otorgaron a cada una de las dimensiones que la conforman. Es posible observar en estos datos, la valoración positiva que hicieron las personas acerca del trato recibido por los profesionales que los asistieron, los porcentajes más altos correspondieron a tratamiento médico, esto es, el grado de acuerdo que

manifestaron con la modalidad de tratamiento recibido, 77.6%; la actitud del médico, 77.4%; y las explicaciones recibidas por el profesional, 76.9%. Otro aspecto que mostró alta satisfacción (experiencia) fueron los elementos organizativos de los CS (71.5%). Por otro lado, el estado y disponibilidad de las instalaciones, como las cuestiones que favorecen el acceso, quedaron más relegadas en la cuanto a la Satisfacción (experiencia) de las personas con 55.7% y 59.0% respectivamente.

Comparando los CS y su comportamiento en cada una de las dimensiones, no se observaron diferencias significativas mediante la prueba de comparación de dos proporciones para muestras independientes, esto se aprecia en la Tabla 22.

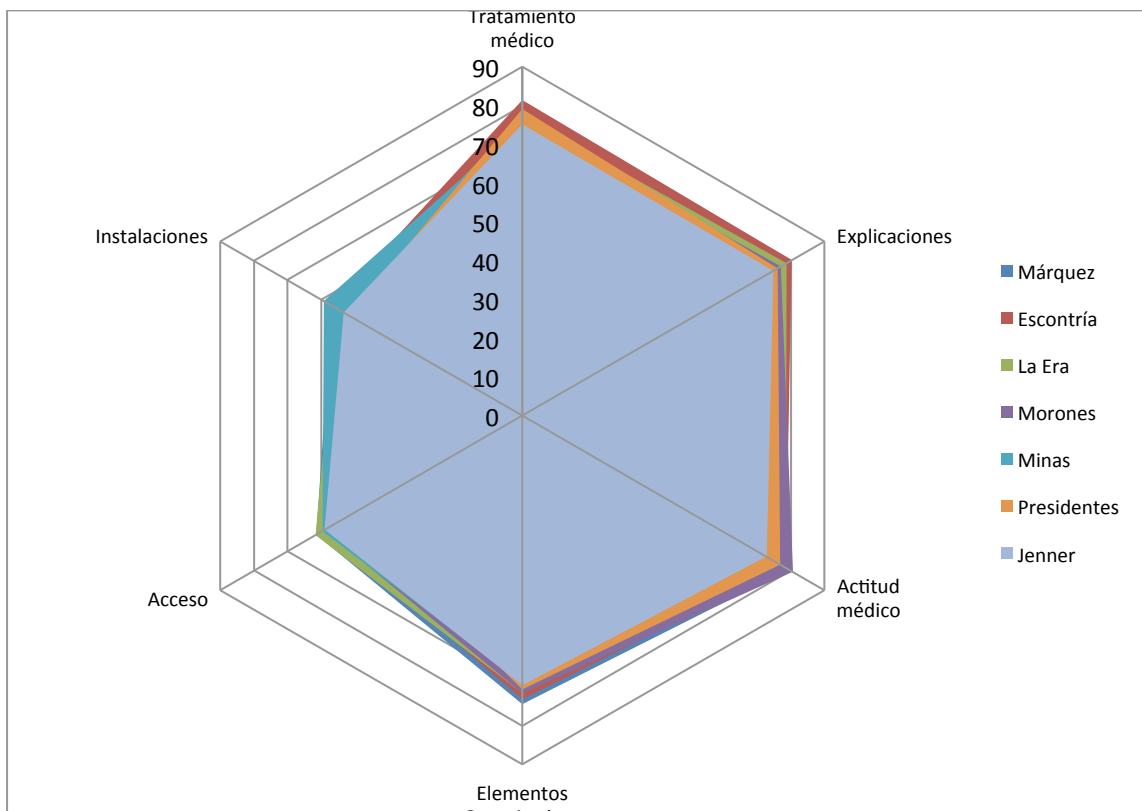
Tabla 22. Satisfacción (experiencia), dimensiones evaluadas, por CS 2011.

CS	Trat. Méd.		Instalac.	Actitud médico	Elem. Organiz.	Explicaciones	Acceso
	N	%	%	%	%	%	%
Márquez	56	79.4	56.7	79.4	74.5	78.1	61.5
Escontría	57	81.5	56.5	78.5	73.2	80.2	59.2
La Era	53	77.3	55.5	78.5	71.6	78.7	61.7
Morones	58	75.7	56.1	80.6	71.7	76.9	59.0
Minas	55	75.1	59.1	74.7	69.2	73.5	59.6
Presidentes	48	79.1	51.8	76.8	70.7	76.1	52.0
Jenner	54	75.1	53.2	72.7	69.6	74.8	58.9
Totales	381	77.6	55.7	77.4	71.5	76.9	59.0

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Evaluación de la Satisfacción (experiencia).

La Gráfica XI muestra la homogeneidad del comportamiento de los CS en cada una de las dimensiones, se puede notar la disminución uniforme y consistente en las dimensiones de las instalaciones, el acceso y lo elementos organizativos de cada uno de los CS.

Gráfica XI. Porcentaje de cumplimiento de dimensiones, de la Satisfacción (experiencia) según CS



Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Evaluación de la Satisfacción (Experiencia).

III. Relación entre la Evaluación de la Satisfacción (experiencia) y nivel de estudios de la población

En la tabla 23 se puede observar el comportamiento de la población de acuerdo a su nivel de estudios. Para ello se ordenaron los resultados de la encuesta de Satisfacción (experiencia) en quintiles, donde el 1º quintil representa los niveles más bajos de Satisfacción (experiencia), mientras que el 5º quintil agrupa los resultados más altos. Se puede ver que en el primer quintil de la Satisfacción (experiencia), el 69% de las personas pertenecían a los grupos de mayor grado de escolaridad, lo mismo sucedió con el segundo quintil, con 57.1% pertenecientes a los grupos de mayor nivel de estudios. Esta situación se revierte en los quintiles 4º y 5º, en los que el mayor porcentaje de personas se encontraron en los grupos de menor escolaridad. En el quintil 4º de Satisfacción (experiencia), el 66.2% correspondió a los

niveles de estudios más bajos, mientras que en el 5º, es decir el de mayor Satisfacción (experiencia), se encontró que casi el 66% de las personas pertenecieron a los niveles de escolaridad más bajos.

Tabla 23. Quintiles de Satisfacción (Experiencia) según grado de escolaridad, 2011.

Quintiles de evaluación de la Satisfacción (Experiencia)		Sin escolaridad	De 1 a 3 primaria	De 4 a 6 Primaria	Secundaria y superior	Total
1º (Menor evaluación de la Satisfacción (Experiencia))	Recuento	12	10	25	24	71
	% Quintil 1	16.9%	14.1%	35.2%	33.8%	100.0 %
2º	Recuento	8	16	34	20	78
	% Quintiles totales	10.3%	20.5%	43.6%	25.6%	100.0 %
3º	Recuento	19	23	20	14	76
	% Quintiles totales	25.0%	30.3%	26.3%	18.4%	100.0 %
4º	Recuento	24	25	19	6	74
	% Quintiles totales	32.4%	33.8%	25.7%	8.1%	100.0 %
5º (mayor evaluación de la Satisfacción (Experiencia))	Recuento	35	19	23	5	82
	% Quintiles totales	42.7%	23.2%	28.0%	6.1%	100.0 %
Total	Recuento	98	93	121	69	381
	% Quintiles totales	25.7%	24.4%	31.8%	18.1%	100.0 %

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Satisfacción (Experiencia).

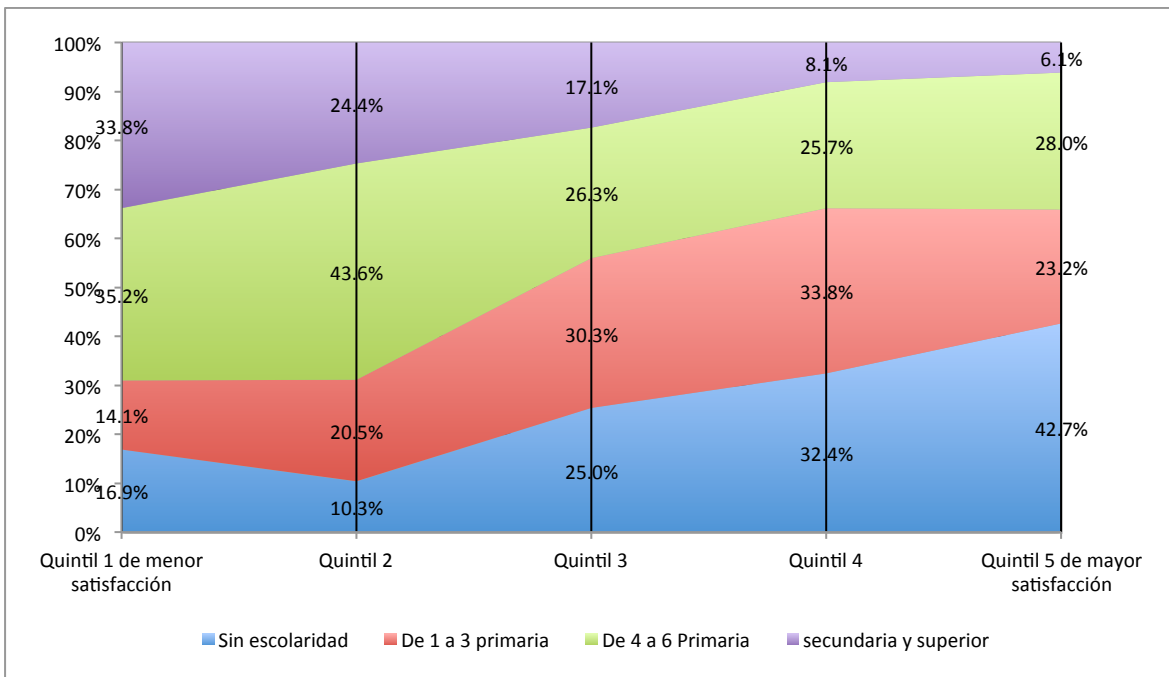
De igual manera se observó que el grupo de 3 a 6 años de primaria fue el más numeroso con un 31.8% del total de personas y fue el que se distribuyó de manera bastante homogénea entre los quintiles de la Satisfacción (Experiencia).

En los niveles de educación más altos se ubicó sólo el 18.1% del total de personas encuestadas, de éstas, menos del 15% reportaron niveles de Satisfacción (Experiencia) elevados (quintil 4º y 5º). En el otro extremo, el 70.2% de las personas sin escolaridad, expresaron alta satisfacción (Experiencia) ubicándose en los quintiles 4º y 5º.

Cuando se correlacionaron las dos variables: “Grado de escolaridad” y “Quintiles de Satisfacción (Experiencia)” mediante la Rho de Spearman, se obtuvo un resultado de -0.337 con un nivel de significación bilateral menor a 0.01; lo que permite afirmar que por cada aumento en una unidad de grado de escolaridad, disminuye en 33.7% el nivel de Satisfacción (experiencia).

Esta relación entre la Satisfacción (Experiencia) y el nivel educativo se puede ver claramente en la Gráfica XII.

Gráfica XII. Relación entre quintiles de satisfacción (experiencias) y grado de escolaridad



Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Satisfacción (Experiencia).

IV. Relación entre la Calidad Técnica y la Satisfacción (Experiencia) de los usuarios

En la tabla 24 se muestra el orden en el que se colocaron los centros de salud CS de acuerdo a la proporción de pacientes asistidos y a los resultados de los cuestionarios de calidad y de evaluación de la experiencia.

Tabla 24. Comparativo entre Calidad Técnica, Satisfacción (experiencia) y % de pacientes asistidos por CS.

Centro de Salud	Calidad	Orden	Eval. Satisf (experiencias)	Orden	Pacientes asistidos 2012	Orden
Morones	49.8%	1	72.2%	4	12.1%	5
Escontría	41.9%	2	73.6%	2	21.2%	1
Presidentes	36.0%	3	69.8%	6	13.6%	4
Minas	30.3%	4	70.8%	5	18.1%	2
La Era	29.9%	5	72.6%	3	16.8%	3
Jenner	29.7%	6	69.3%	7	6.1%	7
Márquez	24.4%	7	73.7%	1	12.1%	5

En esta tabla se puede observar que la relación entre la calidad de la atención, la satisfacción (experiencia reportada) por los usuarios de los CS y el porcentaje de pacientes asistidos es inconsistente entre los diferentes CS. Por ejemplo, el CS Morones quedó en primer lugar en la Calidad Técnica, cuarto en cuanto a la Satisfacción (Experiencia) y fue quinto en cuanto a número de pacientes asistidos, compartiendo ese lugar con el CS Márquez. Este último CS, (Márquez), fue el que mayor Satisfacción (Experiencia) reportó (1er lugar), mientras que fue el último en cuanto a la Calidad Técnica.

Para profundizar en esta relación, se analizaron las respuestas en cuanto a dos de los componentes de la Calidad Técnica (Estructura y Procesos), las que se compararon con las dimensiones correspondientes en la Satisfacción

(Experiencia) -Instalaciones y elementos organizativos para la Estructura; Tratamiento médico, Actitud del médico y explicaciones para los procesos-

Al relacionar las respuestas sobre la Estructura correspondiente al cuestionario de Calidad, con las dimensiones propias de la Estructura del cuestionario de evaluación de la satisfacción experiencia, se observó lo siguiente: (Tabla 25)

Tabla 25. Estructura de los CS, según Calidad Técnica y Satisfacción (experiencia)

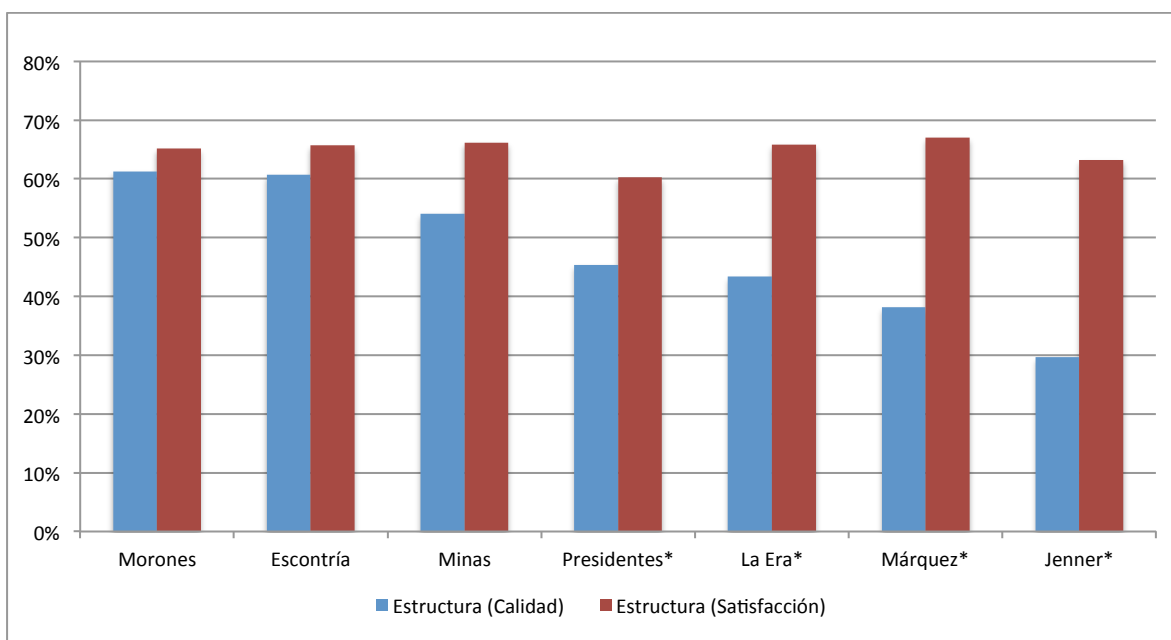
Estructura				
	<i>N</i>	Calidad	Satisfacción (Experiencia)	Signif.*
Morones	58	61.2%	65.14%	ns
Escontría	57	60.7%	65.69%	ns
Minas	55	54.1%	66.17%	ns
Presidentes	48	45.4%	60.22%	.05
La Era	53	43.4%	65.85%	.005
Márquez	56	38.2%	67.00%	.0005
Jenner	54	29.7%	63.23%	.0000

*Cálculo mediante diferencias de proporciones para muestras independientes

Como se puede observar, los porcentajes de Satisfacción (Experiencia) respecto a la estructura de los centros, fue mayor que los que se obtuvieron en los mismos centros mediante la evaluación de la estructura a través de la encuesta de Calidad Técnica.

La diferencia que se presentó en todos los centros, analizada mediante la medición de diferencias para proporciones, fue estadísticamente significativa en los 4 centros con menor puntuación en la Estructura en cuanto a Calidad Técnica (Presidentes, La Era, Márquez Escobedo y Jenner). Estas diferencias pueden verse con claridad en la Gráfica XIV.

Gráfica XIII. Comparación de la estructura entre Calidad Técnica y Satisfacción (experiencia).



Fuente: elaboración propia a partir de cuestionarios.*La diferencia entre ambas mediciones es significativa (p<.05)

A su vez, tal como ya se ha señalado, la Satisfacción (Experiencia) de los usuarios con la atención recibida se correlacionó de manera negativa con el nivel educativo de los mismos. Para analizar esta relación se dividió a la población en dos categorías (“Bajo” cuando alcanzan hasta tercero de primaria; “Alto” por encima de cuarto), se observó que los cuatro centros con menor calificación en cuanto a Estructura, fueron aquellos cuyos usuarios reportaron menor nivel educativo (Tabla 26).

Tabla 26. Ordenamiento de los CS de acuerdo a nivel educativo.

Centro de salud	Nivel educativo		Orden
	Bajo	Alto	
<i>Escontría</i>	42.1	57.9	1
<i>Minas</i>	43.6	52.4	2
<i>Morones</i>	48.3	51.7	3
Márquez	51.8	48.2	4
La Era	54.7	45.3	5
Jenner	55.6	44.4	6
Presidentes	56.2	43.8	7

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Evaluación de la experiencia.

Es decir, el nivel educativo puede estar relacionado con el nivel de Satisfacción (Experiencia) de la población cuando se evalúa la estructura del servicio, independientemente de la evaluación de la misma estructura, medida de acuerdo a la Calidad Técnica.

La Tabla 27 muestra la comparación de los resultados obtenidos en la dimensión de Procesos de Atención entre la evaluación de la Calidad, por un lado y la evaluación de la satisfacción experiencia por el otro. En ellos se observaron diferencias importantes en los resultados de los CS, aunque no tan amplias como en la Estructura.

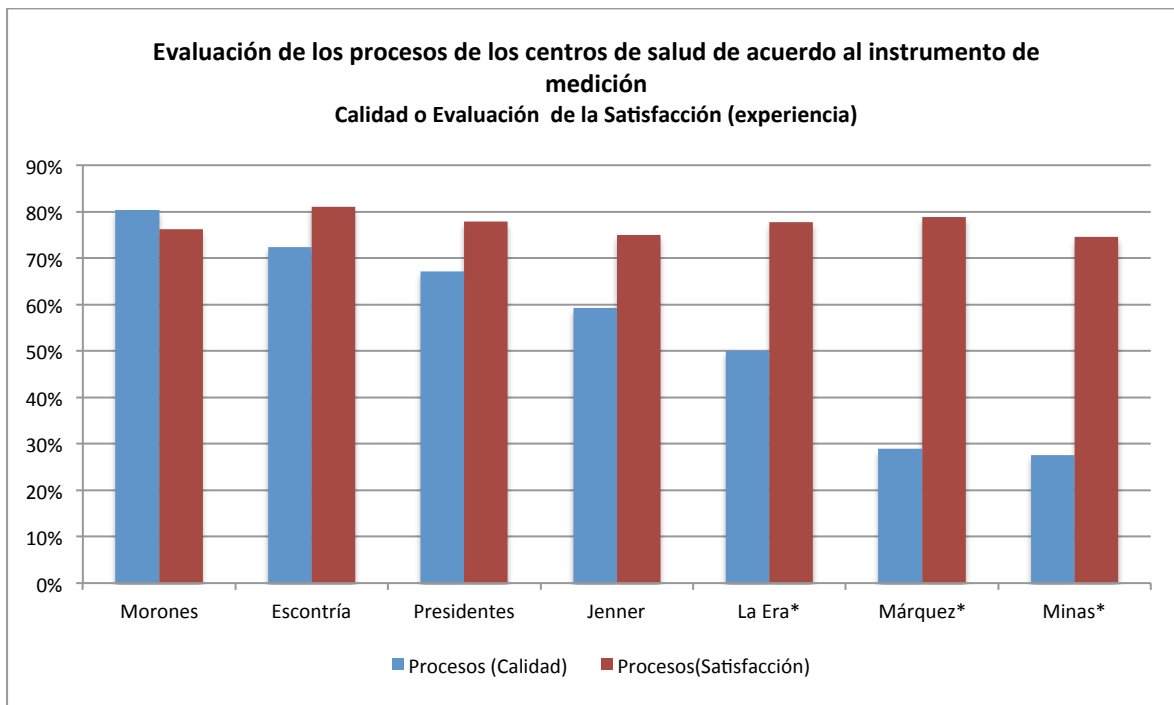
Tabla 27. Procesos de los CS, según Calidad Técnica y la satisfacción (experiencia)

Centro de Salud	Procesos			
	N	Calidad	Satisfacción (experiencia)	Diferencia
Morones	58	80.30%	76.2%	ns
Escontría	57	72.40%	81.0%	ns
Presidentes	48	67.10%	77.9%	ns
Jenner	54	59.20%	75.0%	.08
La Era	53	50.00%	77.8%	.003
Márquez	56	28.90%	78.9%	.0000
Minas	55	27.60%	74.5%	.0000

Fuente: elaboración propia a partir de encuestas de Evaluación de la experiencia.

En la tabla se observan las diferencias estadísticamente significativas entre la Calidad y Satisfacción (Experiencia), en tres en los CS (La Era, Márquez Escobedo y Minas de Cristo). Estas diferencias se hacen más claras en la gráfica XIV.

Gráfica XIV. Comparación de resultados en la estructura entre Calidad y Satisfacción (experiencia).



*La diferencia entre ambas mediciones es significativa ($p < .05$)

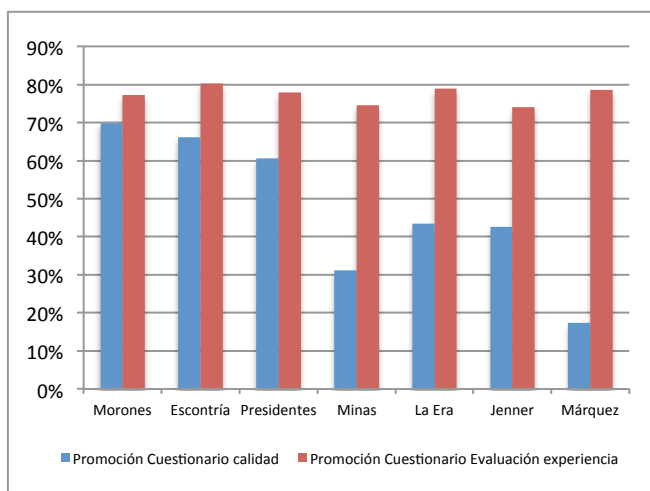
A continuación, se muestran los resultados al comparar Calidad con Satisfacción (Experiencia), de acuerdo a las dimensiones previstas por la Norma Oficial Mexicana (NOM), es decir; Promoción, Prevención, Atención y Continuidad de la Atención. Para ello se incluyeron aquellos reactivos del instrumento de evaluación de la Satisfacción (Experiencia) que se refieren a cada dimensión en particular y por CS.

Como se puede observar en estas gráficas, existen importantes diferencias entre las dimensiones de Promoción, Prevención, Atención y Continuidad en todos los CS, según se mida a través de la evaluación de la Calidad Técnica o mediante la Satisfacción (Experiencias).

Se presentarán las tablas correspondientes junto a las gráficas que ilustran las diferencias o semejanzas entre ambas mediciones.

Tabla 28. Gráfica XV. Comparación de la Promoción entre la Calidad Técnica y Satisfacción (experiencia)

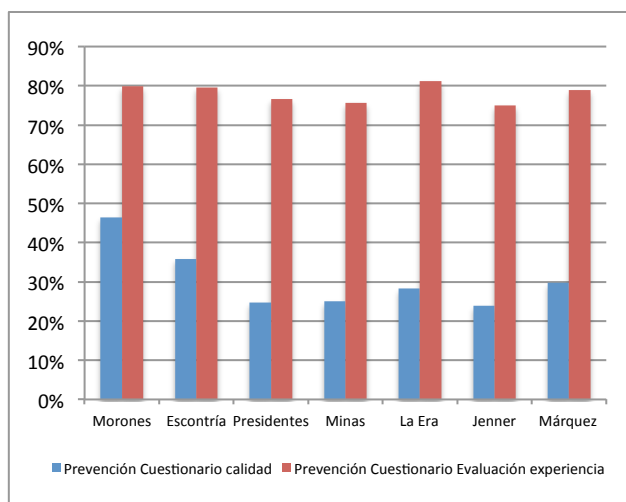
CS	N	Promoción		P
		Calidad	Sat (Exp.)	
Morones	58	69.8%	77.2%	NS
Escontría	57	66.1%	80.4%	.005
Presidentes	48	60.6%	77.9%	.002
Minas	55	31.2%	74.5%	.000
La Era	53	43.4%	78.9%	.000
Jenner	54	42.6%	74.1%	.000
Márquez	56	17.3%	78.6%	.000



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Calidad y satisfacción (experiencias)

Tabla 29. Gráfica XVI. Resultados de la Prevención entre la Calidad Técnica y Satisfacción (experiencia)

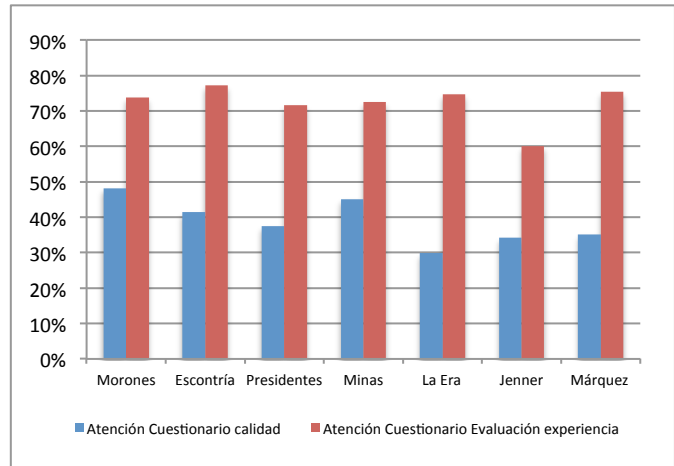
CS	N	Prevención		P
		Calidad	Sat (Exp.)	
Morones	58	46.4%	79.8%	.000
Escontría	57	35.9%	79.6%	.000
Presidentes	48	24.8%	76.7%	.000
Minas	55	25.0%	75.6%	.000
La Era	53	28.3%	81.1%	.000
Jenner	54	23.9%	75.0%	.000
Márquez	56	29.8%	78.9%	.000



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Calidad y satisfacción (experiencias)

Tabla 30. Gráfica XVII Resultados comparados de la Atención entre la Calidad Técnica y Satisfacción (experiencia)

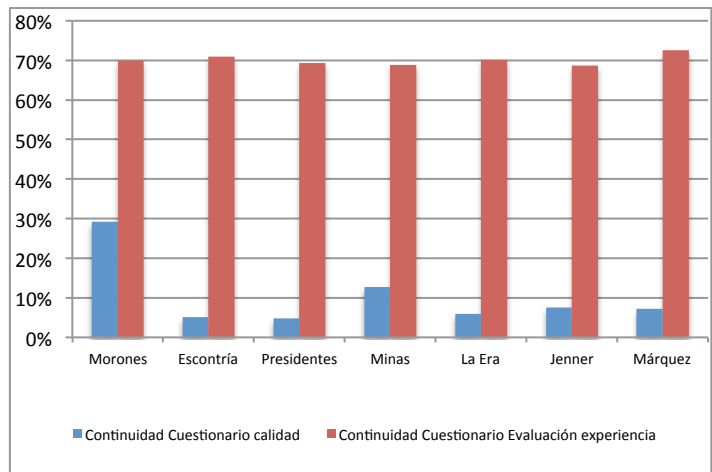
CS	N	Atención		P
		Calidad	Sat. (Exp.)	
Morones	58	48.2%	73.7%	.000
Escontría	57	41.4%	77.2%	.000
Presidentes	48	37.5%	71.6%	.000
Minas	55	45.1%	72.5%	.000
La Era	53	29.9%	74.7%	.000
Jenner	54	34.2%	60.1%	.000
Márquez	56	35.2%	75.4%	.000



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Calidad y satisfacción (experiencias)

Tabla 31. Gráfica XVIII. Comparación de la Continuidad entre Calidad y Satisfacción-experiencia

CS	N	Continuidad		P
		Calidad	Sat. (Exp.)	
Morones	58	29.2%	70.0%	.000
Escontría	57	5.2%	70.9%	.000
Presidentes	48	4.8%	69.4%	.000
Minas	55	12.8%	68.9%	.000
La Era	53	6.0%	70.2%	.000
Jenner	54	7.6%	68.7%	.000
Márquez	56	7.2%	72.5%	.000



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Calidad y satisfacción (experiencias)

La Tabla 32 presenta los resultados de la regresión lineal entre los resultados tanto globales como por cada una de las dimensiones que la conforman de la Satisfacción (Experiencias). De todas las variables introducidas se puede observar que la variable “Años escolares” es la única que explica con una β de -0.292 la variable Satisfacción (Experiencias) con una $p < 0.000$. Es decir que la educación correlaciona negativamente con los resultados de la Satisfacción (Experiencias). El resto de las β

estadísticamente significativas halladas presenta una correlación menor y que no brinda mayor información desde el punto de vista teórico.

Tabla 32. Regresión lineal entre Dimensiones de la Satisfacción (Experiencias) variables explicativas

	Satisfacción (experiencias)		Dimensiones de la Satisfacción (experiencias)											
	β	p	D1	p	D2	p	D3	p	D4	p	D5	p	D6	p
Edad	0.1	0.05	0.32	0.3	.11	.026	.122	.017	.08	.13	.03	.56	.021	.69
Años escolares	-.292	.00	-.223	.000	-.357	.000	-.186	.000	-.238	.000	-.126	.014	-.10	.051
Calidad Técnica	.017	.74	.008	.88	-.004	.939	.083	.105	.003	.951	.035	.498	-.063	.219
Estructura	.06	.239	.03	.538	.069	.18	.09	.063	.015	.768	.04	.439	-.013	.80
Procesos	-.01	.839	.023	.656	-.068	.182	.05	.384	.001	.979	.05	.3	-.094	.065
Resultados	-.019	.7	-.066	.71	.002	.971	.05	.313	-.016	.757	-.033	.523	-.031	.5
Promoción	-.008	.8	.024	.64	-.047	.363	.051	.317	-.01	.8	.04	.4	-.105	.04
Prevención	.078	.130	.05	.773	.035	.5	.139	.007	.05	.3	.067	.19	.036	.19
Atención	.04	.39	.007	.884	.07	.134	.088	.086	.011	.83	-.001	.9	-.027	.6
Continuidad	.003	.949	-.08	.121	.04	.426	.069	.18	-.14	.79	-.035	.49	.19	.7

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Calidad y satisfacción (experiencias)

Dimensiones de la satisfacción (experiencias)1: Tratamiento médico; 2: Instalaciones; 3: Trato del médico; 4: Elementos para la atención; 5: Explicaciones recibidas; 6: Obstáculos a la atención.

Resultados obtenidos a partir de los Grupos Focales

Ejes de análisis

El primer eje fue el de **desarrollo de la vida de las personas a partir de que se presentó la enfermedad**. Éste tuvo como objetivo que las personas reflexionaran acerca de cómo pensaron que sería su salud a partir de que se presentó la diabetes, es decir como creyeron que la enfermedad ha impactado en la percepción que tenía de su salud.

Es de esperar que las personas busquen ayuda y atención en los servicios de salud en tanto consideren la enfermedad como un evento que les modifica el curso normal y esperado de su salud. Si la enfermedad genera esa percepción, es posible que las personas al percibirla deseen demandar atención a los servicios, esperando que los mismos respondan a alguna de sus expectativas.

Al respecto se obtuvo información en cuanto a la percepción que tenían las personas “antes” de ser diagnosticados de diabetes y la percepción actual, después de padecerla durante varios años.

En ambos grupos, todas las personas señalaron que **la información que tenían previamente a padecer la enfermedad era muy atemorizante**, todos repitieron las nociones letales que tenían acerca de la enfermedad antes de ser diagnosticada:

Entrevista mujer, Escontría (EME): “..me decían que era una enfermedad muy mala que podía perder yo un brazo, la vista, una pierna y todo..”

(EME) “..se sabía que tener diabetes, era la muerte..”

Se observó que después de atravesar un período variable de miedo e incertidumbre por lo que temían que iba a sucederles, las personas que reciben atención y participan de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) fueron modificando esa percepción y **cambiaron su manera de ver la enfermedad, hacia formas no tan graves**. Los participantes describen en varios pasajes de las sesiones una mirada renovada acerca de su vida con la enfermedad, hablan de cambios en su alimentación, que perdieron peso, que se sienten bien y ya no comunican sentimientos negativos hacia lo que les espera con la enfermedad.

Entrevistada mujer, Lomas de la Era (EMLE) “...me dijeron. tienes diabetes, yo decía ya me voy a morir pero ya, dos, tres días ya, y ya tengo 20 años de ser diabética y ahora ya veo que cuidándose si dura uno.”

En ese sentido, vale la pena profundizar en el análisis de la información que recibe la población con respecto a la diabetes como enfermedad, a su control y prevención de complicaciones. Es decir, cuáles son las

representaciones sociales que se generan a partir de la información que se transmite desde diferentes fuentes y su efecto sobre el padecimiento y la detección temprana y tratamiento oportuno.

Algunas posibles consecuencias de esas representaciones que tienen las personas previamente de la enfermedad pueden ser, como lo expresaron estos pacientes, el retraso del diagnóstico, entre otras cosas, por **el miedo a que le confirmen su presunción de padecer diabetes.**

EHLE): "...yo anteriormente, ya sabía que era la diabetes. Y sí le tenía mucho miedo Es miedo a la realidad, que va uno a presentar..."

EME: "...no vas al doctor porque piensas que te van a decir que eres diabética, y el hecho de que te digan que eres diabética, piensas que... es que ya me voy a morir mañana o me queda una semana de vida."

EMLE "...cuando le dicen tiene diabetes, yo siento que yo soy una de las personas que soy muy cobarde...porque a mi me dicen una cosa y sí a mi no me mata la enfermedad, me mata la nostalgia y la tristeza de tenerlo..."

Sería muy oportuno poder profundizar más este hecho, incluyendo otra población, además de la que asiste a los GAM, para conocer el impacto real en población general de la información que tienen las personas acerca de la diabetes. Al respecto, es pertinente señalar que lo anterior también puede influir sobre otro fenómeno observado, que es el de la escasa concurrencia de personas con diabetes (y otras enfermedades crónicas) a los CS (para diabetes, asisten entre 11 a 16% de lo esperado). Bajo esta lógica, si lo que se sabe es que sobre los efectos de la enfermedad es que son muy graves, incluso letales, esto puede generar en las representaciones sociales de las personas que las posibilidades de modificar ese desarrollo por parte del CS sean muy escasas. En el marco de referencia se presenta este eje como las expectativas que puedan tener los pacientes en cuanto a lo que pueda hacer el CS para mejorar su calidad de vida con la enfermedad. Esta información atemorizante podría actuar disminuyendo esas expectativas, por ende, impacta en la medición de la satisfacción.

Impacto de los servicios de salud sobre el desarrollo de la diabetes

El propósito de este eje el fue conocer las expectativas que las personas con diabetes depositan en los CS. Es decir, indagar en qué medida las personas con diabetes creen que los servicios de salud pueden impactar sobre el desarrollo de la diabetes.

Como se mencionó con anterioridad, este grupo tiene características particulares ya que al pertenecer y participar en un GAM, son personas que llevan varios años recibiendo ayuda y contención y por ello depositan muchas esperanzas en lo que allí se ofrece. En los testimonios de las personas que se atienden en ambos CS, destacan la opinión altamente positiva acerca del desempeño de algunos profesionales del CS, lo cual podría corresponder a experiencias y expectativas de quienes asisten al GAM, y no de las personas con diabetes que, si bien asisten al CS, no participan de los GAM.

EHLE: "... mucha ayuda...bastantísimo....muchísimo... yo diría que si no hubiera venido a este centro de salud ya me hubiera, ya ido al cielo..."

EHLE: "...nos hacen sentir como que somos importantes, la doctora que una vez me dijo, ay ya tiene 70 de azúcar y llegó con 400...usted es mi paciente modelo...uy pues se siente uno a todo dar ese apoyo, te lo está dando una persona que al final ni de tu familia es..."

EME: "... pero me sentí apoyada de ella [la Doctora] y luego empecé a conocer mucha gente...y de ahí hasta ahorita, ay doctor, me siento tan feliz, encontré el amor aquí ..." [en referencia al GAM]

Estas expresiones fueron un común denominador de los GF, en donde quedaron de manifiesto el **reconocimiento y agradecimiento de los pacientes para con los profesionales involucrados directamente en los GAM**, y el gran **apoyo que reciben de sus compañeros de los grupos**. Este apoyo se hace efectivo en el cotidiano de compartir experiencias, recetas, sitios en los que se pueden comprar algunos medicamentos o condimentos que colaboren en la elaboración de alimentos. Incluso, algunas mujeres han manifestado que en los GAM han encontrado las primeras

amistades en su vida, lo que hizo mucho más llevadero el desarrollo de la enfermedad.

En cuanto al impacto de los GAM sobre las personas con diabetes, es curioso lo manifestado por algunos pacientes quienes refirieron que **la diabetes les permitió “estar mejor que antes”** de haberse diagnosticado la enfermedad. Antes llevaban una vida de descuido personal, de falta de autoestima y, en algunos casos, de mucha tristeza y soledad, lo que cambió a partir de haberse incorporado al GAM, a los cuidados y al tratamiento en el CS.

EMLE: “Sí me tengo que cuidar. Merezco esos cuidados, sí soy importante...y se da uno el tiempo para uno, porque tiene uno el tiempo para todo...menos para uno...”

EME: “... yo antes pensé unas dos o tres veces en suicidarme, era tanta mi desesperación, mi impotencia, que decía yo, ay no, yo ya mejor ya me quiero morir, total que ni me morí, me enfermé, y ya valoré...así que ya valoré la vida,

EME: ... “a mí me hizo bien la enfermedad...me sacó ahora sí del pozo...o sea, para mí fue como volver a nacer...”

Expectativas depositadas por los pacientes en los tratamientos prescritos

Los asistentes a los GAM valoraron de diferente manera los tres aspectos más importantes del tratamiento: la medicación y los cambios en la dieta y actividad física.

Las personas manifestaron una fuerte **adherencia** al tratamiento farmacológico, llegando a generar ansiedad en caso de no tener suficiente cantidad disponible. Otro aspecto importante fue que las personas aceptaban como algo normal tener que comprar los fármacos en farmacias particulares. Este hecho se ha naturalizado debido a la escasez de los medicamentos en los CS, pese a que éstos están obligados por la NOM a proveer el tratamiento. No obstante, los relatos de los pacientes **no denotaron reproches, ni quejas sobre la escasa o nula provisión de medicamentos por parte de los CS**, inclusive es importante subrayar que esto no afectó la evaluación que hacen de CS.

EME: "...yo en mi caso compro el Alapril (¿) y la Metformina...desde septiembre la he estado comprando... [Moderador:] ¿y qué pasa si no la tiene? ay no! Me muero! ..."

EMLE: "... sí, complejo B...que yo tomo la Metformina y tomo Aldopino...pero yo nunca me lo han dado aquí, porque no lo tienen...entonces me lo tengo que comprar... "

Incluso, se llegó a confundir el sentido de la siguiente pregunta:

"... [moderador: ¿los consigues aquí?]"...

EHLE: ¿los medicamentos? ah, si...se compra en la farmacia, en Similares, aquí... [moderador: ¿aquí dónde?] en Similares..."

Los pacientes consideraron como una ventaja el hecho que se puedan adquirir los medicamentos en una Farmacia "Similares" de la colonia y no ir a buscarlos a otros sitios alejados, cuando debieran recibirlos del CS.

En relación al **cambio en los hábitos de dieta y actividad física**, se remarcó el énfasis en la **responsabilidad individual en el éxito** del tratamiento. Al respecto se obtuvieron muchas declaraciones que hicieron referencia a la importancia de estos cambios.

EHLE: "... me he estado cuidando...la manera de comer, de cómo debo de comer, y creo que hasta ahorita voy bien... y siento que voy a llegar a alargarme otro tiempcito más..."

EME: "... somos responsables de nosotros mismos..."

EME: "... Lamentablemente cuando nosotros sabemos que es lo que no podemos comer es lo que más se nos antoja a veces...pero tenemos que si yo quiero vivir más pues...tengo que abstenerme de esto..."

Se observó en los pacientes que esta parte del tratamiento se plantea como un reto personal en términos de voluntad, de superación y deseo de lograr metas con el propósito de "no caer en la tentación" de volver a los hábitos insalubres, en algunos casos, provocada por la familia o el entorno.

EME: "Porque llega uno de a tiro mal...y con lo que nos dicen aquí, y con los tratamientos, y con las dietas y ejercicios, pues se siente uno mejor, es lo que da a uno ganas de seguir adelante, de cuidarse uno más..."

EMLE: "...pero los hijos dicen... ay mamá! verduras y verduras?, ya aunque sea un bistecito o algo. ...entonces como cuando hay que hacer de comer y algo que les guste a ellos, cuesta mucho trabajo..."

EME: "Porque pues si ...o sea que la casa que es la casa de todos, que somos como 7 entonces cuando el niño chiquito dice ay mamá unas papitas o un chocolatito ...allí es cuando cuesta más trabajo porque le dan a uno tentaciones..."

Aportes de los GF

La población que participó en los GF comparten características como el nivel educativo y distribución por edad y sexo de quienes respondieron al cuestionario de Satisfacción (experiencias). Ya se señaló oportunamente acerca de las limitaciones que presenta la elección de los pacientes provenientes de los GF, lo obtenido no se puede extrapolar a las experiencias de otros pacientes o a personas con diabetes que no asisten a los GAM, quienes son mayoría.

No obstante, los grupos focales permitieron la obtención de información relevante, adicional a la generada mediante las encuestas de Calidad técnica y Satisfacción (Experiencias). Se pudo constatar que las personas que participaron de los GF, antes de padecer la enfermedad **tenían bastante información** acerca de la misma, aunque esta información era variada y de fuentes muy heterogéneas (familiares, medios de comunicación, amigos, otros). La relevancia es que dicha información **tenía un efecto atemorizador** sobre las personas que, lejos de haber generado un acercamiento temprano a los servicios de salud, los retrasó. Esto ha sido evidente en la mayoría de los casos que han referido haber retrasado el momento del diagnóstico, e incluso a negar los síntomas. En cuanto a las expectativas, se puede inferir que si el temor a la enfermedad era tan grande, posiblemente eso generó que las personas **no creyeran que los servicios de salud podían ayudarlas en el control de la misma**, y eso también pudo haber colaborado en retrasar el diagnóstico. Por ello, sería necesario indagar en población no asistente al los GAM si esta información atemorizante impacta sobre las expectativas de las personas acerca de las posibilidades de los servicios de salud de mejorar el control de la diabetes.

Por otro lado, los pacientes manifestaron **adherencia** muy fuerte a los fármacos, tan fuerte y cotidiana que, de acuerdo a sus declaraciones, ya no se imaginan sin el medicamento. Incluso parece normal el hecho de que **habitualmente lo compran de su bolsillo**, tan natural, que ello no fue motivo de queja por parte de los pacientes, no surgió como una demanda a los servicios. Este fenómeno debería ser analizado con mayor profundidad, ya que el gasto privado representa más del 50% del gasto total en salud, del cual el gasto de bolsillo⁷ representa más del 90% del mismo, de este último, el gasto en medicamentos representa la principal fuente.⁶⁸⁾

Vale la pena resaltar también que el énfasis preponderante sobre el control de la enfermedad; modificar los hábitos de alimentación y de actividad física está puesto en los individuos y en sus familias. Este discurso situó en **el nivel individual la responsabilidad sobre los cuidados**, hubo que profundizar en el debate en los GF, para encontrar elementos propios de la estructura social y económica como fundamento a las prácticas no saludables de alimentación y actividad física de las personas.

Lo que se encontró como primer argumento fue la voluntad personal, el esfuerzo de las personas y la familia por no “caer” en tentaciones. En esta línea, el resto de los familiares o amigos o vecinos que no se cuidan, o que no cambian sus estilos, son vistos – en sus propias palabras - como más débiles, o “dejados”, “flojos”, algunos de los adjetivos más utilizados.

Si el logro del control de la diabetes se sitúa en el plano individual, tal como lo expresaron las personas, lo que se espera del CS aparece como más difuso. Este elemento y otros como la baja escolaridad, que ya han sido mencionados, pueden estar reduciendo las expectativas de las personas con diabetes respecto a los servicios de salud, y como ya se mencionó, esas bajas expectativas pueden generar alta satisfacción con lo poco que se reciba por parte de los CS.

⁷ El gasto de bolsillo se define como todo aquel gasto en salud realizado por las familias, con sus propios recursos, para resolver sus necesidades de salud al momento de solicitar la atención médica o los medicamentos.

Se deben realizar mas estudios para analizar estos fenómenos incluyendo a personas con diabetes que no participan de los GAM, y en personas con diabetes que no están bajo tratamiento.

Discusión

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio es pertinente señalar que el resultado de la Calidad Técnica observada en los 7 Centros de Salud (CS) analizados, (34.6% en relación al puntaje ideal), evidentemente resultó muy bajo. Se resalta este hecho, sobre todo porque se midió a partir de considerar a la Diabetes tipo 2 como enfermedad trazadora, y que es el padecimiento que se ubica en el primer lugar como causa de muerte en México.

Cuando se pretende comparar estos resultados con otros publicados ya sea por organismos gubernamentales de México, por investigaciones independientes del país o de otros países, se encuentran varios documentos que enriquecen el debate.

Por ejemplo los resultados provenientes del Programa Nacional de la Secretaría de Salud (SSA) destinado a impactar en la calidad de los servicios de salud, denominado Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS). Programa que se creó en el año 2002 en México el cual se enfocó a dos aspectos importantes: i) el trato digno, y ii) la atención médica efectiva, eficiente, ética y segura.⁶⁹⁾ Su objetivo general fue elevar la calidad de los servicios de salud en todo el país y mejorar la percepción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos. Después de cuatro años de actividad, y como parte de los cambios de gobierno, este primer programa fue sustituido por el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD); y en 2013 éste pasó a llamarse Programa de Calidad Efectiva de Servicios de salud, PROCESS. A lo largo del tiempo y a pesar de los cambios, la estructura del programa permite identificar tres componentes en su diseño original: 1. La calidad percibida por los usuarios; 2. La calidad

técnica y seguridad del paciente, y 3. La calidad en la gestión de los servicios de salud.

El programa, que ha sufrido los cambios de denominación, ha sido evaluado por organismos externos a la SSA en el año 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012; y a pesar de que el universo de estudio de estas evaluaciones han sido los hospitales de segundo y tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud, sirve a los efectos del debate con los resultados del presente estudio. Por ejemplo, de todas estas evaluaciones realizadas, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizó la evaluación del año 2010, que tuvo como objetivo medir los resultados del propio programa hasta ese año.⁶⁹⁾ Entre los principales resultados encontró, que *la capacidad instalada para la atención médica con calidad es muy deficiente a nivel nacional. La infraestructura general fue calificada como mala o regular por el 67.3% de los entrevistados, también ubicaron entre mala y regular a la infraestructura clínica (40 por ciento)*. Por ello, afirman que *en las unidades de atención existen severas limitaciones en la capacidad instalada para brindar atención con calidad*.

En cuanto a los *Componentes de la Calidad Técnica*, en el presente estudio se muestra que la Estructura (47.5%) y los Procesos (55.1%) se ubicaron muy por encima de los Resultados (14.5%) cuyo desempeño fue muy bajo. Lo señalado resulta preocupante, ya que a pesar de que los CS contaban con un nivel de Estructura muy bajo, los Resultados fueron muy inferiores a los que se esperaría con dicha Estructura.

Estos datos coinciden con los publicados por el Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010, desarrollado por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, en el que se muestran los resultados de la revisión de 5,754 expedientes de pacientes diabéticos para evaluar la calidad de la atención en las Unidades de Atención Ambulatoria (UAA). En estos expedientes se buscaron evidencias del cumplimiento con los aspectos normativos de la atención y datos del control de la enfermedad

o del desarrollo de complicaciones.⁷⁰⁾ El documento presenta como principales resultados que: *se observa un severo déficit en cuanto a estructura, ya que un porcentaje importante de los pacientes en este nivel de atención carece de estudios de laboratorio para la medición de glucosa sanguínea y otros marcadores biológicos; a la vez, en un tercio de los expedientes revisados no había registro de glucosa en sangre en la nota de la última consulta.*

En el presente trabajo, en cuanto a las dimensiones de la NOM, las acciones de Promoción de la Salud se cumplieron en el 47.3%; mientras que en materia de Prevención, el resultado fue muy bajo (30.6%), las actividades de Atención Médica se realizaron en el 38.8%; mientras que fue muy escaso el desempeño en cuanto a garantizar la Continuidad de la Atención (10.4%).

Al interior de cada CS, se observó que ninguno alcanzó al menos el 50% de lo esperado. Esto genera preocupación, ya que la diabetes es una enfermedad que se controla principalmente en el primer nivel de atención, y además puede ser altamente prevenible, evitando las complicaciones y discapacidades que genera en las personas.

En las cinco dimensiones evaluadas, se pudo distinguir el mejor resultado en las tareas de Promoción de la Salud, sobre todo en los tres centros con mejor funcionamiento con un rango comprendido entre el 60% al 70%. El desempeño decrece en las dimensiones de Prevención y Atención, donde las diferencias entre los CS fueron menos importantes; además mostraron mal funcionamiento en las tareas de asegurar la Continuidad de la Atención de los pacientes con diabetes.

El hecho que los CS hayan obtenido tan baja calificación en las tareas de Prevención y Atención revela un déficit muy importante en cuanto a sus posibilidades de brindar soluciones a diferentes problemas de salud crónicos de elevada prevalencia como la diabetes, pero, desde la perspectiva de enfermedad trazadora, se puede trasladar estos resultados a otros padecimientos que requieren similares condiciones como la hipertensión, las

enfermedades cardiovasculares y otras, ya que comparten muchas características y particularidades de atención, prevención y control.

A partir de los resultados hallados en cada una de las dimensiones evaluadas fue posible identificar los puntos críticos en el comportamiento de los indicadores que, de mejorar posibilitarían que los centros de salud evaluados con las más bajas puntuaciones mejoren su desempeño. En la Tabla 33, se detallan las falencias principales de los centros de más bajo desempeño, que los diferencian de los centros de mejor puntaje (A pesar de que estos últimos obtuvieron menos del 50% del puntaje ideal).

Tabla 33. Áreas e indicadores a mejorar por los Centros de Salud de más bajo desempeño

Dimensión	Área crítica	Indicador	Centro de salud
Promoción	<i>Comunicación social: la población general habrá de ser adecuada y oportunamente informada, mediante los medios de comunicación social, sobre los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la diabetes</i>	Existencia de contactos planificados con organismos e instituciones de la comunidad y existencia de programación de citas para difusión o de entrega de notas de difusión .	Minas La Era
		Visitas programadas a medios de comunicación locales publicación de notas en medios gráficos locales y mecanismo de entrega de material de difusión.	Jenner Márquez
		Existencia de información acerca de los actores e instituciones de la comunidad	Minas La Era Jenner Márquez
	<i>Participación social : se debe estimular la participación comunitaria, así como la colaboración de los grupos y organizaciones sociales, para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de mayor riesgo</i>		
	<i>Educación para la salud: La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Enseñanza en Salud debe establecer, en coordinación con las instituciones educativas, programas de información a la población estudiantil sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles</i>	Existencia de información acerca de los programas educativos	Minas Márquez

<i>frecuentes</i>			
Prevención	Promoción de la actividad física: <i>capacidad en términos de estructura de recursos, cumplimiento de procesos para el logro de los objetivos y obtención de resultados evidenciables.</i>	Existencia de un trabajador con formación acreditada en promoción de actividad física. Material disponible actualizado sobre actividad física (Flyers, carteles).	Minas Márquez
	Promoción para la realización de Control de salud periódico:	Haber realizado al menos 1 actividad Comunitaria, en familias, y en el centro de salud en el último año. Con registro de asistentes	La Era
Atención	Grupos de Ayuda mutua	Realización de reuniones periódicas con un coordinador capacitado en DBT	

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta de Calidad.

En la tabla se pueden observar que los cuatro CS peor posicionados tienen falencias importantes en cuanto a las tareas de Promoción, tanto en relación a la Comunicación Social como a nivel de las tareas de Educación para la Salud, esta última ofrece el más bajo desempeño, mientras que la dimensión de la Participación Social se ubica en un desempeño considerablemente bueno, llegando al 71.4%.

Cuando se midió la dimensión de Prevención de la diabetes, los resultados fueron menos alentadores, las actividades relativas a la realización de “Dieta” y “Ejercicio”, fueron dos indicadores del mal funcionamiento de los centros, los que obtuvieron 36.4% y 25.9% respectivamente. Volviendo a remarcar que la diabetes se incorpora en términos de enfermedad trazadora, resulta de gran preocupación, ya que estos resultados se deben estar presentando de igual manera en el resto de los problemas de salud que requieren estas acciones de prevención.

Cuando se agruparon los resultados en torno a las acciones de la Atención, se observaron diferencias notorias entre cada uno de los indicadores que la conforman. Algunos CS resultaron muy mal evaluados ya que no superaron el 22% (Automonitoreo, Exámenes de laboratorio, Tratamiento farmacológico y el Examen de la vista), mientras que la conformación de los Grupos de

Ayuda Mutua (GAM) mostraron el mejor comportamiento con 66% de cumplimiento.

Cuando se analizaron estos resultados por componentes, se observó que el mayor déficit se encontró a nivel de los Resultados, donde se totalizaron apenas 14.5%, seguido por los componentes de Estructura que alcanzaron el 47.5% y en mejor situación quedaron los Procesos con 55.1%.

En principio se puede concluir que los CS presentan numerosos y variados déficits, pero a pesar de ellos, debieran alcanzar mejores Resultados. Si bien se objetivaron fallas en la Estructura (47.5%) y en los Procesos (55.1%); los resultados están muy por debajo de ambos componentes (14.5%). Es decir, con lo que cuentan ya tienen los CS debieran obtener mejores resultados, y esto es aplicable a los 7 CS.

Estos resultados difieren con los buenos desempeños hallados y publicados por el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), que pertenece a una de las líneas de acción específicas del anterior programa SiCalidad, -ahora denominado Programa de Calidad Efectiva de Servicios de Salud (PROCESS)- que evalúa una serie de elementos relacionados a la calidad de atención. Esta evaluación contiene indicadores pertenecientes al primer nivel, divididos según se ubiquen en localidades urbanas o rurales; y otros medidos sobre unidades de segundo nivel hospitalario. A su vez fueron medidos en diferentes niveles de agregación – Nacional, estatal, municipal o delegacional y por unidades de atención-. La información a partir de la que se obtienen los datos es proporcionada por los propios Centros de Salud, mediante una clave que poseen y a través de una pantalla de captura vía Web, lo que no permite evaluar la validez de la información brindada.

En cuanto a los índices medidos por el programa, se tomarán en cuenta para la discusión los siguientes que pertenecen al primer nivel de atención:

- a. Índice de Trato Digno, que para el primer nivel tiene cuatro indicadores:
 - a. Satisfacción por la oportunidad en la atención,
 - b. Satisfacción por la atención brindada por el médico,
 - c. Satisfacción por el surtimiento de medicamentos y

- d. Satisfacción por el trato recibido.
- b. Índice de organización de los servicios (Urbano) con 3 indicadores:
 - a. Tiempo de espera en consulta externa.
 - b. Porcentaje de usuarios que esperan tiempo estándar para recibir consulta (30 minutos)
 - c. Surtimiento completo de medicamentos.
- c. Índice de Atención médica Efectiva con 5 indicadores:
 - a. Atención prenatal
 - b. Atención del menor de 5 años con Enfermedad diarreica aguda.
 - c. Atención del menor de 5 años con Infección respiratoria aguda.
 - d. Atención del paciente con Hipertensión.
 - e. Atención del paciente con Diabetes.

En cuanto a los resultados reportados, en el año 2012 el Índice de Trato Digno a nivel nacional resultó de 95.5%, mientras que el Índice de organización de los servicios (Urbano) obtuvo 86.2% del total posible; por último el Índice de Atención médica Efectiva, obtuvo 91.3% del total.⁷¹⁾

En cuanto a los resultados reportados a nivel de la Ciudad de México/Jurisdicción sanitaria Álvaro Obregón (JSAO): el Índice de Trato Digno resultó ser de 90.9%/89.4%, el Índice de organización de los servicios (Urbano) fue de 70.3%/59.5 y el Índice de Atención médica Efectiva fue de 89.0%/87.9%.

En cuanto a los resultados obtenidos al interior de los CS de la JSAO, se puede observar en la Tabla 34 que hay una gran heterogeneidad en los resultados, producto quizá de la falta de representatividad de los pacientes seleccionados y de la falta de uniformidad de los mecanismos de obtención de la información. También se puede observar una gran diferencia con los resultados obtenidos mediante la aplicación de los cuestionarios diseñados para el presente trabajo.

Tabla 34. Comparación entre los resultados obtenidos y los publicados por INDICAS

	Trato Digno*	Satisfacción (Experiencia)**	Organización de los servicios*	Atención Médica*	Calidad Técnica**
Jenner	98.3%	69.3	90.2	96.8	29.7
Ignacio Morones	90.2	72.2	75.9	89.9	49.8
Minas de Cristo	77.6	70.8	36.0	87.3	30.3
Escontría	90.1	73.6	30.3	75.1	41.9
Presidentes	95.0	69.8	67.6	89.2	36.0
Márquez Escobedo	82.6	73.7	98.5	85.5	24.4
Lomas de La Era	82.7	72.6	58.1	82.6	29.9

Fuente: * INDICAS II; **Resultados obtenidos en el presente trabajo

Esto puede deberse a la diferente población seleccionada o a la técnica de selección utilizada por el INDICAS II, que no prevé aleatorización.

Sin embargo el trabajo publicado por Durán-Arenas⁷²⁾ no coincide con el INDICAS y sí con el presente trabajo. En el mismo, en 2009, se evaluó la Calidad Técnica de atención en 82 unidades médicas de los tres niveles de atención que proveen servicios de salud a los afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) en 15 Estados de México. Los resultados sugieren que el primer nivel de atención tiene deficiencias en la estructura general y la estructura clínica y gran heterogeneidad entre los CS que impiden poder garantizar el acceso al servicio.

Los resultados presentados y los publicados por Durán Arenas también son similares a los reportado por la Evaluación 2008 de Unidades de primer nivel de atención⁷³⁾ que, en lo que respecta a Diabetes, informó bajo desempeño en lo relativo a la Estructura de atención ya que no alcanzaron a complementar el número necesario de consultas anuales en pacientes con diagnóstico reciente (4.3 consultas anuales promedio, de 12 deseables).

También informó gran falta de control de los niveles de glucosa en sangre, lo que se evidenció en que un porcentaje importante de los pacientes en este nivel de atención carecen de estudios de laboratorio, lo que derivó en un número importante de complicaciones ocasionadas por déficit de los Procesos en la atención de la diabetes.⁷³⁾

En línea con este último documento publicado y con los resultados presentados en el presente trabajo se encuentra un estudio publicado en México por Ortiz-Domínguez y Col., - realizado mediante el análisis de material recolectado del historial de atención de 5,444 expedientes de pacientes con DM de los CS de los Servicios Estatales de Salud de México- presenta como principales resultados baja calidad de atención en diabetes en México. El trabajo reporta que menos de la mitad de los expedientes pertenecientes a pacientes diabéticos tenían registro de glucemia o glucemia en ayuno en la consulta más reciente, y de ellos, en el 50% se observó mal control metabólico.⁷⁴⁾

Un estudio realizado en 12 países europeos que se comparó la calidad de la atención en servicios de atención primaria entre ellos, utilizando las medidas de desempeño de los sistemas de salud de la OMS. El desempeño reportado mostró gran heterogeneidad entre los países, con algunos muy buenos y otros no tanto. La relación médico paciente en estos servicios fue evaluada muy positivamente en la mayoría de los países, mientras que la continuidad de la atención resultó muy heterogénea y reportaron desempeños muy bajos en muchos de ellos.⁷⁵⁾ Se observaron similitudes con lo hallado en el presente trabajo, en relación sobre todo a la dificultad para garantizar la continuidad de la atención de pacientes con enfermedades crónicas a servicios especializados

En cuanto a publicaciones regionales, en Colombia, Machado-Alba et al., en un estudio sobre 19,704 personas mayores de 30 años beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, hallaron baja calidad en cuanto al control de la diabetes, a la vez que encontraron buen desempeño

en las tareas de detección.⁷⁶⁾ También se recuperó un trabajo de revisión sistemática de 62 trabajos publicados en Brasil entre 1991 y 2011, que evaluó procesos de atención materno infantil. El mismo reportó muchas dificultades para alcanzar los objetivos en cuanto a la Calidad Técnica en los procesos, tal como fuera señalado en el presente estudio.⁷⁷⁾

En 2003, la OMS publicó en su boletín oficial un trabajo realizado en Tanzania donde se midieron los componente de la estructura y los procesos técnicos de la calidad de atención prenatal en servicios públicos y privados de Dar es Salaam. Se observó buen desempeño en cuanto a la estructura de servicio, sin embargo, los procesos presentaron resultados muy pobres en relación a esa misma estructura, estos resultados coinciden con los hallazgos del presente trabajo.⁷⁸⁾

Un punto a resaltar, de acuerdo a los resultados obtenidos y a la información brindada por la propia Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón (JSAO), es la divergencia entre los resultados de la Calidad Técnica obtenidos y la proporción de personas con diabetes asistidos. Se esperaría que aquellos CS mejor evaluados mediante la Calidad Técnica, fueran los que reciben mayor número de pacientes, ya que la capacidad de atención de unos y otros son las mismas, pero esto no fue así. Se calcula, de acuerdo a la prevalencia esperada de diabetes que entre 16,600 y 19,900 pacientes con la enfermedad sin seguridad social de ningún tipo se deban atender en los CS de la JSAO. De acuerdo a los datos de la propia JSAO, en 2012 se atendieron 2322 pacientes, es decir entre 14% y 12% de lo esperado. Este pobre alcance de los CS debe ser un punto a considerar cuando se dispone a evaluar su desempeño en términos de Calidad de Atención. Cuando se analizó esta situación al interior de cada uno de los CS, se observó que algunos CS que fueron evaluados con la mayor puntuación en cuanto a la Calidad Técnica, resultaron con la más baja en proporción de pacientes atendidos. El ejemplo mas evidente es el CS Ignacio Morones, que fue el que ocupó el primer lugar en cuanto a Calidad Técnica y el quinto en cuanto a pacientes con diabetes asistidos. Se requiere incorporar esta dimensión

importante a la hora de calificar el desempeño de un CS, ya que los mismos tienen responsabilidad sobre un área de influencia y una población geográficamente determinada.

En relación a los resultados de la Evaluación de la Satisfacción (Experiencia) se pudo observar que la población encuestada tenía características particulares que representan a los pacientes con diabetes habituales de los CS de la JSAO como la baja escolaridad (3.8 años de escolaridad promedio), la predominancia femenina (85.6%) y 65.4 años de edad en promedio. El sexo femenino representó un porcentaje mucho más alto de personas sin ningún año de escolaridad 27.9% vs. 12.7%.

El puntaje total de *Satisfacción (Experiencia)* de los 7 CS resultó de 104 ±16.1 puntos (de 145 posibles), lo que representó el 71.8% del total posible.

Este resultado fue más del doble del obtenido en la Evaluación de la Calidad Técnica (34.6%); además, a diferencia de la evaluación de la Calidad Técnica, los 7 CS evaluados en cuanto a la Satisfacción (Experiencia) obtuvieron resultados muy homogéneos (69.3% Jenner, el más bajo y con 73.7% , el CS Márquez resultó el más alto) cuyas diferencias resultaron no significativas desde el punto de vista estadístico.

De acuerdo a las dimensiones de la Evaluación de la Satisfacción (Experiencia), se observó que aquellas relacionadas directamente con la atención brindada por el profesional médico fueron las mejor evaluadas (por encima del 70%), mientras que aquellas que midieron los elementos estructurales de los CS resultaron con menor grado de satisfacción en los pacientes (entre 59 y 69%). Es para resaltar que la homogeneidad en los 7 CS en cuanto a los resultados en cada una de las dimensiones evaluadas de la satisfacción, impide ver las diferencias entre CS que se observan cuando se miden resultados de Calidad Técnica.

Estos resultados del presente trabajo son similares a los que presenta Ramírez-Sánchez en 1998²⁴⁾, quienes evaluaron la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud

en México mediante el análisis de información proveniente de la Encuesta Nacional de Salud de 1994. Esta encuesta levantó información de 3,324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta. En los resultados reportan 81.8% de satisfacción y coinciden con este trabajo en cuanto a que la calidad está representada fundamentalmente por las características del proceso de atención en (relación interpersonal, contenido de la consulta, duración, acciones clínicas de revisión y diagnóstico).

En línea con estos resultados Doubova⁷⁹⁾ realizó un trabajo a partir del análisis de información secundaria proveniente de un trabajo realizado en 2005-2006 donde se entrevistó a pacientes de 8 clínicas de atención ambulatoria (cinco del IMSS y tres del ISSSTE) seleccionadas por conveniencia en diferentes Estados de la república. En el mismo reportaron resultados similares al presente trabajo, 3.84 puntos de satisfacción promedio sobre 5, lo que la ubica en 76.8%. Estos resultados también son coincidentes con los publicados por Aguirre-Gas en 1990 a partir de información proveniente de 33 hospitales de segundo y tercer nivel tanto del Distrito Federal como del resto de los Estados, en el que se aplicaron 735 encuestas a derechohabientes del IMSS, en el que se informa que 80% de los usuarios estuvo satisfecho con la relación médico- paciente, y 81% refirió que la orientación en la consulta fue suficiente y satisfactoria.³⁶⁾

Muy por encima de la satisfacción reportada en el presente estudio y en los trabajos publicados es la que hallaron Bronfman-Pertzovsky en el nivel de satisfacción alcanzado por las usuarias de los servicios de atención prenatal en el primer nivel de atención en México en 2003. En el mismo estudio realizaron 217 entrevistas a usuarias pertenecientes a 95 unidades de atención de primer nivel de ocho entidades federativas de la República Mexicana.⁴⁵⁾ En dicho trabajo se observó 92.1% de pacientes satisfechos. Resultados similares a estos reportaron Hamui-Sutton y cols. en un trabajo realizado por la UNAM en 2012 en el que se aplicaron encuesta a una muestra de 2176 pacientes de unidades médicas pertenecientes a Institutos

Nacionales, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad⁴⁸⁾, en él presentaron que 91.6% de los pacientes se encuentran entre “Muy Satisfechos” y “Satisfechos” con la atención recibida. Otro estudio, realizado sobre usuarios de servicios de medicina familiar del ISSSTE de la ciudad de México, en consonancia con el anterior reportó que el 93% de los usuarios percibió como buena la atención médica.⁸⁰⁾

Por debajo de estos valores, se encuentra un estudio publicado por Rodríguez, CC y cols., quienes hallaron una satisfacción de 60% en Unidades de medicina familiar del IMSS de Guadalajara.⁸¹⁾

En línea con estos últimos resultados, más bajos que los hallados en el presente trabajo, se encuentra un estudio del 2001 realizado en Estados Unidos de América, cuyo objetivo fue encontrar fenómenos predictores de la satisfacción de los pacientes, se entrevistó a 500 usuarios de clínicas de medicina familiar y se reportó que el 63% de los pacientes se mostraron completamente satisfechos, y 18% reportaron poco satisfechos.⁸²⁾

En cuanto a publicaciones regionales, un estudio sobre la satisfacción con un programa de Salud familiar de primer nivel en Brasil reportó satisfacción global del 62%, si bien se encuentra por debajo a lo reportado por el presente estudio, coincide en que la satisfacción se focaliza en los aspectos relacionados con el trato del profesional médico.⁸³⁾ En Paraguay, en un estudio realizado sobre calidad de la atención en los consultorios pediátricos públicos desde la percepción de los padres de los niños asistidos en hospitales públicos de la ciudad de Asunción, se han reportado niveles de satisfacción superiores al 90%, por encima a los reportados en el presente trabajo, y también más relacionados al trato del médico que con la estructura de los servicios.⁸⁴⁾

Cuando se relacionaron los componentes de la Calidad Técnica y su contraparte de la Evaluación de la Satisfacción (Experiencia), no se hallaron resultados consistentes. Ya sea en cuanto a los componentes (Estructura, los Procesos o los Resultados); o mediante las dimensiones (Promoción,

Prevención, Atención, Continuidad o Equidad) los resultados de una y otra forma de medir desempeño resultaron diferentes y sin una lógica aparente que las pudiera vincular.

Cuando se relacionó la Satisfacción (experiencia), con el máximo nivel de estudios obtenido por los pacientes encuestados se encontró que existe una relación inversa entre ambos con una Rho de Spearman de -0.337 estadísticamente significativa ($p < 0.01$).

En relación a tomar posibles variables de la población como predictoras de la Satisfacción, un trabajo publicado por la Universidad de Washington en el año 2005 en el que se incluyó una amplia muestra de más de 21,000 pacientes con múltiples enfermedades crónicas⁸⁵⁾, concluyó a partir de sus resultados que la gravedad de la enfermedad se encuentra débilmente asociada con la satisfacción general, lo que entra en contradicción con el artículo presentado sobre las clínicas de medicina familiar de Estados Unidos de América.⁸²⁾ En cambio, las medidas como la educación, habilidades de afrontamiento, o la percepción de la enfermedad fueron consistentemente asociados con una mayor satisfacción general con la atención, tal como se presenta en este trabajo.

En un estudio realizado en Estado Unidos que evaluó en qué medida se garantiza la continuidad de la atención a más de 21 mil pacientes que participaron en un proyecto de mejora de la calidad de cuidados ambulatorios y cómo esta continuidad puede ser predictora de la Satisfacción (Experiencia).⁸⁶⁾ En el mismo se informó satisfacción mayor al 80%, la cual fue más alta en aquellos pacientes que tenían más garantizada la continuidad en la atención y en aquellos que eran vistos por el mismo profesional. El estudio concluye que la continuidad de la atención es un factor independiente asociado a mayor satisfacción de los pacientes.

A diferencia de lo presentado en este trabajo respecto al nivel educativo como posible predictor de la Satisfacción (Experiencia), en Estados Unidos de América, en el estudio del 2001 ya mencionado cuyo objetivo fue

encontrar variables predictoras de la satisfacción de los pacientes, hallaron que el hecho de ser mayor de 65 años se asociaba con mayor satisfacción, independientemente de otras variables.⁸²⁾ Otra variable que se encontró asociada independientemente con la satisfacción de los pacientes fue la del resultado posterior a la visita, si no disminuyeron los síntomas la satisfacción se reportó más baja y viceversa⁸²⁾ este punto es de mucha importancia, ya que el resultado de los síntomas percibidos por el paciente no se relacionan con aspectos de la calidad técnica, sino que pueden estar influyendo otros fenómenos fuera del alcance de los aspectos técnicos.

En países de ingresos bajos y medios, se han encontrado numerosos trabajos recientes que muestran una realidad similar en cuanto a los resultados obtenidos en el presente trabajo

Una evaluación realizada en Libia en 2010,⁸⁷⁾ evaluó la satisfacción de una muestra de 310 pacientes de 9 Centros de Atención Primaria de la Salud y 7 policlínicas de la capital del país a través de un instrumento validado (Charleston Psychiatric Outpatient Satisfaction Scale). En el mismo se reportó satisfacción cercana al 78%, a diferencia del trabajo presentado, éste no encontró relación entre la satisfacción y el nivel educativo de los pacientes encuestados.

Ante la evidencia mostrada se puede decir que no hay una relación clara entre la Calidad Técnica y la Satisfacción (Experiencia), los resultados son diferentes y su comportamiento al interior de los CS también. La satisfacción se halla relacionada con el nivel educativo de los pacientes y no con la Calidad Técnica brindada por el CS.

En este sentido los resultados son coincidentes con la evaluación del programa SiCalidad (ahora PROCESS) del 2010 que concluyen en que: *..”en las unidades de atención existen severas limitaciones en la capacidad instalada para brindar atención con calidad; sin embargo, la gran mayoría de las personas expresó alto nivel de satisfacción, ya que más del 80 por ciento otorgaron respuestas de buena o muy buena la satisfacción con la*

atención".⁸⁸⁾ Estos resultados, a pesar de evaluar unidades diferentes a las que se estudiaron en el trabajo actual (solo hospitales de segundo y tercer nivel), permiten reforzar que, al igual que en este estudio, no se identificó relación entre la estructura para la atención y las opiniones sobre satisfacción de las personas usuarias de los servicios.

De la misma manera, los resultados del Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010 ⁷⁰⁾ en cuanto a la satisfacción del paciente fueron muy positivos, *94.8% de los entrevistados calificó la atención recibida como buena o muy buena*, a pesar de haber encontrado severos déficits en la Estructura y los Procesos. Por ello, entre otras cosas, plantean en sus conclusiones que las Unidades de Atención Ambulatoria de la Secretaría de Salud deben fortalecerse y reorganizarse para atender la demanda asociada al creciente predominio de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión y el cáncer.⁷⁰⁾ Lo anterior refuerza la observación de la escasa relación existente entre la Calidad Técnica y la satisfacción de los usuarios.

En un trabajo publicado en China en 2012⁸⁹⁾ cuyo objetivo fue medir la satisfacción de los pacientes en relación a su experiencia durante su estancia en servicios de internación hospitalaria, se reportó la valoración de la experiencia de 5,030 pacientes usuarios de hospitales públicos de Hong Kong, el 80% de los pacientes evaluaron como buena o muy buena la atención recibida, a pesar de que algunas áreas de los hospitales tuvieron desempeños bajos. Estos resultados son similares a los que se presentan en el trabajo.

Cuando se analizó la información cualitativa acerca de los pacientes con diabetes, se encontró que éstos presentan bajas expectativas en cuanto a lo que los servicios de salud, en este caso los CS, puedan colaborar en el desarrollo de la enfermedad. Si bien ya se han expuesto las limitaciones que se tuvieron en la selección de los participantes de los grupos focales (GF), la información obtenida permite aclarar algunos aspectos de los resultados

obtenidos en la Calidad Técnica y en la Evaluación de la Satisfacción (experiencias).

En principio, se resalta el hecho de que antes de padecer la enfermedad, las personas refieren haber recibido información muy atemorizante acerca de la diabetes, lo que creó en el imaginario social la certeza de que la diabetes es una enfermedad letal a corto plazo. Esta situación muchas veces generó temor y podría explicar en parte el retraso en el diagnóstico y las bajas expectativas que mostraron los pacientes con respecto a los servicios de salud. Esta situación se complejiza más si se tiene en cuenta el bajo nivel educativo observado en los pacientes que asisten a los CS, lo que se revela como una señal de alarma en relación a la calidad de información que se brinda acerca de la enfermedad.

Este grupo de pacientes pertenecientes a los grupos de ayuda mutua (GAM) señalaron una alta consideración del trato que reciben en el CS, sobre todo en relación al grupo humano que se formó y del que tienen la suerte de formar parte (GAM). Este punto es importante ya que en los relatos obtenidos de los Grupos Focales, se documentó que las personas confunden el trato recibido como pacientes al trato recibido como pertenecientes a los GAM.

En cuanto a las expectativas de los pacientes sobre los tratamientos, se desprende de los GF que las personas que participan de los GAM tienen gran adherencia al tratamiento farmacológico, pero su gran expectativa está puesta en los cambios relacionados con la dieta y la actividad física. En este punto, es importante señalar que los cambios en la dieta y el ejercicio están posicionados en la esfera individual; se hace énfasis en la voluntad personal y los individuos no relacionan los fenómenos de modos de vida con su determinación social. Este aspecto puede quitarle protagonismo al CS en relación a poder modificar el desarrollo negativo de la enfermedad, elevando el valor de las capacidades individuales (carácter, fortaleza, voluntad, etc.). Otro elemento que arrojó el análisis de los GF, es la escasa importancia que

le dan los pacientes al hecho de que los CS no les otorguen los medicamentos necesarios del cuadro básico, ello no resultó ni un reclamo ni se presentó como una falla de los CS.

En resumidas cuentas, si el logro del control de la diabetes se sitúa principalmente en el plano individual, se hace más difícil trabajar el concepto de determinantes sociales de la salud, o el de la salud desde una perspectiva de derecho de las personas, pareciera que la resolución del problema debe estar en la voluntad de las personas. Se vuelve tan difuso el papel y las obligaciones de los servicios de salud que ni siquiera la falta de surtimiento de los medicamentos aparece como un reclamo explícito de los pacientes.

Estos elementos y otros que han sido relatados pueden bajar considerablemente las expectativas de las personas con diabetes respecto a los servicios de salud, y como ya se mencionó, esas bajas expectativas pueden generar por un lado alta satisfacción de las personas que asisten al CS con lo poco que se reciba por parte de los CS, pero por otro lado puede estar relacionado con la baja concurrencia observada de pacientes con diabetes. Con estos argumentos resulta importante considerar la realización de técnicas combinadas de investigación de la Calidad Técnica y la Satisfacción (Experiencias) de los pacientes.

Otros trabajos que desarrollan los aspectos cualitativos de la satisfacción como el publicado por Lavielle-Sotomayor y cols. en 2008 describe los aspectos que integran la satisfacción con la atención recibida desde la perspectiva del paciente mediante una aproximación cualitativa. Allí reportan, en la misma dirección que el presente trabajo, que la satisfacción con la atención desde la perspectiva del paciente está basada en la actitud humana, el compromiso y el desarrollo de las potencialidades del médico en beneficio del paciente, y no tan relacionada con los aspectos técnicos de la atención.⁴⁷⁾

Se pudo recuperar un estudio cualitativo publicado en Gran Bretaña en 1998 en el que se realizaron entrevistas no estructuradas a pacientes de servicios de salud mental para comprender la diferencia entre las altas satisfacciones reportadas en estudios versus la Evaluación de la calidad de un servicio.⁹⁰⁾ El estudio concluyó que los pacientes en general evalúan las experiencias vividas y que de allí se pretenda evaluar la calidad técnica resulta de un salto cualitativo muy grande, ya que esa valoración de las experiencias no toman en cuenta lo que el autor denomina responsabilidad de los servicios y culpa por los eventos negativos. En este punto el autor explicó estos conceptos y los relaciona con el concepto de Expectativas utilizado en el presente trabajo. Refiere también que los estudios cuantitativos generalmente reportan mayores niveles de satisfacción a diferencia de los estudios cualitativos que toman en cuenta aspectos relacionados con las expectativas de las personas. El autor pretendió limitar el rol de los cuestionarios de satisfacción, sobre todo en grandes estudios cuantitativos, ya que concluye que estos resultados no se relacionan con la calidad del servicio sino con otros aspectos periféricos que deben ser analizados con mayor detenimiento.⁹⁰⁾ Una conclusión similar se presentó un estudio realizado también en Gran Bretaña por Rao y Sanderson, en 2006, que incluyó 3487 pacientes mayores de 65 años que buscaba analizar la relación entre la calidad percibida y la calidad técnica. El estudio arribó a conclusiones similares de los reportado por el presente trabajo, en cuanto refiere que no encuentran correlación entre lo que los pacientes opinan sobre su atención y lo registrado en su historia clínica⁹¹⁾, por lo que concluyen que para evaluar la calidad de atención deben triangularse diferentes métodos y mediciones, ninguna por sí sola alcanza para dar cuenta de todo el fenómeno.

Reflexiones finales

En primer lugar se destaca la gran necesidad de desarrollar investigación en el primer nivel de atención, se ha observado que existe muy escasa

producción, siendo que es un área en la que están depositadas grandes responsabilidades de los sistemas de salud.

Este trabajo intenta aportar una visión crítica de los mecanismos de evaluación del desempeño de los servicios de salud, en este caso Centros de Salud (CS) de primer nivel, se refuerza en la necesidad de generar métodos complementarios de medición e incorporar la voz de los pacientes usuarios a esta evaluación. Esta voz debe ser debidamente recogida, de manera que aporte nuevas dimensiones y nuevas visiones acerca de los problemas de salud- enfermedad-atención.

Se ha encontrado en el presente trabajo que los CS analizados no están desarrollando debidamente su papel fundamental en cuanto a brindar respuestas adecuadas a uno de los principales problemas de salud de México de los últimos años como lo es la diabetes tipo 2. Se deberá trabajar mucho en pos de revertir esta situación ya que los hallazgos muestran severos déficits en la Estructura, en los Procesos y fundamentalmente en los Resultados.

Otro punto a destacar es la baja concurrencia de pacientes diabéticos a los CS, esto debe también ser un factor de reflexión y un elemento a incorporar a la hora de evaluar desempeños de los servicios, sobre todo teniendo en cuenta la responsabilidad de los CS en el primer nivel en relación a una población definida geográficamente.

Otro hallazgo para mencionar es el buen funcionamiento de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), los que debieran hacerse mas accesibles para mayor número de pacientes dado el gran impacto que tienen sobre varias dimensiones de las personas que participan de ellos.

Se destaca el hecho de la utilización de metodologías cuantitativas y cualitativas de manera combinadas, lo que colabora en la comprensión de los resultados y permite conocer aspectos de los fenómenos aportados por los propios pacientes en su contexto particular.

Se vislumbra que estos resultados debieran ser utilizados para tener una aproximación al problema que afrontan las políticas que buscan impactar sobre el problema de la diabetes y el resto de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Todos los esfuerzos en ese sentido chocarán con una realidad muy adversa en la que los CS no pueden hacer frente a desafíos tan importantes como plantea el crecimiento de estas ECNT y su impacto en la población.

Anexos

I. Cuestionario de Calidad Técnica de atención

Dimensión de Promoción de salud en Diabetes			
1. Comunicación Social:			
<i>Est</i>	Existencia de contactos planificados con organismos e instituciones de la comunidad para entrega de material o difusión conjunta	Indicadores Existencia y número de Reuniones o trabajos conjunto realizados y documentados con instituciones de la comunidad (minutas, actas, etc.).	Fuente: Registros
	Visitas programadas a medios de comunicación (radios, televisoras locales) publicación de notas en medios gráficos locales por parte del centro de salud	Indicadores : Existencia y número de publicaciones, entrevistas, notas u otro material de difusión en medios locales por parte del Centro de salud en diabetes	Fuente: Registros
<i>Proc</i>	Planificación de difusión de información	Indicador: existencia de programación de citas para difusión o de entrega de notas de difusión de información sobre diabetes a instituciones (lugares o instituciones, fechas y otros comprobantes)	Fuente: Registros
	Entrega de material mediante consejería	Indicador: si existe mecanismo de entrega de material con explicación o si queda a disposición de los pacientes	Fuente: Observación
<i>Res</i>	Personas adultas del área que hayan recibido información por difusión desde el centro de salud	Indicador: Porcentaje de personas entrevistadas que recibieron información sobre diabetes desde el centro de salud	Fuente: ENC evaluación de la experiencia
	Personas adultas del área que hayan recibido material con explicación por	Indicador: Porcentaje de personas entrevistadas que recibieron material de	Fuente: Observación

	el centro de salud		difusión sobre diabetes por parte del CS con explicación	
2. Participación Social				
<i>Est</i>	Existencia de Red de actores de la comunidad o interinstitucionales	Indicadores	Existencia de directorio de actores e instituciones y sus responsables (actualizada)	Fuente: Registros
<i>Proc</i>	Realización de Juntas periódicas con la comunidad	Indicador:	existencia de documentación de realización de juntas para discusión de temas de interés para la comunidad (lugares o instituciones, fechas y otros comprobantes)	Fuente: Registros
3. Educación para la salud				
<i>Est</i>	Programas de información a estudiantes	Indicadores	Existencia de documentos acerca de programas educativos realizados en el último año.	Fuente: Registros
<i>Proc</i>	Realización de Actividades con escuelas de la zona	Indicador:	existencia de registro actividades realizadas en inst. educativas (lugares o instituciones, fechas y otros comprobantes).	Fuente: Registros

Dimensión de Prevención y control en Diabetes			
1. Dieta, Promoción de hábitos dietéticos saludables			
	Dimensión y definición conceptual	Definición operativa/Indicador	Fuente
<i>Est</i>	Existencia de Personal Capacitado Responsable de Promoción de hábitos dietéticos saludables	Existencia de trabajador/es con responsabilidad en planificar y llevar a cabo las activ de promoción con formación acreditada en dietoterapia	Observación
	Material de difusión	Material disponible actualizado sobre dieta para diabetes (folletos afiches).	Observación
<i>Proc</i>	Realización de actividades comunitarias	Realización de actividades comunitarias y en el centro de salud para difusión de dietoterapia (lugares o instituciones, fechas y concurrentes)	Registros
	Entrega de material mediante consejería	si existe mecanismo de entrega de material con explicación o si queda a	Observación

disposición de los pacientes			
<i>Res</i>	Personas adultas diabéticas y no diabéticas que hayan recibido información de dieta para diabetes por parte del CS	Porcentaje de personas entrevistadas que recibieron información sobre dieta desde el centro de salud.	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
	Personas adultas del área que hayan recibido material con explicación por el centro de salud	Porcentaje de personas entrevistadas que recibieron material de difusión sobre dieta por parte del CS con explicación.	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
	Personas del área que hayan modificado los hábitos por haber recibido información por el centro de salud	Porcentaje de personas entrevistadas que digan haber modificado su alimentación por haber recibido información desde el centro de salud.	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
2. Promoción de actividad física			
<i>Est</i>	Existencia de Personal Capacitado Responsable de Promoción activ. Física	Existencia de un trabajador con responsabilidad en planificar y llevar a cabo las activ de promoción con formación acreditada en promoción de act. Física	Observación
	Material de difusión	Material disponible actualizado sobre act. física para diabetes (folletos afiches).	Observación
<i>Proc</i>	Realización de actividades comunitarias	Realización de actividades comunitarias y/o en el centro de salud para difusión o realización de activ física (lugares o instituciones, fechas y concurrentes)	Registros
	Entrega de material mediante consejería	Mecanismo de entrega de material de difusión, si están disponibles en consultorios o mecanismos de entrega preestablecidos	Observación
<i>Res</i>	Personas adultas diabéticas y no diabéticas que hayan recibido información de dieta para diabetes por parte del CS	Porcentaje de personas entrevistadas que recibieron información sobre Act. Física desde el centro de salud.	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
	Personas adultas del área que hayan recibido material con explicación por el centro de salud	Porcentaje de personas entrevistadas que recibieron material de difusión por parte del CS con explicación.	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
	Personas del área que hayan modificado su nivel de actividad física por haber recibido información por el	Porcentaje de personas entrevistadas que digan haber modificado su nivel de actividad física por haber recibido	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)

	centro de salud	información desde el centro de salud.	
3. Promoción para la realización de Control de salud periódico			
<i>Est</i>	Existencia de Personal Capacitado Responsable de Promoción	Existencia de un trabajador con responsabilidad en planificar y llevar a cabo las activ de promoción de controles de salud	Observación
	Material de difusión	Material disponible actualizado tipo, frecuencia para cada edad de controles aconsejados	Observación
<i>Proc</i>	Realización de actividades comunitarias en pobl. General	Realización y planificación de actividades comunitarias y en el centro de salud para promoción de controles periódicos de salud (lugares o instituciones, fechas y concurrentes)	Registros
	Entrega de material mediante consejería	Mecanismo de entrega de material de difusión, si están disponibles o mecanismos de entrega preestablecidos	Observación
<i>Res</i>	Personas adultas diabéticas y no diabéticas que hayan recibido información sobre controles por parte del CS	Porcentaje de personas entrevistadas que recibieron información sobre controles de salud desde el centro de salud.	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
	Personas adultas del área que hayan recibido material con explicación sobre controles de salud por el centro de salud	Porcentaje de personas entrevistadas que recibieron material de difusión obre controles de salud por parte del CS con explicación.	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
	Personas del área que hayan comenzado a realizarse controles de salud por haber recibido información por el centro de salud	: Porcentaje de personas entrevistadas que digan haber comenzado a realizarse controles de saludpor haber recibido información desde el centro de salud.	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
4. Realización de Pruebas de detección			
<i>Est</i>	Personal responsable Capacitado en detección según la norma	Existencia de un trabajador con responsabilidad en planificar y llevar a cabo las activ de detección de personas en riesgo de padecer diabetes	Observación
	Insumos para realizar encuesta de Factores de Riesgo	Insumos existentes para realización de la encuesta de Factores de riesgo	Observación
	Insumos para la realización de la detección	Presencia física de insumos necesarios para la detección/ de acuerdo a población	Observación

destinataria.			
<i>Proc</i>	Realización de actividades comunitarias en pobl. General	Realización y planificación de actividades comunitarias y en el centro de salud realizadas para detección de personas en riesgo (lugares o instituciones, fechas y concurrentes)	Registros
	Realización de encuestas de F de R.	Procedimiento establecido para la realización de encuestas en población general y que consulta al centro de salud	Observación
	Realización de detecciones según la norma.	Realización y planificación de actividades comunitarias y en el centro de salud para la realización de pruebas de detección de DBT en personas categorizadas de riesgo (lugares o instituciones, fechas y concurrentes)	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
<i>Res</i>	Personas Diabéticas del área que hayan recibido información sobre detección de DBT por el centro de salud	Porcentaje de personas entrevistadas que participaron de actividades de detección de DBT desde el centro de salud.	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
	Personas Diabéticas del área que le hayan realizado la encuesta de Factores de Riesgo de acuerdo a la norma desde el centro de salud	Porcentaje de personas entrevistadas que del área que le hayan realizado la encuesta de Factores de Riesgo de acuerdo a la norma	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
	Personas Diabéticas que hayan sido parte de las detecciones en la comunidad o en la consulta.	Porcentaje de personas adultas diabéticas que hayan sido diagnosticadas, previa actividad de detección por parte del CS entrevistadas que recibieron material de difusión por parte del CS con explicación	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)

Dimensión de Atención en Diabetes			
1. Tratamiento no farmacológico.			
	Dimensión y definición conceptual	Definición operativa/Indicador	Fuente
<i>Est</i>	Profesional médico capacitado en Dieta, ejercicio	Porcentaje de médicos capacitados/ Total de médicos que asisten a pac. DBT	Observación
<i>Proc</i>	Existencia de planes de alimentación, control de peso y act. Física en pacientes DBT	% de Expedientes con planes de Alim, Control de peso, y act. Fís/ total de expedientes revisados	Registros
<i>Res</i>	Personas adultas del área que hayan alcanzado las metas de tratamiento luego de seis meses.	% de Expedientes con metas alcanzadas/ total de expedientes revisados	Registros

2. Grupos de ayuda mutua.			
<i>Est</i>	Trabajador capacitado en coordinar grupos de A.M	Existencia de al menos un trabajador disponible para manejo de GAM capacitado en manejo de grupos.	Observación
	Lugar de reunión disponible	Existencia de un Salón de Usos múltiples para realización de actividades grupales	Observación
<i>Proc</i>	Realización de reuniones periódicas con un coordinador capacitado en DBT	Registros de reuniones y participantes con las temáticas abordadas y las fechas de realización	Registros
<i>Res</i>	Personas con DBT asistentes a los grupos de autoayuda.	Personas participantes en GAM/personas encuestadas	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
3. Automonitoreo			
<i>Est</i>	Disponibilidad de equipos para automonitoreo	Pacientes con acceso a equipos/total de pacientes entrevistados	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
<i>Proc</i>	Registro de solicitud de automonitoreo con resultados	Total de pacientes con registro/total de pacientes observados	Registros
<i>Res</i>	Personas con DBT que se realizan automonitoreo.	Personas monitoreadas/personas encuestadas	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
4. Manejo farmacológico			
<i>Est</i>	Disponibilidad de equipos para automonitoreo	Pacientes con acceso a equipos/total de pacientes entrevistados	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)
<i>Proc</i>	Registro de solicitud de automonitoreo con resultados	Total de pacientes con registro/total de pacientes observados	Registros
<i>Res</i>	Personas con DBT que se realizan automonitoreo.	Personas monitoreadas/personas encuestadas	Enc evaluación de la Satisfacción (experiencia)

Anexo II. Construcción y validación del instrumento para medir Evaluación de la Satisfacción (experiencia).

Para construir el instrumento preliminar que posteriormente se sometió a validación, y con la finalidad de que reflejara los significados propios de la población de interés, se utilizó la técnica de Redes Semánticas Naturales

(RSN). Esta técnica se emplea para el estudio del significado de la información contenida en la memoria de un sujeto sobre conceptos, creencias, normas morales y mitos que conforman la cultura de un individuo.⁹²⁾ Lo anterior, se consigue a través de asociaciones que se construyen a partir de conexiones entre los conceptos, cuyo significado es organizado por los individuos según aspectos importantes de su vida social, cultural y personal.⁹²⁾

Una vez diseñado el instrumento preliminar mediante las RSN, se procedió a la evaluación de su validez y fiabilidad en sujetos semejantes a la población objetivo.

Elaboración del instrumento preliminar RSN

Población y muestra: Se seleccionados en forma aleatoria simple 70 pacientes con diabetes, de ambos sexos, mayores de 40 años y que tuvieran por lo menos un año de tratamiento continuo en el centro. Se utilizó un tamaño de muestra del 10% de la población objetivo⁹³⁾, es decir, de los 657 pacientes con diabetes que asistieron en una semana a los centros de salud seleccionados.

El estudio se llevó a cabo en Centros de Salud de primer nivel dependientes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de dos jurisdicciones sanitarias, de las 16 que conforman el total de la ciudad, durante el año 2011. Estas dos Jurisdicciones fueron seleccionadas por conveniencia, dado que sus características sociodemográficas representan en gran medida a la totalidad de los individuos que acuden a los CS de la ciudad de México

Procedimiento: se revisaron exhaustivamente diversos trabajos publicados en los que se identificaron los componentes principales o dimensiones que conforman la Evaluación de la Satisfacción de los pacientes (experiencias) con la atención, desde la perspectiva de los pacientes.⁶³⁾⁶⁴⁾⁶⁵⁾⁶⁶⁾

A partir del análisis de estos trabajos, se eligieron 7 dimensiones que permitieron llevar a cabo el proceso de RSN y así elaborar las preguntas del

cuestionario que, según la población de personas con diabetes tipo 2 de los centros de salud, explican los estándares de una experiencia satisfactoria.⁶⁷⁾

Dimensiones seleccionadas: 1. *El tratamiento médico recibido*, 2. *Las características de las instalaciones*, 3. *La actitud del médico*, 4. *Elementos necesarios para la atención de su enfermedad*, 5. *Las características de las consultas recibidas*, 6. *Las explicaciones recibidas acerca de su padecimiento*, y 7. *Las dificultades para obtener atención*.

A los participantes se les solicitó que definieran cada una de las dimensiones por medio de entre 5 y 10 palabras (sustantivos, adjetivos, verbos y adverbios) denominadas “definidoras”.

Posteriormente, se les pidió a los participantes que ordenaran jerárquicamente cada palabra seleccionada; de manera que la palabra número 1, será la más importante y se le asignará el valor ponderado (VP) más alto, de 5; la número 2 será la segunda más importante (VP de 4); luego la 3 (VP de 3); la número 4 (VP 2) y la 5 (VP de 1).

Así, cada una de las respuestas de los pacientes participantes se convirtió en una definidora y, de acuerdo al orden que fueron ubicadas, éstas adquirieron un valor ponderado. Cuando una definidora fue repetida por más de una persona, se sumaron los valores ponderados dados por todos ellos. Por lo tanto, cada palabra o definidora terminó teniendo un valor de acuerdo a la suma de los valores ponderados.

Por ejemplo, como se muestra en la tabla 35 con la dimensión 1, “*El tratamiento médico recibido*”, (Cuadro I) una de las palabras seleccionadas por los pacientes fue *amabilidad*, esta definidora fue repetida por 19 personas, de las cuales 7, la ubicaron en primer lugar de importancia (se pondera cada una con 5 puntos= 35), 6 en segundo lugar (se pondera con 4= 24), 3 en tercer lugar (se pondera con 3 =9), dos la colocaron en cuarto lugar (se pondera con dos=4), y una persona la colocó en último lugar, por lo que suma un punto más. Así, la definidora “*Amabilidad*” obtuvo un total de 73 puntos, lo que la situó en primer lugar en la dimensión evaluada.

Tabla 35. Ejemplo del resultado de las RSN con una de las dimensiones

Dimensión 1: El tratamiento médico recibido							
Definidoras	N° Orden	1	2	3	4	5	Totales
		Ponderación	5	4	3	2	
Amabilidad	Frecuencia	7	6	3	2	1	73
	Ponderación	35	24	9	4	1	
Saludo	Frecuencia	2	4	2	1	2	36
	Ponderación	10	16	6	2	2	
Conocimientos	Frecuencia	4	3	1			35
	Ponderación	20	12	3			
Tiempo dedicado	Frecuencia	3	2		1	1	26
	Ponderación	15	8		2	1	
Calidez	Frecuencia	2	3				22
	Ponderación	10	12				
Escucha atenta	Frecuencia			5	3		21
	Ponderación			15	6		
Buena explicación	Frecuencia		2	3	1		19
	Ponderación		8	9	2		
Buen Humor	Frecuencia			4	2		16
	Ponderación			12	4		
Buen trato	Frecuencia	1	1	1	1	1	15
	Ponderación	5	4	3	2	1	
Actitud ética	Frecuencia	2		1			13
	Ponderación	10		3			

Para las 7 dimensiones se tomaron las palabras que mayor puntaje obtuvieron, las que se transformaron en definidoras para dicha dimensión. Después, cada definidora se convirtió en un reactivo del instrumento. Como se puede observar, no todas las dimensiones alcanzaron a tener 10 definidoras, esto se debió a que los sujetos no reportaron definidoras diferentes con valores considerables.

Así, como se puede observar en detalle en la tabla 36, se obtuvieron siete dimensiones sobre la satisfacción con 46 definidoras, que se constituyeron en 46 reactivos. Posteriormente se realizó una prueba piloto de la aplicación del instrumento, lo cual permitió modificar la redacción de algunos reactivos, el orden de los mismos, para asegurar su inteligibilidad.

Tabla 36. Resultado final de las RSN, Ítems a incorporar a reactivo Preliminar. Mayúsculas

Dimensiones							
	Tratamiento médico	Instalaciones	Médico	Elementos de atención	Caract. De la consulta	Explicación	Dificultades
Definidoras	Conocimientos	Consultorios	Amable	Organización	Buen diagnóstico	Tratamiento	Espera
	Mejoría clínica	Especialidades	Saludo	Privacidad	Trato personaliz.	Origen	Expediente
	Buen trato	Limpieza	Dedicación	Canalización		Cuidados	Transporte
	Buena atención	Equipamiento	Calidez	Accesibilidad		Consecuencias	Horarios
	Medicinas correctas	Sala de espera	Escucha	Personal capacitado		Medicinas	Falta médico
	Buena revisión	Laboratorio	Explicación	Estudios		La verdad	Citas
	Explicación	Baños	Buen Humor			Alimentación	
		Farmacia	Actitud ética				
		Insumos básicos					
		Urgencias					

Evaluación de la validez y fiabilidad

Población y muestra: el cuestionario diseñado mediante la técnica de RSN se aplicó a 230 personas con diabetes, de ambos sexos, de 8 centros de salud de primer nivel del Distrito Federal; pertenecientes a dos jurisdicciones sanitarias, seleccionados de manera aleatoria. Las dos jurisdicciones sanitarias se seleccionaron por conveniencia. El tamaño muestral se determinó por el acuerdo generalizado de cinco pacientes por ítem.⁹⁴⁾

Del total de personas, 162 fueron mujeres (70.4%), 68 fueron hombres (29.6%). En cuanto a la edad, la media resultó de 56.25 años (\pm 12.088), el rango fue de 33 a 87 años.

Validez: para determinar la validez de constructo del instrumento, se realizó análisis factorial exploratorio de los reactivos de la versión original. Se calcularon las matrices factoriales con el método de extracción de componentes principales y rotación ortogonal por el método Varimax. Se eliminó un factor correspondiente a la dimensión 5: *Las características de las consultas recibidas debido a que las cargas factoriales mayores de sus reactivos se ubicaron en otros factores que, de acuerdo a la teoría, no correspondían a dicha dimensión.* También se eliminaron algunos reactivos por falta de validez de constructo. Posteriormente se probó la versión final del instrumento validado para conocer su estructura factorial. Del análisis resultó un reacomodo de los reactivos originales y fue posible la extracción de seis factores conformados por 29 reactivos finales que tuvieron auto valores (eigenvalues) mayores a uno, que por la regla Kaiser de extracción de factores, confirma que dicho factores contribuyen a explicar la varianza.⁹⁵⁾ Los auto valores de los factores fueron de 4.656 a 2.073, lo cual implica que están definidos y en total los seis factores (dimensiones) explicaron el 66.39% de la varianza (Tabla 37). Todos los reactivos mostraron cargas factoriales mayores a 0.581, muy superior a 0.4, mínimo aconsejado en la literatura.⁹⁵⁾

Tabla 37. Matriz factorial de la versión definitiva de CSU-1ND

Reactivo	1	2	3	4	5	6
Conocimiento médico	.780					
Mejoría clínica	.757					
Buen trato	.670					
Buena atención	.625					
Explicación de la enfermedad	.641					

Buena revisión clínica	.613					
Especialistas suficientes		.625				
Laboratorio		.731				
Baños adecuados		.637				
Farmacia surtida		.785				
Insumos adecuados		.704				
Amabilidad			.749			
Saludo			.768			
Dedicación de tiempo			.793			
Calidez de trato			.780			
Escucha atenta			.772			
Explicación médica			.746			
Buena Organización				.635		
Privacidad				.698		
Buena canalización (referencia)				.676		
Explicación origen de la enfermedad					.682	
Explicación de los cuidados					.795	
Explicación de consecuencias					.775	
Explicación de medicinas					.689	
Área de expedientes						.635
Difícil acceso por transporte						.581
Dificultad de horarios						.686
Faltas de los médicos						.677
Conseguir citas						.640

La versión final del Cuestionario sobre Evaluación de la Satisfacción (experiencias) de los Usuarios de Primer Nivel para Diabetes (CSU-1ND) es

un instrumento auto aplicable. Está diseñado de acuerdo a la escala tipo Likert de cinco puntos, que van de totalmente de acuerdo (5 puntos) a totalmente en desacuerdo (1 punto), por lo que el máximo de puntos posibles es de 145, mientras que el mínimo es de 29 puntos. El instrumento mide seis dimensiones sobre la Evaluación de la Satisfacción (experiencias) del usuario en cuanto al tratamiento médico recibido, las características de las instalaciones, la actitud del médico, los elementos necesarios para la atención de la enfermedad, las explicaciones recibidas y las dificultades para obtener atención. Las puntuaciones altas del instrumento se traducen en mejor *Evaluación de las experiencias* de los usuarios.

Confiabilidad: para determinar la confiabilidad del instrumento se evaluó su consistencia interna mediante el cálculo del alfa de Cronbach que tuvo un valor de 0.94 para todo el instrumento. En la revisión de la literatura, existen publicaciones que reportan coeficientes alfa de 0.80 a 0.96,⁶³⁾⁶⁴⁾⁹⁶⁾ por lo que el presente cuestionario puede considerarse con un nivel adecuado de confiabilidad.

Se logró construir un cuestionario breve, conformado por 29 reactivos para seis dimensiones, el mismo se resuelve en menos de 22 minutos promedio, y al ser auto administrado se evitan los sesgos de los encuestadores. El instrumento final se presenta el Anexo II.

Una de las ventajas del instrumento es que fue diseñado a partir de los significados, valoraciones y ponderaciones que dieron los propios pacientes a una experiencia satisfactoria, lo cual le brinda mayor fortaleza ya que incorpora visión de las personas en su contexto sociocultural.

Este instrumento permite medir la Evaluación de la Satisfacción (experiencias) de pacientes con diabetes tipo 2 de servicios de primer nivel de atención, y al ser utilizada la diabetes desde la perspectiva de enfermedad trazadora, es posible que la información obtenida en el servicio evaluado, sea extrapolada a otros padecimientos diferentes en servicios de salud semejantes.

De los 29 reactivos, 16 evalúan la relación con el profesional médico (55.17%), mientras que las instalaciones se evalúan mediante los restantes 13 reactivos (44.83%). Por ello es posible concluir que el presente cuestionario señala que la mayor importancia que le dan los pacientes al trato que reciben por parte del profesional médico, por sobre la estructura de las instalaciones, los insumos y las dificultades para recibir la consulta. Esto presenta un aspecto importante que define el contexto sociocultural específico de esta población a diferencia de otras, ya que al comparar estos resultados con otros instrumentos validados, se observan importantes diferencias.

Por ejemplo el cuestionario PSQ3 ⁹⁷⁾ y su versión resumida, el PSQ18, ⁶⁶⁾ tienen un porcentaje de reactivos destinados a evaluar los aspectos de la atención (trato e interacción con el profesional) 45% y 39% respectivamente, muy por debajo del 55.2% del instrumento diseñado en esta investigación. Sin embargo, resulta similar a lo hallado en otros trabajos en función de la importancia de la interacción entre el paciente y el médico, más allá de los elementos técnicos de la atención. ⁴⁵⁾²⁴⁾⁴⁷⁾

Este punto puede ser de vital importancia para explicar los resultados de las encuestas para población de usuarios de servicios de salud en México, ya que los cuestionarios son diseñados sin tomar en cuenta al paciente, sino con base en lo que el evaluador considera importante. ³⁶⁾⁹⁸⁾⁴⁴⁾⁶²⁾⁴⁶⁾³⁵⁾

Dimensiones	Definidoras	Ítems o reactivos	
Tratamiento Médico	Conocimientos	1	Los médicos que me atendieron en este centro de salud tienen un gran conocimiento de cómo tratar mi enfermedad
	Mejoría Clínica	2	Gracias al tratamiento que me dieron en el centro de salud, he tenido una mejoría notable en mi padecimiento
	Buen Trato	3	De las cosas que valoro de este centro de salud es el buen trato recibido por todos los profesionales

	Buena atención	4	En cuanto a la atención recibida, considero que en general ha sido muy buena.
	Buena revisión	5	En cuanto a la revisión clínica, siento que los médicos la han hecho de manera muy completa
	Explicación	6	Los médicos me explican claramente cada cosa relacionada a mi padecimiento
Instalaciones	Especialidades	7	Este centro de salud cuenta con todas las especialidades médicas que requiero para atender mi enfermedad
	Laboratorio	8	El laboratorio del centro de salud tiene lo necesario para realizar las pruebas que requiere mi enfermedad.
	Baños	9	En términos generales, los baños del centro de salud son suficientes para el uso de los pacientes
	Farmacia	10	La Farmacia del centro de salud está surtida adecuadamente de las medicinas necesarias para tratar mi enfermedad
	Insumos básicos	11	El centro de salud cuenta con los suministros necesarios para atender mi problema de salud
Médico	Amable	12	Los médicos que me atienden se caracterizan por tener un trato amable hacia mi persona
	Saludo	13	Los médicos que me atienden, al llegar me reciben siempre con un saludo cordial.
	Dedicación	14	Los médicos que me han atendido en este centro de salud dedican el tiempo necesario a mi consulta.
	Calidez	15	Los médicos que me han atendido en este centro de salud transmiten calidez en su manera de tratar.
	Escucha	16	En la consulta con el médico, al plantarle mis problemas me he sentido escuchado
	Explique	17	Al momento de plantearle mis inquietudes al médico que me atiende, éste me las ha explicado acabadamente.
Elementos de atención	Organización	18	La buena organización caracteriza a este centro de salud
	Privacidad	19	Las características de los consultorios garantizan la privacidad en mi consulta y la de los demás.
	Canalización	20	Cuando mi problema de salud lo ha requerido, el centro de salud resolvió mi canalización (hospital/especialistas)

Explicación	Origen	21	El médico me explicó claramente acerca del origen de mi enfermedad
	Cuidados	22	En el centro de salud me han explicado cuáles son los cuidados que debo tener en el control de mi enfermedad.
	Consecuencias	23	El médico me advirtió claramente las posibles consecuencias que puede traer mi enfermedad
	Medicinas	24	Desde el primer momento me informaron con claridad como tomar mis medicinas.
Dificultades	Expediente	25	El área que se debería mejorar prioritariamente es la de los expedientes
	Distancia	26	La zona en la que está ubicado el centro de salud es de difícil acceso para mí por transporte público.
	Horarios	27	Los horarios en los que atiende este centro de salud me dificultan enormemente llegar a conseguir la atención de mi problema
	Falta médico	28	Un problema constante en este centro de salud son las reiteradas faltas de los médicos que atienden
	Citas	29	Un problema que debe resolver el centro es el sistema para conseguir cita.

Bibliografía

1. OPS/OMS. La renovación de la Atención Primaria de la Salud. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D. C.; 2007 p. 48.
2. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colect. 2010;6(3):275–93.
3. Bourdieu P. Espacio social y espacio simbólico. In: Anagrama, editor. Razones Prácticas. Barcelona;; 1997.
4. OMS. Alma Ata 1978, Atención Primaria de la Salud [Internet]. 4° ed. OMS OM de la S, editor. Ginebra: OMS; 1984 p. 93. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
5. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C EC y G de T de AP de S de la OP de la S. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas 1. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2007;21(2/3):73–84.

6. Reed LS, Clark DA. Appraising Public Medical Services. *Am Public Heal.* 1941;31(5):421–30.
7. Goldmann F. Adequacy of medical Care. *Yale J Biol Med.* 1947;(19):681–68.
8. Sheps MC. Approaches to the Quality Hospital. *Public Health Rep.* 1955;70(9):877–86.
9. Kohl S. Perinatal Mortality in New York City. Responsible Factors. Cambridge: Harvard University Press.; 1955.
10. Lembcke P. Medical auditing by scientific methods. *J Am Med Assoc.* 1956;(162):646–55.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Meml Fund Q.* 1966;44:166–206.
12. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana SA, editor. Mexico City; 1984.
13. Dahlgren G, M. W. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen , Denmark: World Health Organization; 1992 p. 67.
14. Donabedian A. La calidad de la atención médica. La Prensa Médica mexicana, editor. La Prensa Médica Mexicana,. México, D.F.; 1984.
15. Moreno EEA. Calidad de la atención primaria: aporte metodológico para su evaluación. 1° ed. Tucumán UN de, editor. Tucumán, Argentina; 1992.
16. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring Vol. III. The methods and findings of quality assessment and monitoring: An illustrated analysis. Press HA, editor. Ann Arbor, Michigan; 1985.
17. Aguirre-Gas H. Calidad de Atención Médica. 1st ed. México DF: Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 1993.
18. Ross AG, Luis J, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Am J Public Health.* 2000;8:93–8.
19. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To Err Is Human: Building a Safer Health System [Internet]. 1st ed. Committee on Quality of Health Care in America, Medicine. I of, editors. National Academies Press; 2000. Available from: [http:// :www.nap.edu/books/0309068371/html/](http://www.nap.edu/books/0309068371/html/)
20. Lerner M, Riedel D. The teamster study and the quality of medical care. *Inquiry.* 1964;(1):69–80.
21. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Scie Med.* 1982;16:577 – 582.
22. Strasser S, Davis RM. . 1991:210. Measuring patient satisfaction for improved patient services. *Heal Adm Press.* 1991;210.
23. Serrano del Rosal R, Loriente-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Publica Mex.* 2008;50(2):162– 172.

24. Ramírez-sánchez, Teresita De J, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México : perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex.* 1998;40(1):1–10.
25. Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Scie Med.* 1988;27(6):637 – 644.
26. INEGI. Tabulados básicos cuestionario ampliado. Censo de Población y Vivienda 2010. [Internet]. 1st ed. México DF; 2011. Available from: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27303&s=est>
27. INEGI. Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México DF; 2012.
28. Laurell AC. Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano [Internet]. 1st ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, (CLACSO); 2013. Available from: “<http://biblioteca.clacso.org.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>”
29. González Block MÁ. Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública de México. *Salud Publica Mex.* 1990;32:337 – 351.
30. Menéndez EL. Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales Mexican Health Sector Policies (1980-2004): Structural Adjustment and Pragmatism in Neoliberal Proposals. *Salud Colect.* 2004;1(2):195–223.
31. Tetelboin C, Granados JA, Tournier N, Tavernier P, Sociológicos E, México EC De. Alternancia y política de salud en México. 2005;XXIII:75–93.
32. Abrantes R, Arjonilla S. Descentralización del sector de salud y conflictos con el gremio médico en México. *Rev CIESS.* 1982;91–8.
33. López-arellano O. La polarización de la política de salud en México Health policy polarisation in Mexico. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(1):43–54.
34. Durán-arenas L, Aldaz-rodríguez V, Jasso-gutiérrez L, Flores-huerta S, Hernández-ramírez LC, Zurita JM. Quality of health care of the medical units that provide services for Medical Insurance for a New Generation enrollees. 2012;53(6):1–8.
35. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M H-ÁM. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca Morelos; 2012 p. 200.
36. Aguirre Gas H. Evaluación de la calidad de la Atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las Unidades Médicas. *Salud Publica Mex.* 1990;32:170 – 180.
37. Ruelas-Barajas E, Vidal pineda LM. Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. *Salud Publica Mex.* 1990;32(2):225–31.
38. Ruíz Chávez, Manuel; Martínez-Narváez G. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Publica Mex.* 1990;32:156–9.

39. Ruelas-Barajas E, Reyes Zapata H, Zurita Garza B, Vidal Pineda LM, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el instituto Nacional de perinatología. *Salud Publica Mex.* 1990;32:207–20.
40. Aguirre- Gas H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. *Salud Publica Mex.* 1991;33:623–9.
41. Ruelas-Barajas E. Calidad, Productividad y Costos. *Salud Publica Mex.* 1993;(35):298–304.
42. Ochoa Díaz López, Héctor; Sánchez Pérez H. Evaluacion servicios de salud HODL.pdf. *Rev Méd IMSS.* 1995;33:223– 230.
43. Ramírez AM, García J, Fraustro S. Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico : Un Modelo para la Realidad Mexicana. *Cad Saúde Pública.* 1995;11(3):456–62.
44. INSP. Encuesta Nacional de Salud • 2000 1. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. 1st ed. Oropeza Abúndez C, editor. Cuernavaca Morelos; 2000 p. 292.
45. Bronfman MN, López S, Moreno A, Rutstein S, Magis C, Bronfman-pertzovsky MN, et al. Atención prenatal en el primer nivel de atención : características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Publica Mex.* 2003;45(6):445–54.
46. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M S-AJ. Encuesta nacional de Salud y nutrición 2006. 1st ed. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M S-AJ, editor. Cuernavaca Morelos: Instituto Nacional de salud Pública; 2006 p. 132.
47. Lavielle Sotomayor, M del P.; Cerón Ruiz, M.; Tovar Larrea, P.; Bustamante Rojano JJ. Satisfacción con la atención a la salud. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc.* 2008;42(2):129–34.
48. Hamui Sutton L, Fuentes García R, Aguirre Hernández R, Ramírez de la Roche O. Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud de México. Un estudio de satisfacción con la atención médica. 1st ed. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
49. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria : Una meta para todos. *Gerenc y Polit salud Pontif Univ Javeriana Bogotá, Colomb.* 2001;1(1):7–16.
50. Rodríguez Balo A. Que se puede hacer para mejorar la calidad del proceso asistencial. Una perspectiva desde Atención Primaria. *Adm Sanit.* 2006;4(2):251–70.
51. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J, Problema AL, et al. “Hacemos lo que podemos”: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Publica Mex.* 1997;39:546 – 553.
52. Pérez Cuevas, R.; Libreros, V.; Reyes, S.; Santacruz, J.; Alanís, V.; Gutiérrez G. Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención

- primaria con la participación de médicos y técnicos. *Salud Publica Mex.* 1994;35(5):492 – 502.
53. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J, Cuánto DEL, et al. Del “ cuánto ” al “ por qué ”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex.* 1997;39:442–50.
 54. Cohen G. AGE A N D HEALTH STATUS IN A PATIENT. *Soc Scie Med.* 1996;42(7):1085–93.
 55. Hamui-Sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Inv Ed Med.* 2013;2(8):211–6.
 56. De Souza Minayo MC. Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud. *Salud Colect.* 2008;4(1):5–8.
 57. Samaja J. *Epistemología de la Salud: Reproducción Social, subjetividad y Transdisciplina.* 1° ed. Lugar Editorial, editor. Buenos Aires; 2004.
 58. Kessner DM, Kalk CE SJ. Assessing Health Quality-the Case for Tracers — *NEJM.* *N Engl J Med* [Internet]. 1973 [cited 2012 May 3];288(4):189 – 194. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197301252880406>
 59. Neuhauser D. Assessing health quality: the case for tracers. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2004 Oct 2;9(4):246–7. Available from: <http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/doi/10.1258/1355819042250168>
 60. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM [Internet]. *Diario Oficial de la Federación.* 1994 [cited 2012 May 5]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
 61. Josep Ma Argimon Pallas JJV. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica.* 3a ed. Elsevier E, editor. Madrid; 2004.
 62. Bronfman-Pertzovsky MN, López-Moreno, S. , Magis Rodríguez, C.; Moreno Altamirano, A.; Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención : características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Publica Mex.* 2003;45(6):445–54.
 63. Kleefstra SM, Kool RB, Veldkamp CM a, Winters-van der Meer a CM, Mens M a P, Blijham GH, et al. A core questionnaire for the assessment of patient satisfaction in academic hospitals in The Netherlands: development and first results in a nationwide study. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2010 Oct [cited 2012 Mar 9];19(5):e24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20577001>
 64. Dufrene RL. An evaluation of a patient satisfaction survey: validity and reliability. *Eval Program Plann* [Internet]. 2000 Aug;23(3):293–300. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014971890000015X>
 65. Etter JF, Perneger T V. Validating a satisfaction questionnaire using multiple approaches: a case study. *Soc Sci Med* [Internet]. 1997 Sep;45(6):879–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9255920>
 66. Marshall GN and RDH. *The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18).* [Internet]. Santa Monica, CA.; 1994. Available from:

<http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/papers/P7865>

67. Figueroa, J. G., González, E. y Solís V. "Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas." *Rev Latinoam Psicol.* 1981;13(3):447–58.
68. INSP IN de SP. Análisis y Estimación de la Información sobre Gasto y Financiamiento en Salud Informe Documental : Análisis y comparabilidad de la Encuesta Nacional de Gasto en Salud (ENAGAS) 2008 Agosto de 2009. Cuernavaca Morelos; 2009 p. 68.
69. Jarrillo-Soto E, Granados-Cosme A, Vértiz-Ramírez J, Moreno-Altamirano A. Evaluación Externa SICALIDAD 2012 [Internet]. México, D.F.; 2012 p. 139. Available from:
http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/reporte_completo_sicalidad_uam_x.pdf
70. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010 [Internet]. México DF; 2010 p. 112. Available from:
http://dgces.salud.gob.mx/ocasesp/doctos/doc_07.pdf
71. Salud S de. INDICAS II [Internet]. Dirección General de Calidad. 2014 [cited 2014 Apr 1]. Available from: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consulta.php>
72. Durán-arenas L, Aldaz-rodríguez V, Admon M, Sal DS De, Jasso-gutiérrez L, Cm M, et al. Quality of health care of the medical units that provide services for Medical Insurance for a New Generation enrollees. *Salud Publica Mex.* 2012;54(3).
73. Secretaría de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. 2008 p. 56.
74. Ortiz-domínguez ME, Garrido-latorre F, C M, Orozco R, Pineda-pérez D, Rodríguez-salgado M, et al. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. *Salud Publica Mex.* 2011;53(3).
75. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WGW, van der Eijk I. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2004 Feb;82(2):106–14. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2585905&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
76. Machado-Alba JE, Moncada-Escobar JC, Gaviria H. Quality and effectiveness of diabetes care for a group of patients in Colombia. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2009 Dec;26(6):529–35. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20107707>
77. Machado JP, Cristina A, Martins M. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil : uma revisão sistemática Quality assessment of hospital care in Brazil : a systematic review Evaluación de la calidad de la atención hospitalaria en Brasil : una revisión sistemática. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(6):1063–82.
78. Boller C, Wyss K, Mtasiwa D, Tanner M. Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2003 Jan;81(2):116–22. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2572401&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

79. Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Zepeda-Arias M, Flores-Hernández S. Satisfaction of patients suffering from type 2 diabetes and/or hypertension with care offered in family medicine clinics in Mexico. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2009;51(3):231–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19967309>
80. Ramírez de la Roche O, López-Serrano A, Barragán-Solís A, Arce-Arrieta E. Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México. *Arch Med Fam*. 2005;7.
81. Rodríguez CC, Antonio M, Montoya L, Aguayo G. Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. *Rev Cuba Salud Pública*. 2007;33(3):1–6.
82. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* [Internet]. 2001 Feb;52(4):609–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11206657>
83. Perez LG, Sheridan JD, Nicholls AY, Mues KE, Saleme PS, Resende JC, et al. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2013 Apr [cited 2014 Apr 8];47(2):403–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24037368>
84. Mesquita M, Pavlicich V, Benitez S. Percepción de la Calidad de Atención y Accesibilidad de los Consultorios Pediátricos Públicos en Asunción y Gran Asunción. *Rev Chil Pediatr*. 2010;81(4):364–5.
85. Fan VS, Reiber GE, Diehr P, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Functional status and patient satisfaction: a comparison of ischemic heart disease, obstructive lung disease, and diabetes mellitus. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2005 May [cited 2014 Apr 8];20(5):452–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1490111&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
86. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2005 Mar [cited 2014 Mar 27];20(3):226–33. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1490082&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
87. Salam AA, Alshekteria AA, Abd Alhadi H, Ahmed M, Mohammed A. Patient satisfaction with quality of primary health care in Benghazi, Libya. *Libyan J Med* [Internet]. 2010 Jan [cited 2014 Apr 8];5(c):1–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3071165&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
88. Durán-Arenas L, Al E. Evaluación del Programa SICALIDAD 2010 [Internet]. México DF; 2010 p. 122. Available from: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/informe_final_sicalidad_unam_2010.pdf

89. Wong ELY, Coulter A, Cheung AWL, Yam CHK, Yeoh EK, Griffiths SM. Patient experiences with public hospital care: first benchmark survey in Hong Kong. *Hong Kong Med J* [Internet]. 2012 Oct;18(5):371–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23018064>
90. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* [Internet]. 1998 Nov;47(9):1351–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9783878>
91. Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersley R. Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: cross sectional study. *BMJ* [Internet]. 2006 Jul 1 [cited 2014 Apr 8];333(7557):19. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1488754&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
92. Reyes Lagunes I. Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Rev Psicol Soc y Pers.* 1993;9(1):81–97.
93. Vera Noriega JÁ, Pimentel CE, de Albuquerque JB. REDES SEMÁNTICAS: ASPECTOS TEÓRICOS, TÉCNICOS, METODOLÓGICOS Y ANALÍTICOS. *Ra Ximhai, Soc Rev Desarro Cult.* 2005;1(3):439–51.
94. Garson G. Factor analysis. *Statnotes: Topics in multivariate analysis; .* [Internet]. 2011 [cited 2012 Aug 30]. Available from: <http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/pa765/>
95. Pérez E, Medrano L. Análisis Factorial Exploratorio : Bases Conceptuales y Metodológicas. *Rev Argent Cienc Comport.* 2010;2(1889):58–66.
96. Mira JJ, V JA, Rodriguez-marín J, Antonio J, Hernández UM. SERVQHOS : un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Med Prev.* 1998;4:1 – 15.
97. Marshall GN and RDH. *rand cuestionaire.pdf.* Rand, editor. Santa Monica, CA.; 1994.
98. Guzmán, Ma A.; Ramos Córdova, L.F.; Castañeda Sánchez, O.; López del Castillo Sánchez, D.; Gomez Alcalá AV. Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc.* 2006;44(1):39–45.