

# **Evaluación de la calidad**

## Hacia la atención centrada en el paciente

**C O L E C C I Ó N**  
**JULIÁN MANZUR OCAÑA**  
*Vida y salud social*

**José Manuel Piña Gutiérrez**  
*Rector*

**Alejandro Jiménez Sastré**  
*Director*

# Evaluación de la calidad hacia la atención centrada en el paciente

María Isabel Avalos García  
Concepción López Ramón  
Heberto Romeo Priego Álvarez



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

Avalos García, María Isabel.

Evaluación de la calidad : hacia la atención centrada en el paciente / María Isabel Avalos García, Concepción López Ramón, Heberto Romeo Priego Álvarez. -- Primera edición. -- Villahermosa, Tabasco : Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2018.

122 páginas : Ilustraciones. -- (Colección: Julián Manzur Ocaña. Vida y salud social).

Incluye referencias bibliográficas (p. 105-122).

ISBN 978-607-606-446-7

1. Atención médica – Control de calidad. \ 2. Satisfacción del paciente \ 3. Atención médica – Evaluación. \ I. López Ramón, Concepción, Autor. \ II. Priego Álvarez, Heberto Romeo, Autor

L.C. RA399 .A1 A93 2018

Primera edición, 2018

D.R. © Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Av. Universidad s/n. Zona de la Cultura

Colonia Magisterial, C.P. 86040

Villahermosa, Centro, Tabasco.

El contenido de la presente obra es responsabilidad exclusiva de los autores. Queda prohibida su reproducción total sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito del titular, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor. Se autoriza su reproducción parcial siempre y cuando se cite a la fuente.

Esta obra fue dictaminada mediante el sistema de pares ciegos, por un Comité Científico Interinstitucional que contó con el apoyo de evaluadores de diferentes Instituciones y dependencias públicas, así como por el Consejo Divisional Editorial de la División Académica de Ciencias de la Salud de la UJAT. Las denominaciones empleadas y la forma en que aparecen presentadas los datos que contiene no implican, de parte de la UJAT, juicio alguno sobre la delimitación de fronteras o límites y la mención de empresas o productos de fabricantes en particular, estén o no patentados, no implica que la UJAT los apruebe o recomiende de preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Aunque la UJAT fomenta la reproducción y difusión parcial o total del material contenido, queda prohibida su reproducción total sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito del titular, términos de la Ley Federal de Derechos de Autor. Su uso para fines no comerciales se autorizará de forma gratuita previa solicitud. La reproducción para la reventa u otros fines comerciales, incluidos fines educativos, podría estar sujeta a pago de derecho o tarifas.

ISBN: 978-607-606-446-7

Apoyo editorial: Calíope Bastar Dorantes  
Corrección de estilo: Dafne Rodríguez García  
Maquetación: Eugenia Sofía Rodríguez Fernández

# Contenido

I. LA CALIDAD Y LA CALIDAD EN SALUD, UN POCO DE HISTORIA	
Evolución histórica de la calidad	<a href="#"><u>7</u></a>
La conceptualización de la calidad de la asistencia médica.	<a href="#"><u>8</u></a>
Sus particularidades	
Hitos fundamentales en el manejo más reciente de la calidad en salud	<a href="#"><u>11</u></a>
El escenario actual de la calidad de los servicios de salud	<a href="#"><u>15</u></a>
Principales modelos de gestión y acreditación en calidad en salud	<a href="#"><u>17</u></a>
II. EVALUAR LA CALIDAD EN SALUD. EN BUSCA DEL MEJOR PUNTO DE VISTA PARA HACERLO	<a href="#"><u>19</u></a>
Las evaluaciones como parte del ciclo gerencial. Luces y sombras	<a href="#"><u>20</u></a>
Las insuficiencias de la calidad medida por la satisfacción del paciente	<a href="#"><u>22</u></a>
Cuando el cliente es un paciente. Rasgos y consecuencias	<a href="#"><u>23</u></a>
Una primera aproximación al problema de la evaluación de la calidad en salud	<a href="#"><u>25</u></a>
III. LA CALIDAD EVALUADA BAJO LOS CÁNONES TRADICIONALES. ENFOQUE CRÍTICO	
El punto de partida	<a href="#"><u>27</u></a>
El contexto	<a href="#"><u>27</u></a>
El enfoque metodológico	<a href="#"><u>28</u></a>
Limitaciones del estudio	<a href="#"><u>33</u></a>
Consideraciones éticas	<a href="#"><u>33</u></a>
Evaluación de la calidad de la atención al paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.	<a href="#"><u>33</u></a>
Evaluación de la calidad de la atención al paciente con infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA)	<a href="#"><u>34</u></a>
Integración, análisis y síntesis	<a href="#"><u>35</u></a>
Composición de la calidad, según los resultados	<a href="#"><u>36</u></a>
Balance de factores componentes, según los resultados	<a href="#"><u>37</u></a>
Análisis general de los resultados	<a href="#"><u>37</u></a>

IV. UN PASO MÁS HACIA SITUAR AL PACIENTE EN EL CENTRO	
Motivos para buscar un nuevo enfoque	<a href="#">43</a>
Concepción de la investigación	<a href="#">45</a>
El enfoque metodológico	<a href="#">46</a>
I Determinación y análisis de las perspectivas de los pacientes	<a href="#">47</a>
II. Identificar la coherencia de las perspectivas de las personas con diabetes con las de los prestadores y las de las familias	<a href="#">48</a>
III. Confrontar en qué medida las políticas, estrategias, programas y organización para el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, resultaban coherentes con las perspectivas de los pacientes con diabetes	<a href="#">50</a>
Consideraciones éticas	<a href="#">53</a>
Los resultados y su relación con la evaluación de la calidad en salud	<a href="#">54</a>
I Determinación y análisis de las perspectivas de los pacientes:	<a href="#">54</a>
II Identificar la coherencia de las perspectivas de las personas con diabetes con las de los prestadores y las de las familias	<a href="#">57</a>
V. LA ORGANIZACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE. LAS APROXIMACIONES.	
Las políticas, las estrategias y la organización del servicio de cara al paciente con diabetes	<a href="#">75</a>
El empoderamiento de pacientes con diabetes	<a href="#">76</a>
El tratamiento jurídico	<a href="#">77</a>
La organización del servicio	<a href="#">77</a>
El entorno social	<a href="#">77</a>
El paciente con diabetes y la no singularidad de su caso	<a href="#">78</a>
El enfoque al cliente como concepto general	<a href="#">79</a>
El enfoque al paciente como problema específico	<a href="#">80</a>
Formas en que se manifiesta el enfoque al paciente	<a href="#">81</a>
VI. TECNOLOGÍAS GERENCIALES Y CALIDAD EN SALUD	<a href="#">85</a>
Calidad y gerencia	<a href="#">85</a>
Gerencia en salud, calidad en salud	<a href="#">86</a>
Las tecnologías gerenciales, una introducción	<a href="#">87</a>
A manera de conclusión	<a href="#">105</a>

# I. LA CALIDAD Y LA CALIDAD EN SALUD

## UN POCO DE HISTORIA

### *Evolución histórica de la calidad*

La calidad, como característica, peculiaridad o singularidad de los productos o servicios, a partir de los cuales es posible calificarlos como aceptables, buenos, excelentes, inaceptables, malos o pésimos, no es algo nuevo en la larga historia de la humanidad. La batalla por asegurar que los resultados del trabajo humano respondan a las exigencias o expectativas de quienes van a consumirlos, parece haber empezado muy temprano. Por supuesto, algunas medidas de rectificación de errores parecen, en los términos actuales, particularmente excesivas.

Las antiguas civilizaciones del mundo ya eran rigurosas con los problemas de calidad. Fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes relacionadas con la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras, y los mayas empleaban el mismo método. Los fenicios, famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que los elaboraban mal con la finalidad de evitar la repetición de errores. El código de Hammurabi (Mesopotamia) decretaba la muerte del albañil que hubiera construido una casa que se derrumbara matando a su dueño.<sup>1,2</sup>

Otro hecho significativo, es el concepto de marca, como símbolo de distinción y buena calidad que, aunque parece reciente, tiene su origen en la edad media con propósitos casi idénticos a los actuales, aunque con respecto a productos artesanales que eran los que aparecían en los mercados de la época. Los gremios establecían normas y ejecutaban las inspecciones.<sup>3</sup>

La revolución industrial trajo consigo la producción en serie. La no participación directa del propietario en la fabricación del producto, la especialización en el trabajo y el surgimiento de la competitividad como problema, derivó en la necesidad de encontrar nuevas formas de organizar las empresas en función de que fueran capaces de satisfacer un mercado que crecía exponencialmente y se volvía cada vez más exigente. Taylor (1856-1915) encontró respuestas científicamente fundamentadas para resolver estas necesidades.

---

<sup>1</sup>Sanz L. Implantación de un sistema de gestión de la calidad. Universidad Europea de Madrid. 23 de septiembre 2008.

<sup>2</sup> Miranda J, Chamorro A, Rubio S. Introducción a la Gestión de la Calidad. Madrid. Delta; 2007 .

<sup>3</sup> Sanz L. Ob. Cit.

La organización taylorista del proceso industrial hacía énfasis en la división del trabajo; la estandarización de los componentes y de los procesos; la separación en personas diferentes de la función de hacer el producto y la de inspeccionarlo; el estudio de los tiempos y movimientos para simplificarlos y hacerlos más eficientes; y una estructura organizativa conceptualmente nueva que pudiera asimilar el significativo crecimiento en cantidad de subordinados, en niveles de ejecución y en elementos nuevos, tales como las diferencias entre lo ejecutivo y lo funcional.

La calidad ha evolucionado en la misma medida en que lo han hecho las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección del siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y la mejora continua de la calidad.

### ***La conceptualización de la calidad de la asistencia médica: sus particularidades***

Todos estos avances en las concepciones teóricas, prácticas y metodológicas de la calidad estuvieron muy marcados por su origen y posterior evolución en el campo de la industria. Su introducción en el campo de los servicios ha tenido necesariamente que adecuarse a las particularidades que los distinguen del sector industrial (el producto no puede ser almacenado ni reciclado; el proceso es intangible; prestador y cliente deben coincidir en tiempo y espacio; los valores relativos a la comunicación interpersonal son decisivos).

Como veremos en un capítulo posterior, las particularidades de los servicios resultan aún más significativas cuando se trata del sector salud, pues obligan a modificar sustancialmente o a adaptar los métodos y técnicas originados en la industria y el comercio. En relación con la calidad en salud, tales particularidades se pueden sintetizar en los puntos siguientes:<sup>4</sup>

- El cliente (paciente, familiar o la comunidad) es parte de la ejecución del servicio, por tanto es sujeto y objeto en la creación de valor.
- Es un servicio imprescindible, tanto para la persona sana como para la enferma, lo cual le da carácter de universal.
- El prestador tiene una posición privilegiada con respecto al cliente, por lo que influye decisivamente sobre el consumo, mucho más allá que en otros sectores.

---

<sup>4</sup> Carnota O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Universidad de Panamá; 246-47; 2005.



- Numerosos errores y daños prevenibles tienen carácter irreversible o al menos provocan repetición de intervenciones, molestias al usuario e incremento de los gastos.
- Cada paciente es un caso único e irrepetible.
- El servicio incluye mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar se enfermen o mueran innecesariamente.

La lucha por la calidad en salud no puede estar ajena al tipo de cliente que maneja y que viene dada por un conjunto de particularidades, entre las que se encuentran las mencionadas. Malagón-Londoño, al referirse a los errores y fallas que implican mala calidad en cualquier sector, compara la industria con los servicios de salud y señala que los primeros "... se pagan con pérdidas de dinero, mientras que los segundos lo hacen con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral, que implica no solo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal."<sup>5</sup>

La calidad en salud tiene sus orígenes desde que se sientan las bases de la práctica médica; existe evidencia en papiros egipcios, en el Código de Hammurabi y en el tratado Hipocrático. Estos escritos destacan significativamente la forma de hacer bien las cosas tanto desde el punto de vista del producto, como de los principios éticos que en esa época reinaban. Entre los precursores de la calidad sanitaria ocupa un lugar relevante la enfermera británica Florence Nightingale, quien con solo aplicar los principios más sencillos de asepsia, logró abatir las tasas de mortalidad en la guerra de Crimea.<sup>6</sup> En 1910, Ernest Codman, médico cirujano, evaluó la efectividad de los tratamientos y estableció los estándares mínimos en la práctica clínica de hospitales.<sup>7</sup>

La definición de calidad de la atención médica ha evolucionado en el transitar de los años. Lee y Jones, en un documento ya clásico, definieron el concepto de buena atención como "la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o periodo determinado"; agregando que la calidad significa conformidad con normas y que dichas normas no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra. Ese mismo año, dichos especialistas dan a conocer sus Ocho artículos de fe, donde fijan lo que consideran son los principios de la buena atención médica. Más de 75 años después, no hay nada que objetar a tales principios.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Malagón-Londoño G, Galán R, Pontón G. Garantía de calidad en salud. Segunda edición. Editorial Médica Panamericana. Colombia. 2006. p.5

<sup>6</sup> Nightingale F. Notes on nursing: what it is and what is not. New York, 1860.

<sup>7</sup> Codman E. The product of hospitals. Surg Gynecol Obstet, 1914; 18: 491-494.

<sup>8</sup> Lee R. The Fundamentals of Good Medical Care. Chicago: The University of Chicago Press, 1933.

Sin embargo, la definición considerada clásica es la de Avedis Donabedian (1919-2000), experto en este campo, quien la describe como “una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes”.<sup>9</sup>

Donabedian enfatiza el estudio de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado; así como su análisis mediante tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y amenidades.<sup>10,11</sup>

Hay otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica. Para el Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica, “la calidad de la asistencia médica es el grado en que los servicios de salud a los individuos y a las poblaciones incrementan la probabilidad de alcanzar resultados deseados en salud que se corresponden a su vez con el nivel actual de los conocimientos profesionales.” Los autores estiman que esta definición resulta muy completa al considerar tanto individuos como poblaciones y al vincular la calidad con el desarrollo científico técnico y su dominio por parte de los prestadores. Otros enfoques, aún más recientes, asocian la calidad con la efectividad y la eficiencia, lo que permite colocar la calidad en salud, no como un generador de altos costos, sino como método redituable.<sup>13,14</sup> La última edición (2015) de la norma ISO 9001, denota en sus seis principios y en su enfoque en general, un reconocimiento significativo del papel de la gerencia como factor estratégico, operacional y desarrollador de la gestión de la calidad en salud<sup>15</sup>, lo cual es consecuente con las corrientes más actuales en este campo.

---

<sup>9</sup> Donabedian A. Quality assurance in our health care system. *Am Coll Util Rev Physi*; 1(1): 6-12; 1986.

<sup>10</sup> Donabedian A. Twenty years of research on the quality of medical care. 1964-1984. *Eval Health Prof*; 8(1): 243-65; 1985.

<sup>11</sup> Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor (Mich): Health Administration Press*; vol. 1. 1980.

<sup>12</sup> IOM. Institute of Medicine. *America's Health in Transition. Protecting and Improving Quality*. NAP. EUA: 3; 1994.

<sup>13</sup> Gervas J, Ortún V, Palomo L, Ripol MA. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Revista Española Salud Pública*; 81(6): 589-96; 2007.

<sup>14</sup> Ortún V. De la evaluación a la gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad. *EKONOMIAZ*; 1 (60): 58-75; 2005.

<sup>15</sup> ISO. Norma internacional ISO 9001. Quinta edición. 2015-09-15. Secretaría Central de ISO en Ginebra Suiza. Traducción oficial en español. Número de referencia ISO 9001:2015.

## *Hitos fundamentales en el manejo más reciente de la calidad en salud*

Tres son los conceptos que más recientemente se han utilizado con respecto a la calidad en salud: garantía de calidad, control de calidad total y mejoramiento continuo de la calidad.

La garantía de calidad (Quality Assessment) en salud aparece inicialmente en Estados Unidos de Norteamérica en la primera década de los años setenta y estaba basada en el sistema de aseguramiento de la calidad de Juran. Esta concepción se extendió con mucha rapidez en Canadá y los países latinoamericanos, principalmente Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba y Chile. En Europa, el proceso fue mucho más lento y difícil, y solo gracias al empeño de países promotores, particularmente Italia y España, se pudo quebrar la resistencia. Esta situación ha mejorado sustancialmente bajo la conducción de la European Foundation for Quality Management (EFQM)<sup>16</sup>

La garantía de la calidad en salud hace énfasis en la evaluación desde fuera de la ejecución, o sea una persona o equipo de personas valora la intervención o el proceso realizado por otra persona o equipo de personas. El que evalúa y el que es evaluado pueden pertenecer o no a la misma organización. Este enfoque dio origen a diferentes comités de calidad, tales como el de fallecidos, el de historias clínicas o el de infecciones, así como a las auditorías médicas y a las organizaciones especializadas en acreditación y revisión profesional en el campo de los servicios médicos.

El punto débil de este enfoque es cuando los resultados de la evaluación no se convierten en acciones correctivas, lo cual es también cierto para cualquier actividad, sector o rama.

La garantía de la calidad es un enfoque que sigue vigente en numerosos países y forma parte de los documentos públicos que regulan los sistemas de salud, pero en la mayoría de los casos aparece mezclada con conceptos más recientes y en otros se le asocian definiciones que desbordan el contenido del término.

El control de calidad total<sup>17</sup> (Total Quality Control –TQC–), introducido por Feigenbaum (1920-1914) en el año 1956, representó un cambio sustancial de cómo se debía entender la calidad en las condiciones contemporáneas. Para Feigenbaum, la calidad no solo es un componente central del proceso de hacer el producto o el servicio, sino

---

<sup>16</sup> Carnota O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Universidad de Panamá. 2005. p.242.

<sup>17</sup> En la práctica diaria se utiliza calidad total como forma simplificada de referirse a su original en idioma inglés. Esto ha llevado a la idea de que se trata de calidad absoluta, sin errores ni fallas, que de ninguna manera se corresponde el concepto de total quality control, ni con el de mejoramiento continuo de la calidad.

que involucra a todas las funciones gerenciales y a sus ejecutores. Como resultado de esta concepción, el enfoque de la calidad se ha renovado, pasando del concepto de calidad orientada al cliente al de actividades orientadas al cliente.<sup>18</sup>

La introducción del concepto de calidad total, permitió modificar conceptos muy enraizados que consideraban la calidad como una responsabilidad exclusiva de las personas relacionadas directamente con la producción y un problema que solo podía resolverse en las áreas técnicas. Se evidenció entonces, por primera vez, la estrecha vinculación entre calidad y gerencia que, en salud, es particularmente importante. Como limitación se puede destacar un énfasis notable en la evaluación, en detrimento de la acción consecuente, o sea la mejora y la innovación.

El concepto de mejoramiento continuo de la calidad es inseparable del de calidad total de hecho, muchos autores y especialistas los manejan como una unidad. El aporte fundamental de este concepto radica en la idea de ciclo concebida por Shewart (1891-1967) que se identifica por el acrónimo PDCA (Plan, Do, Check, Act) en idioma inglés y en español como PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar). Tal idea fue desarrollada ampliamente por Deming (1900-1993), como parte de su conceptualización acerca del mejoramiento continuo de la calidad, al punto de que en la actualidad, es más conocido como ciclo de Deming y es reconocido como uno de los modelos de gestión de la calidad más utilizados.

La idea de este ciclo no es nueva, de hecho, estuvo presente en los fundadores de la Administración Científica, particularmente Fayol (1841-1925), cuando la concibió como conformada por un ciclo integrado por Planificación, Organización, Dirección y Control, que aunque no parecen idénticas en sus denominaciones, sí tienen mucho parecido en cuanto a su concepto de flujo lógico, que es cómo actúan.

La concepción de ciclo en el mejoramiento continuo de la calidad aporta tres ideas básicas fundamentales: la corrección de errores y fallas en el proceso productivo o de servicios; la innovación como manera de pasar a etapas superiores de calidad aventajando lo que hasta ese momento se consideraba como bueno; y el horizonte desplazable representado por un proceso que no termina nunca. A continuación, se presenta un esquema, que sintetiza gráficamente como opera el ciclo de la mejora continua de la calidad.

---

<sup>18</sup> Chow Mak L. La calidad total como estrategia de competitividad para las empresas mexicanas. Parte 6. Los gurús de la calidad total. Instituto Tecnológico de Baja California. México. 2005

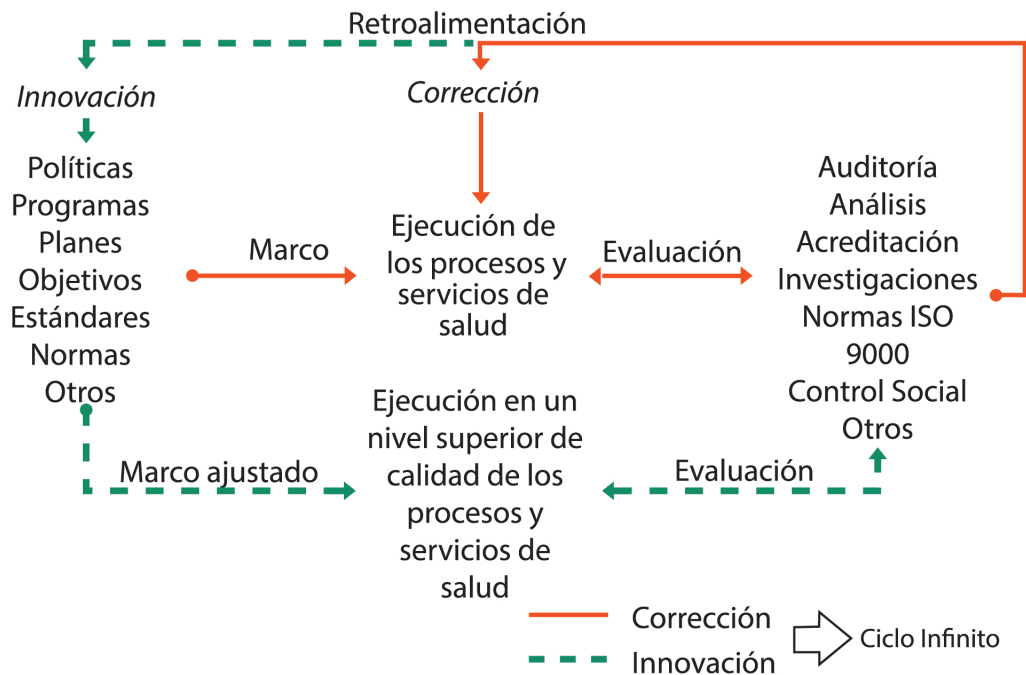


Figura 1

Como se puede apreciar en el esquema, el punto de partida son las referencias (estrategias, políticas, programas, planes, etc.) que sirven de marco para la realización y evaluación de las acciones. Los procesos se realizan o debieran realizarse ajustándose a ese marco y son el objeto principal de atención del mejoramiento continuo de la calidad. La evaluación y los procesos se interrelacionan para conocer si se ajustan a las normas o estándares, si hay fallas o errores en la ejecución que requieren corrección o aparecen maneras innovadas de hacerlos, que no se corresponden con dichas normas o estándares, sino que las superan. De ese resultado se derivan dos tipos de consecuencias: la corrección para ajustar el proceso a la norma o estándar o la modificación de la norma o estándar para asimilar la mejora en la ejecución. Ese ciclo se repite de forma infinita.

La modificación de la norma o estándar, como consecuencia de la evaluación, requiere que la norma exista, que esté funcionando y que en la propia evaluación se detecten buenas prácticas superiores a las que la norma establece. En un estudio realizado, en que se investigó el nivel de la calidad de la asistencia médica en cuatro

enfermedades trazadoras, en el estado de Tabasco, México<sup>19</sup>, no fue posible establecer la existencia de buenas prácticas, pues, aunque las normas existían estas no se conocían por los prestadores y mucho menos se estaban aplicando.

El control total de la calidad y mejoramiento continuo de la calidad, como una unidad, ha sido el objeto de numerosas contribuciones por parte de figuras claves de la calidad, tales como Joseph Juran con el diagrama de la trilogía de la calidad; Deming con el desarrollo del PHVA, los catorce puntos y las siete enfermedades de la gerencia; Ishikawa (1915-1989) con los círculos de calidad y el diagrama de causa efecto que lleva su nombre; Masaaki Imai, (1930-) con el Kaizen que se constituyó en una filosofía y en un sistema de gestión orientado a la calidad. Estos y otros aportes han consolidado un cuerpo de teorías, métodos e instrumentos debidamente estructurados que forman la base de cómo se maneja la calidad en las condiciones contemporáneas.

Varios de los conceptos básicos de mejoramiento continuo, tienen una particular significación para las instituciones y sistemas de salud. En opinión de los autores, estos son los de mayor importancia:

- Situar la calidad, no como una actividad independiente, sino como parte inseparable del trabajo de los gerentes, supervisores, profesionales, técnicos y empleados de base, que en el caso de la salud se extiende a los pacientes, los familiares y la comunidad.
- El énfasis en las causas y no en los efectos que incluye la aportación de herramientas y métodos eficaces para el análisis y solución de problemas, lo que permite reorientar el enfrentamiento de las fallas hacia sus verdaderos orígenes.
- El ciclo infinito de mejoramiento continuo integrado al proceso gerencial y que incluye no sólo la corrección orientada a ajustarse a los estándares, sino sobre todo la orientación hacia la innovación y el alcance de niveles superiores de resultados, para lo cual se aportan también herramientas y métodos adecuados. Este enfoque se ajusta totalmente al caso de la salud donde la dinámica del desarrollo científico y tecnológico es muy alta.
- La gestión por procesos, con la cual se rompe con la rígida estructura por departamentos y servicios para pasar a sistemas de salud verdaderamente integrados que se orientan a disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada; garantizar la continuidad de la asistencia y, sobre todo,

---

<sup>19</sup>Ávalos MI. Experiencia en la evaluación de la calidad de la atención primaria en un estado mexicano empleando una selección de enfermedades que pueden considerarse trazadoras, Horizonte Sanitario. Vol 9, Núm. 2, México. mayo-agosto 2010.

lograr que los ciudadanos reciban un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas.<sup>20</sup>

## ***El escenario actual de la calidad de los servicios de salud***

Aunque el mejoramiento de la calidad en salud se mantiene como un marco apropiado para elevar significativa y sistemáticamente el nivel de atención sanitaria de las personas, las familias y las comunidades, son numerosas las vías y métodos que han aplicado para alcanzarla. Esto incluye el uso de conceptos nuevos o modificados, técnicas ya conocidas, pero con nombres diferentes y, por supuesto, “avances” que nunca llegaron a consolidarse.

Un concepto notablemente debilitado es el de la llamada *satisfacción del paciente*, proveniente de los sectores de la industria y el comercio, donde también ha perdido mucho terreno. Se le critica por su incapacidad para poner de manifiesto si la atención prestada está en correspondencia con lo que el paciente, la familia y la comunidad piensan, esperan, quieren y debieran recibir.<sup>21</sup> Se considera que tiende a reflejar más bien lo que la administración quiere averiguar y no lo que realmente debiera conocer. Por esta vía, puede suceder que, estadísticamente, la satisfacción aparezca como excelente, mientras que la calidad de la asistencia sea realmente deficitaria.

Se imponían entonces dos direcciones convergentes: hacer coincidir la acción gerencial con lo que realmente hay que hacer y dar la oportunidad al paciente para que realice a plenitud la parte que le toca en ese proceso que, de ninguna forma, se resuelve solo con lo que el prestador aporta.

Desde el punto de vista gerencial, el cambio fundamental ha consistido en ubicar al paciente como la razón de ser y, en consecuencia, en lo primero a tomar en cuenta a la hora de establecer estrategias y políticas; diseñar e implementar sistemas de atención y; ejecutar el servicio propiamente dicho. No es un enfoque nuevo, pero es hasta fecha reciente que empieza a materializarse gracias al esfuerzo de profesionales e instituciones sanitarias de avanzada y al surgimiento de métodos y tecnologías gerenciales que le han servido de base.

---

<sup>20</sup> Álvarez M, Ávila FJ, Barrera C, Bautista FJ, Calero M, Campos T, et al. Guía de diseño y mejora de procesos asistenciales mejorados. 2da. ed. España: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2009. p.13

<sup>21</sup> Bezos C. La diferencia entre valorar la experiencia del paciente y medir su satisfacción. Open Innovation and Co-creation in Health. 12 junio 2014. [consultado 12 agosto 2014] Disponible en: [http://healthcocreation.wordpress.com/2014/06/12/la-diferencia-entre-valorar-la-experiencia-de-paciente-y-medir-su-satisfaccion/?blogsub=pending#blog\\_subscription](http://healthcocreation.wordpress.com/2014/06/12/la-diferencia-entre-valorar-la-experiencia-de-paciente-y-medir-su-satisfaccion/?blogsub=pending#blog_subscription)



Según Carnota Lauzán, de entre el complejo de conceptos y técnicas asociado se pueden distinguir tres direcciones consecuentes y complementarias entre sí: *la experiencia del paciente, el compromiso del paciente y la atención centrada en el paciente*.<sup>22</sup> Estas constituyen aproximaciones sólidas a un cambio sustancial en cómo se concibe, se diseña e implementa la mejora continua de la calidad en salud. La idea principal de este libro es precisamente, contribuir a que el paciente, la familia y la comunidad ocupen en la práctica real dicha posición.

Bajo una óptica tecnológica, un número significativo de avances logra asegurar la materialización de una concepción donde el paciente, la familia y la comunidad sea realmente el punto alrededor del cual se construyen y ejecutan los sistemas y, más aún, donde la eficiencia y la racionalización son tan notables que permiten confirmar el concepto de que la mejor calidad en salud es la que significa menores costos para el sistema y mayor sostenibilidad.<sup>23</sup>

Se destacan por una parte, las historias clínicas automatizadas a escala de institución, región y país; los sistemas de gestión basados en redes informáticas y tiempo real; las tarjetas sanitarias; los sitios de Internet orientados a pacientes; las redes sociales así como los teléfonos móviles, los llamados inteligentes y las tabletas, que han producido reducciones notables en los desplazamientos de pacientes y familiares; mejor funcionamiento de la continuidad entre los diferentes niveles y lugares de la atención; claridad en qué sucede al paciente durante todo su tránsito por el sistema; información más oportuna y completa sobre eventos adversos y una posibilidad nunca vista hasta ahora para la integración interna y extendida.<sup>24</sup>

Por la otra, el desarrollo de estudios de gestión por procesos enfocados específicamente a las organizaciones sanitarias, tales como el enfoque Lean,<sup>25</sup> que ha permitido reformular la logística en términos de secuencia de actividades y no desde el punto de vista jerárquico-vertical, el cual desconoce la esencia de cómo el servicio sanitario se produce. Consecuentemente con esto, el esfuerzo se concentra en eliminar de cada proceso, todos los desperdicios, entendiendo como tales aquellas actividades, acciones o desplazamientos que no producen valor para el paciente, la familia, o la comunidad.

---

<sup>22</sup> Carnota O. La invisibilidad del paciente. Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 41, núm. 2. 2015

<sup>23</sup> Evans M. More knowledgeable patients cost less to treat: study. Modern Healthcare. 4 febrero 2013.

<sup>24</sup> Servicio Andaluz de Salud. Andalucía, hacia una integración total en historia de salud. Presentación. Sociedad Española de Administración de la Salud. Septiembre 2002.

<sup>25</sup> Nofuentes S. Lean healthcare. Calidad y sostenibilidad. 15 de diciembre 2012. [consultado enero de 2013] Disponible en: <http://elpacienteinteligente.blogspot.com/2012/12/lean-healthcare-calidad-y-sostenibilidad.htm>



## **Principales modelos de gestión y acreditación en calidad en salud**

Numerosos son los modelos que abordan la gestión de la calidad en salud y en consecuencia los procesos de certificación y acreditación. En líneas generales pueden considerarse como los más significativos, a escala internacional, los siguientes:

- International Organization for Standardization (ISO)
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO)
- European Foundation for Quality Management (EFQM)

**La International Organization for Standardization (ISO)**, es una entidad independiente, no gubernamental, que desarrolla estándares para productos, servicios y buenas prácticas, que son de aplicación voluntaria y tienen un amplio reconocimiento internacional. Está presente en 160 países y su sede central se encuentra en Suiza. Cuenta con alrededor de 1200 normas enfocadas a la salud en sus diferentes servicios, tales como la asistencia médica y dental, los dispositivos médicos, la informática médica y la medicina tradicional. Su norma más reciente en este campo es la ISO 9001-2015.<sup>26</sup>

**La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO)**, es una organización independiente, no orientada a utilidades, creada originalmente para acreditar y certificar organizaciones y programas de salud en los Estados Unidos de Norteamérica.

En la actualidad atiende cerca de 21000 organizaciones de este tipo en ese país.<sup>27</sup> Es reconocida nacional e internacionalmente como una institución altamente rigurosa en sus procesos de evaluación, acreditación y certificación.<sup>28</sup> Sus servicios son requeridos en numerosos países del mundo interesados en contar con un reconocimiento avalado por una institución de este prestigio.

**La European Foundation for Quality Management (EFQM)**, es una organización de la Unión Europea cuya finalidad principal es incrementar la competitividad de las empresas que son miembros. Cuenta con un modelo de calidad y excelencia aplicable a cualquier organización de ese territorio. Tiene instaurado el Premio Europeo a la

---

<sup>26</sup> International Organization for Standardization ISO. [consultado 13 marzo 2016]. Disponible en: [http://www.iso.org/iso/home/news\\_index/iso-in-action/health.htm](http://www.iso.org/iso/home/news_index/iso-in-action/health.htm)

<sup>27</sup> The Joint Commission. About the Joint Commission. [citado 4 enero 2016] Disponible en: [http://www.jointcommission.org/about\\_us/about\\_the\\_joint\\_commission\\_main.aspx](http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx)

<sup>28</sup> The Joint Commission. Estándares para la acreditación de hospitales. Cuarta edición. 1 de enero de 2011. [consultado 12 febrero 2016] Disponible en: [http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios\\_dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf](http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios_dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf).

Calidad que se otorga considerando los criterios del Modelo de Excelencia Empresarial o Modelo Europeo para la Gestión de la Calidad Total.

Estos criterios están organizados en dos grupos: los Criterios Agentes que describen como se consiguen los resultados y los Criterios de Resultados que muestran específicamente lo que se ha conseguido. El modelo fue desarrollado por un equipo de expertos y representa un marco aplicable a cualquier organización, independientemente de su tamaño o sector.

Su concepción es la de que un equipo (liderazgo) actúa sobre unos agentes (facilitadores) con la finalidad de generar una serie de procesos que se reflejarán en los empleados, los clientes y en la sociedad en general motivándolos y comprometiéndolos a alcanzar mejores resultados.

El modelo EFQM no representa una contradicción ni una sustitución de otros, tales como las normas ISO, sino que intenta aportar un escenario más amplio y generalizable, dentro del cual puede integrarse cualquiera de los otros. Su razón principal de ser es orientarse a la excelencia y ha evolucionado en el tiempo, de acuerdo con los cambios de todo tipo operados en el contexto de los negocios, la sociedad y la tecnología.<sup>29</sup>

Los tres modelos presentados, en sus versiones más recientes destacan por su orientación al cliente (huésped, paciente, pasajero, usuario, comprador, etc.), su vinculación con la organización, los procesos y el estímulo a la innovación y al desarrollo.

---

<sup>29</sup> EFQM. The need for a model. [consultado 11 febrero 2016] Disponible en: <http://www.efqm.org/efqm-model/the-need-for-a-model>.

## II. EVALUAR LA CALIDAD EN SALUD. EN BUSCA DEL MEJOR PUNTO DE VISTA PARA HACERLO

### *Los retos actuales de la evaluación de la calidad en salud*

Una de las funciones esenciales que han sido identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de América, es la garantía de calidad de los servicios de salud. Dentro de los elementos básicos que permiten medir su alcance, está la utilización de la evaluación de las intervenciones de salud con el mayor nivel posible de rigor científico.

El reto de hacer una evaluación de la calidad en el campo de los sistemas y servicios de salud, requiere una conciencia clara acerca de que su objeto de trabajo son las personas y las poblaciones.

Con este respecto, resulta oportuno enfatizar lo que la Organización Mundial de la Salud en su constitución afirma: “toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de la atención como un objetivo del macroproyecto de salud para todos”.<sup>30</sup>

Este organismo además de indicar que el centro de atención son las personas, considera cinco elementos fundamentales de la calidad:

- Alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de los recursos
- Mínimo riesgo para el paciente
- Alto grado de satisfacción del usuario
- Impacto final en la salud de las personas

Sin duda, todos estos elementos son importantes, pero el último es esencial y representa el mayor reto al que se enfrentan los gobiernos y sistemas de salud en el mundo, lo que implica un compromiso donde la directriz apunta hacia las personas. A veces nos preguntamos ¿por qué algunas intervenciones de salud no logran el impacto esperado en el paciente, la familia y la colectividad?, en este caso nos referiremos a la Diabetes Mellitus tipo 2.

---

<sup>30</sup> Gilmore C, de Moraes H. Manual de Gerencia de la Calidad. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg, Serie HSP-UNI Operativos Paltex. 3(2).1996.

A nivel mundial existen 383 millones de personas viviendo con esta enfermedad,<sup>31</sup> de las cuales apenas el 20 % alcanza a lograr un buen control metabólico; cada 6 segundos muere una persona por esta causa; y existen 175 millones de personas que están sin diagnosticar. En México de los 6.4 millones de enfermos de diabetes, el 75 % enfrentan el riesgo latente de presentar complicaciones tales como retinopatía, insuficiencia renal por un mal control.<sup>32</sup> ¿Qué está sucediendo con las estrategias llevadas a cabo hasta ahora?

No faltan, sin embargo, trabajos de evaluación de diferentes tipos que informan sobre el problema y que se orientan, casi siempre, a lo que sucede desde el punto de vista del control de la enfermedad.

Aproximadamente el mismo resultado aparece en escenarios, épocas y países diferentes, o sea: la enfermedad no está controlada. Cuando se revisan estas informaciones, podemos encontrarnos con un hallazgo común: se estudia la enfermedad, no los pacientes.

Si las evaluaciones no ofrecen pistas suficientes como para resolver o reducir el problema, el producto de esos estudios resulta de una utilidad discutible.

### ***Las evaluaciones como parte del ciclo gerencial. Luces y sombras***

Henry Fayol, a principios del siglo XX, definió por vez primera las llamadas funciones de la administración, las que identificó como planificación, organización, dirección y control. Poco ha variado esta concepción en los casi cien años de su expresión inicial. Se han aportado algunas modificaciones a sus títulos o a sus definiciones, quizás añadida una o más funciones producto de separar en partes algunas de ellas y sobre todo se ha descubierto que cada función es internamente gerenciable, o sea se planifica, organiza, dirige y controla.

Lo más importante de este aporte, clásico pero vigente, es que la gerencia es una combinación integrada y balanceada de todas esas funciones. Hacer planes brillantes que no se organizan, soluciones organizativas que no obedecen a un plan, o controles que no están relacionados con una estrategia o meta, son ejemplos conocidos de fracasos en el desempeño de las instituciones.

La evaluación es una expresión de la función control. El propósito de esta es comprobar si lo planificado y organizado se ejecuta en la vida real tal como está concebido.

---

<sup>31</sup> International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. Sixth Edition, update 2014

<sup>32</sup> Federación Mexicana de Diabetes AC. Diabetes en números. 2013.

En el mundo contemporáneo se le añade la capacidad para poner de relieve nuevas maneras de hacer las cosas que hasta ese momento se concebía que estuvieran bien hechas. Esa es la base de lo que se conoce como *mejoramiento continuo de la calidad*.

La evaluación, por tanto, no solo debe apreciar cómo se cumplen las normas federales, estatales o locales con respecto, en este caso, a los servicios de salud. Debiera descubrir en qué momento, tales normas son insuficientes para explicar los fenómenos que se presentan y para ello tiene que disponer de los instrumentos que le permitan llegar a las causas de estos que es la única manera de aportar evidencias suficientes para que el problema pueda ser resuelto, prevenido o aliviado. Cuando esto no sucede, hay que preguntarse entonces si se está averiguando lo que realmente hace falta o se está simplemente verificando que la norma se aplique.

Para que la evaluación sea realmente un aporte al desarrollo gerencial, a la competitividad y al mejoramiento continuo de la calidad, se necesita:

1ro. Que tenga definido con precisión su objetivo de estudio y lo que se quiere averiguar con respecto a este.

2do. Que disponga de los métodos, técnicas e instrumentos suficientes para encontrar las evidencias que necesita y para poder explicarlas.

3ro. Que aporte suficientes elementos para que las funciones planificación y organización ajusten sus concepciones, normas o estrategias en la dirección que mejor contribuyen a resolver el problema.

En el caso de la evaluación ha predominado la llamada **satisfacción del paciente** que, como veremos más adelante, no se refiere exactamente a esas personas sino a lo que los directivos, prestadores o profesionales consideran que son las cosas por las que los pacientes deben sentirse satisfechos.

Esta concepción importada de la industria, el comercio y los servicios, y ya superada por estos, resulta más débil aún en el caso de una actividad donde los aspectos socio psicológicos y la participación activa del que recibe el servicio constituyen un factor esencial para el logro de los resultados.

Se trata entonces, no de sustituir la evaluación por otros mecanismos, sino de reconsiderar la evaluación en el marco de lo que es su concepción original y en el sentido de las particularidades que distinguen a las personas, las familias y la población cuando de sistemas y servicios de salud se trata.

## *Las insuficiencias de la calidad medida por la satisfacción del paciente*

Hay una tradición, marcada primero por la industria y seguida posteriormente por el comercio y los servicios, en la cual el productor o el prestador están seguros que saben lo que el cliente quiere, y en consecuencia diseñan, producen y distribuyen productos y servicios en función de ese modelo.

Por esta vía, surgieron todos los mecanismos cuantitativos para medir la **satisfacción del paciente** y las numerosas tablas y gráficos para presentar los resultados. Por tanto resultaba claro concluir: “si el cliente está satisfecho, todo anda bien”.

Toda esta corriente fue adoptada por los sistemas y servicios de salud, y extendida como modo de entender si los pacientes, la familia y la población percibían como buena la calidad del servicio. Lamentablemente, los resultados no han sido buenos. Las insuficiencias de la satisfacción del cliente y la percepción de la calidad se pusieron en evidencia en la medida en que los sectores de la industria, el comercio y los servicios, no les servía para explicar la falta de fidelidad de sus usuarios, la pérdida de competitividad de la empresa o el triunfo de otros empresarios que lograban entender a sus clientes empleando métodos diferentes.

También en el sector salud, empezaron a notarse tales insuficiencias, pero algunos de los avances en otros sectores, como la experiencia, el compromiso, la participación o la orientación al cliente, se empezaron a utilizar pero empleando los mismos métodos anteriores. Los autores lo han podido comprobar a lo largo de sus trabajos de investigación sobre calidad en salud al notar que ha existido la intención pero no se ha aplicado el método adecuado. Sobre esto volveremos en capítulos posteriores.

En consecuencia, la evaluación de las intervenciones de salud empezó a considerarse, desde la perspectiva de los pacientes y de los prestadores, pero casi siempre siguiendo los cánones de la **satisfacción**.

Tanto en lo tradicional, como en esta primera aproximación, la calidad del servicio de salud se ha venido valorando generalmente bajo métodos y técnicas de base cuantitativa, muy influidos a su vez por las formas tradicionales en que las empresas de otros sectores creían entender a sus clientes. Veamos algunos de los efectos:

- a) Tendencia a preguntar lo que los directivos quieren saber y no lo que es necesario conocer.
- b) Numerosos factores relacionados con la calidad en salud son básicamente cualitativos, por lo que quedan fuera.
- c) Se intenta expresar la satisfacción de los pacientes con respecto a la calidad en

términos de porcentajes globales, lo cual, en el caso de las organizaciones sanitarias no dice nada, ni aporta elementos para la toma de decisiones.

d) Se producen contradicciones importantes entre las expresiones positivas de satisfacción y el hecho real de mala calidad en el servicio.

e) Tendencia a valorar aspectos solo puntuales, en un tipo de servicio donde la continuidad, la complejidad de los procesos y la necesidad de lograr coherencia entre tantos elementos actuantes diferentes, resulta decisiva.

f) El punto de vista del paciente, su necesaria participación y la medida en que sus inquietudes, temores, sufrimientos y riesgos no son evaluados y tomados en cuenta; quedan fuera de este tipo de enfoque.

Estas insuficiencias en la evaluación tienen un denominador común; no tener en cuenta al paciente en toda la riqueza de sus particularidades en un sector donde el peso de los elementos socio psicológicos tienen un carácter decisivo.

### ***Cuando el cliente es un paciente. Rasgos y consecuencias***

En el lenguaje contemporáneo, el cliente, paciente, usuario, huésped o ciudadano, como se deba identificar en cada caso, se define como la razón de ser de la entidad, sea esta orientada o no a utilidades, pública o privada, grande o pequeña. En este punto hay coincidencia total, pues de lo que se trata es de ser capaz; primero, de comprender al cliente; segundo de diseñar las estrategias, la organización y la operación alineada en esa dirección; y tercero, asegurar que la mejora continua sea la condición bajo la cual ese cliente fideliza la organización.<sup>33,34</sup>

El problema está en distinguir cómo se realiza esa comprensión en un sector donde las características de su cliente presentan numerosas particularidades que de no tenerse en cuenta, contaminaría desde las estrategias hasta los propósitos de mejora continua.

En la industria por ejemplo, cuando los productos no cumplen con los requisitos de calidad, estos pueden desecharse, reciclarse, venderse a menor precio, repararlos y ofertarlos con una marca diferente.

---

<sup>33</sup> Borré Ortiz YM. Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla. [Tesis]. Universidad Nacional de Colombia. Convenio Universidad Simón Bolívar. Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería Bogotá, Colombia. 2013.

<sup>34</sup> Bezos Daleske C. La diferencia entre valorar la experiencia del paciente y medir su satisfacción. [consultado 4 enero 2016]. Disponible en: [http://healthcocreation.wordpress.com/2014/06/12/la-diferencia-entre-valorar-la-experiencia-de-paciente-y-medir-su-satisfaccion/?blogsub=pending#blog\\_subscription-4](http://healthcocreation.wordpress.com/2014/06/12/la-diferencia-entre-valorar-la-experiencia-de-paciente-y-medir-su-satisfaccion/?blogsub=pending#blog_subscription-4) 12 junio 2014.

Los productos y servicios en el campo de la salud no son como cuando hablamos de las grandes marcas. El consumidor en el mercado de la salud responde a criterios, comportamientos, actitudes, necesidad de acceder al servicio o posición para responder ante las ofertas que son significativamente diferentes a los habituales en otros sectores.

En salud hay diferencias significativas que, para la evaluación de la calidad, son de especial relevancia y obligan a modificar sustancialmente o adaptar los métodos y técnicas originados en otros sectores.

Pasemos a destacar cuáles son tales diferencias, para hacer notar que la evaluación debe incorporarlas si de verdad se desea hacer sistemas y servicios de salud que, de forma sostenible y eficiente, sean capaces de asegurar el bienestar y la salud de las personas y las poblaciones.

- El costo de la mala calidad en la salud es alto. Se paga con daño a la integridad física y psicológica de las personas e incluso con pérdida de vidas, a lo que se añaden incrementos importantes en los gastos de salud.
- Muchos errores y daños prevenibles son irreversibles.
- El paciente es sujeto y objeto en la creación y ejecución del servicio. Esto quiere decir que no solo lo recibe, sino que también es parte de él.
- El prestador no necesita convencer o vender su oferta al paciente. Su posición privilegiada hace que sus indicaciones, prescripciones y órdenes de estudios sean aceptadas de forma natural.
- La meta ideal, en el caso de la salud, es que sus clientes no tengan necesidad de utilizar el servicio, cuestión contraria a lo habitual en otros sectores. La promoción de la salud, la prevención primaria y secundaria, los diagnósticos y tratamientos acertados tienen como finalidad que no tengan que volver. En otros sectores, lo que se estimula es que vuelva. En salud, el regreso puede ser sinónimo de mala calidad.
- Como todo servicio, no es posible que las personas prueben primero antes de utilizarlo, devuelvan el producto que no le satisfizo o lo almacenen para cuando vayan a necesitarlo.
- No es un producto para disfrutarlo, a diferencia de lo que venden en las tiendas, en los espectáculos públicos o en los parques temáticos. El paciente debe sufrir intervenciones agresivas, algunas a veces innecesarias, autoaplicarse medicamentos y tratamientos, cambiar su estilo de vida, hacer largas esperas para una actividad en que va a sufrir dolor, o cumplir órdenes sin entender bien por qué y para qué.
- Un mismo problema de salud de un mismo paciente requiere que visite diferentes lugares; acceda a profesionales y técnicos de especialidades distintas; y sea



sometido al escrutinio de equipos disímiles, todo lo cual puede ser repetitivo. La posibilidad de error, riesgo, mala actuación o incremento del sufrimiento del paciente por secuencias tan complicadas es muy alto. Esto también es mala calidad.

- No hay productor único. Si se examinan los determinantes socio económicos de la salud, es fácil distinguir que la producción de salud tiene un carácter social y que los servicios médicos son solo una parte del problema.<sup>35</sup>
- Es un derecho público reconocido por las constituciones de la mayoría de los países y al mismo tiempo una necesidad común a todas las personas y las poblaciones. Como tal, el estado está obligado a corresponder con este derecho y por lo tanto está sometido a presiones sociales que exigen la materialización de ese derecho.

Teniendo en cuenta estas particularidades, Malagón-Londoño, compara la industria con los servicios de salud y señala que los primeros “se pagan con pérdidas de dinero, mientras que la segunda lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral.”<sup>36</sup>

### *Una primera aproximación al problema de la evaluación de la calidad en salud*

Volviendo al tema del ciclo gerencial, podemos apreciar que, si la producción de salud tiene las especificidades anteriormente señaladas, para que dicho ciclo sea efectivo, sostenible y solvente debiera ser coherente con ellas. Detectar tales incoherencias sería entonces el objetivo principal de los procesos de evaluación de la calidad en salud.

Por ejemplo, supongamos que la planificación y organización de los servicios de salud está organizada en determinado país o institución de la forma jerárquica vertical concebida en la primera mitad del siglo XX. Si la evaluación de la calidad en salud se atuviera a tal concepción, no podrá en ningún momento poner de relieve las fallas. Se debe recordar, que en los métodos originales de la evaluación de la calidad, lo que había que demostrar es que todo se hacía de acuerdo con las reglas y de ser así resulta que no habría problemas.

El problema se puede rectificar de otra manera. El tránsito de políticas, estrategias, programas y organización del servicio puede ser muy lento en pasar de los métodos clásicos basados en la aparente satisfacción del paciente, para llegar a situar a este como el protagonista de todo ese proceso. Se trata entonces que se pudiera;

---

<sup>35</sup> Carnota O. Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. Rev Cubana Salud Pública [online]. vol.39, n.3, 2013. pp. 501-523.

<sup>36</sup> Malagón-Londoño G, Galán R, Pontón G. Garantía de calidad en salud. 2da. Edición. Colombia: Editorial Médica Internacional. 2006

1ro. Acelerar ese tránsito en la medida en que la evaluación de la calidad se conciba orientada a demostrar la no coherencia entre las particularidades de este cliente distinto y la forma en que el servicio se lleva a cabo.

2do. Demostrar que el origen del problema está en las funciones primeras del ciclo gerencial (planificación y organización), con lo cual se evidenciaría la necesidad de cambiar el punto contra el cual se hace la evaluación para pasar a aquella orientada al paciente.

Muchos de los logros en otros servicios y sectores se han basado en hacer del cliente el protagonista y la razón de ser de las principales decisiones que se tomen. Al considerar el carácter social de la producción en salud, resulta evidente que en este sector es más relevante que en cualquier otro, hacer transitar al paciente de sujeto pasivo a activo, de neutral o distante a socio comunitario "...combinar la voluntad del paciente con la habilidad del médico...una combinación poderosa".<sup>37</sup>

Al respecto, señala la Dra. Rosario García: "Debe entregarse a la persona enferma su función protagónica. Nadie mejor que ella para iniciar la discusión sobre el tema, desde sus propias percepciones, sus ansiedades, sus necesidades reales y sentidas y sus vivencias".<sup>38</sup>

La calidad como una realidad aplicada a la mejora en el campo de la salud, está vinculada al diseño y rediseño de los procesos asistenciales, lo que implica la simplificación y racionalización de los mismos y por ende se reducen trámites, desplazamientos y demoras en la atención. De lo anterior se puede deducir que una mayor eficiencia en el campo de la salud es sinónimo de mayor calidad en el servicio, lo cual no es siempre así en otros sectores.

Los doctores Bialek, Duffy y Moran abordan este mismo problema con una visión incluso más compulsiva, "Da lo mismo que usted aplique los principios de calidad de la asistencia médica basándose en las enseñanzas de Edward Deming o en cualquiera de los métodos para la mejora y la sostenibilidad de la calidad, uno de los principios fundamentales es conocer y resolver las expectativas de sus clientes"<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Harold B. Keys to be Patient Active. Cancer Support Comm. 2010. [consultado 15 agosto 2014]  
Disponible en: <http://www.cancersupport-phila.org/documents/ARFY10-11.pdf>

<sup>38</sup> García R, Suárez R. Dimensión educativa del cuidado de las personas con enfermedades crónicas. Revista Cubana de Endocrinología. v.12 n3. Ciudad de La Habana sep-dic. 2001 pp. 178-187

<sup>39</sup> Bialek R, Duffy Grace L, Moran JW. The Public Health Quality Improvement Handbook. EUA. ASQ Quality Press. 2009.

### III. LA CALIDAD EVALUADA BAJO LOS CÁNONES TRADICIONALES. ENFOQUE CRÍTICO

#### *El punto de partida*

La investigación que a continuación se presenta, constituye el primer intento significativo de los autores para satisfacer sus inquietudes con respecto a la evaluación de la calidad. Se previó un acercamiento mayor a los pacientes y sus familias, se trató de abarcar un grupo de enfermedades de peso importante en el cuadro epidemiológico del estado y se emplearon técnicas de carácter cuantitativo y cualitativo, pero con una presencia mayor de las primeras.

El empleo de enfermedades trazadoras se concibió en este trabajo para evaluar específicamente, la atención médica recibida por un grupo de población, considerando los servicios responsables de otorgarla.

Los autores consideran que un requisito fundamental para que un grupo de enfermedades puedan considerarse como trazadoras, es su capacidad para generar una visión lo más exacta posible de la situación de la calidad en el territorio.

Su definición demanda un trabajo previo mediante el cual, grupos de expertos conocedores del lugar, del momento y de las circunstancias demográficas, epidemiológicas, sociales y económicas, alcancen por consenso tal definición. Ese fue el proceso seguido para identificar las que se utilizaron en este trabajo.

El estudio estuvo precedido de un análisis de las tendencias más recientes en el campo de evaluación de la calidad en salud y de un análisis de las particularidades de los sistemas y servicios de salud y su influencia en las características de las personas que son objeto de dichos servicios.

La operatividad estuvo a cargo de un equipo de trabajo y se cubrió todo el territorio comprendido por el estado de Tabasco. Se obtuvo un diseño metodológico riguroso y al mismo tiempo suficientemente práctico que permitió cubrir una gran extensión geográfica, alto número de unidades y cantidad significativas de elementos a tomar en cuenta para inferir la calidad de la asistencia médica de ese nivel de atención.

#### ***El contexto***

La investigación se llevó a cabo en el año 2010 en el estado de Tabasco, situado en el sureste de la República Mexicana, con una población aproximada de 2,368,708 habi-

tantes que representa el 1.93 % de la población nacional y aporta 1.14 % al producto interno bruto (PIB) del país.

Tabasco se ubica dentro de los estados con desarrollo humano medio: 0.78. El índice de desarrollo humano nacional asciende al 0.80. El estado posee un patrón de morbilidad con alto grado de polarización; por un lado, se tiene la prevalencia de enfermedades como la Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares; y por otro, persisten enfermedades como las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, etc.

El patrón de mortalidad está representado por la Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedades del corazón y tumores. Posee un nivel de desarrollo socioeconómico medio en comparación con los índices nacionales.

### *El enfoque metodológico*

Dada la extensión y complejidad de la investigación, fue necesario organizar el proceso de su diseño en etapas, aunque no estrictamente secuenciales, de la forma siguiente:

1. Definición de enfermedades trazadoras.  
Diabetes mellitus, hipertensión arterial, Infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda.
2. Dimensiones y variables a utilizar.

<b>Dimensión: Perfil del médico</b>	
<b>Variables</b>	
Caracterización.	Edad, género, antigüedad laboral, tipo de plaza, nivel de estudios.
Conocimiento sobre la norma oficial mexicana de cada padecimiento trazador.	Prevención, diagnóstico y tratamiento.
Actuación clínica con respecto a la norma oficial mexicana de cada padecimiento trazador.	Congruencia clínico-diagnóstica. Congruencia diagnóstico-terapéutica.
Satisfacción.	Satisfacción con su trabajo, seguridad e higiene laboral, capacitación recibida, evaluación del desempeño, reconocimiento a su trabajo, confort, materiales para el trabajo.

<b>Dimensión: Perfil del paciente hipertenso y diabético</b>	
<b>Variables</b>	
Caracterización.	Edad, sexo, nivel de estudios, ocupación, tiempo de evolución de su padecimiento.
Conocimientos sobre su padecimiento.	Medidas preventivas, Prevención de las complicaciones, Cuidados en el hogar.
Estilos de vida.	Ejercicio, alimentación, adherencia terapéutica, hábitos tóxicos e incorporación a grupo de ayuda mutua.
Control metabólico en diabetes e hipertensión.	Índice de masa corporal, cifra de tensión arterial, cifra de glucosa, cifra de colesterol, cifra de triglicéridos.
Satisfacción con la atención que recibe.	Información, trato recibido, confort, tiempo de espera.

<b>Dimensión: Perfil de las madres de los pacientes con IRA Y EDA</b>	
<b>Variables</b>	
Caracterización.	Edad, sexo, nivel de estudios, ocupación.
Conocimientos de la madre sobre el padecimiento.	Medidas preventivas, Prevención de las complicaciones, Cuidados en el hogar.
Actuación en el hogar para el cuidado del menor, con infección respiratoria aguda.	Medidas preventivas, Prevención de las complicaciones, Cuidados en el hogar.
Satisfacción de la madre con la atención que recibe.	Información, trato recibido, confort, tiempo de espera.

<b>Dimensión: Capacidad de respuesta de la institución</b>	
<b>VARIABLES</b>	
Infraestructura física y humana.	Consultorio médico equipado, insumos, medicamentos, materiales, equipos, recursos humanos y oferta de grupos de ayuda mutua.
Accesibilidad.	Prevención, diagnóstico y tratamiento. Disponibilidad y acceso para la referencia oportuna a los pacientes para estudios de laboratorio, gabinete y consulta médica especializada.
Documentos básicos.	Existencia de manuales de organización, guías de práctica clínica, manuales de procedimientos, normas y protocolos de atención, diagnóstico de salud.

### **Diseño del estudio**

Para realizar la evaluación de la calidad en las unidades de atención primaria de las cinco regiones que conforman el estado de Tabasco, se empleó un diseño observacional, descriptivo, transversal.

### **Diseño muestral**

<b>Universo</b>	<b>Muestra</b>
37 unidades de atención primaria pertenecientes a los 17 municipios del estado de Tabasco.	27 unidades de APS: 16 urbanas y 11 rurales en 13 municipios.
808 médicos.	569 médicos.
808 núcleos básicos.	569 núcleos básicos.
3558 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en control.	500 pacientes, 500 expedientes.
3447 pacientes con hipertensión arterial.	500 pacientes, 500 expedientes.
3299 madres de niños con infección respiratoria aguda.	500 madres, 500 expedientes.
3008 madres de niños con enfermedad diarreica aguda.	500 madres, 500 expedientes.

## ***Diseño de los instrumentos***

Se diseñaron, probaron y validaron los instrumentos que se utilizarían para capturar información relativa a los cuatro padecimientos trazadores y a las dimensiones y variables definidos anteriormente, con todo el rigor científico.

Como resultado se obtuvieron:

- Cuestionarios para médicos sobre conocimientos sobre la norma oficial mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control en los cuatro padecimientos trazadores.
- Guías para auditoría médica del expediente clínico por cada uno de los padecimientos trazadores, basado en las normas oficiales mexicanas.
- Cuestionario de satisfacción para los médicos de las unidades seleccionadas.
- Cuestionarios para usuarios sobre conocimientos, actuación y satisfacción por cada padecimiento trazador.
- Guías de observación para diagnóstico de la capacidad de respuesta de la institución en la atención a los usuarios por cada una de las enfermedades trazadoras.

## ***Trabajo de campo***

### **Métodos:**

Encuesta, observación y auditoría médica.

### **Proceso seguido:**

- Se realizaron 30 visitas de campo a las jurisdicciones sanitarias de los municipios del estado donde están adscritas las unidades de salud seleccionadas, para concertar con los directivos las actividades relacionadas con el desarrollo de la investigación.
- Para reducir los sesgos en la recolección de la información se realizó lo siguiente: Se distribuyeron los instrumentos por dimensiones, por regiones, municipios, unidades y núcleos básicos considerados en la muestra.

## ***Procesamiento***

### **Propósito:**

Consolidar los datos primarios por variables, dimensiones, enfermedades y el estado como un todo, de acuerdo con las necesidades de su posterior análisis.

**Método:**

Estadístico, con apoyo informático.

**Proceso seguido:**

- Revisión y organización de la información.
- Clasificación y compilación de los datos.
- Procesamiento e integración de los datos con el Statistical Package for Social Sciences versión 15.0.

**Producto obtenido:**

- Tablas consolidadas por cada enfermedad trazadora, organizadas en una base de datos.

## **Análisis y síntesis**

**Propósito:**

Analizar, integrar e interpretar la información para la presentación final de los resultados.

**Método:**

Estadístico, con apoyo informático.

Herramientas de análisis y solución de problemas de calidad (diagrama de Pareto, tabla de relaciones, diagrama de Ishikawa)

**Proceso seguido:**

- Análisis y resultados por cada enfermedad.
- Análisis e integración, a escala de estado, de los resultados por cada enfermedad.
- Organización de los resultados en función del usuario, determinación de los resultados de mayor peso e impacto, balance entre elementos positivos y negativos, interpretación.

**Producto obtenido:**

- Presentación de los resultados por enfermedades mediante gráficos, cuadros y tablas.
- Presentación de los resultados, a escala de estado, mediante cuadros, tablas de relaciones y diagrama de Ishikawa, modificado.



## ***Limitaciones del estudio***

No se consideraron algunas variables de prevención primaria y continuidad de la atención en este estudio debido a limitantes en el sistema de atención primaria que no permitieron su evaluación.

A pesar de la intención original de obtener una visión más completa de la calidad en el estado a partir de tomar en cuenta los puntos de vista de los pacientes y familiares, no fue posible contar con los instrumentos adecuados para profundizar suficientemente en este aspecto, lo cual influyó en los resultados.

Las auditorías médicas de pacientes con infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda contemplados en la muestra, no se pudieron realizar en su totalidad, debido a que los casos analizados no contaban con expedientes clínicos suficientes; cuya cifra final fue de 200 por cada padecimiento.

## ***Consideraciones éticas***

Se analizaron, valoraron y consideraron los principios éticos para las investigaciones médicas, adoptada por varios países del mundo y se ajustó al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación con seres humanos en México.

## **RESULTADOS**

### ***Evaluación de la calidad de la atención al paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial***

La calidad de la atención al paciente con Diabetes Mellitus tipo II en la Atención Primaria de Salud (APS) del estado confronta varios problemas significativos. Entre los que se puede considerar más críticos están:

- El nivel insuficiente de conocimiento de los médicos en cuanto a las acciones de diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, lo que se refleja en incongruencias clínico-diagnósticas y diagnóstico-terapéuticas.
- Carencia de documentos de apoyo a la actuación médica, sobre todo las normas oficiales mexicanas y las guías de práctica de la especialidad que, en alguna medida pudieran compensar la falta de conocimientos, reducir el riesgo de error y ayudar al uso racional de los recursos necesarios para tratar este padecimientos.

Los pacientes que acuden a las unidades de atención primaria de salud del estado, para el seguimiento y control, demuestran conocimientos insuficientes sobre su

padecimiento, manejo de los síntomas, tratamiento y prevención de complicaciones. La satisfacción con la atención es elevada, pero la auditoría realizada a 500 expedientes clínicos de estos pacientes, demuestra un control metabólico deficiente, niveles de presión arterial, hemoglobina glucosilada, triglicéridos y colesterol muy por encima de las cifras normales, sobrepeso, obesidad y sedentarismo, llevan una alimentación inadecuada, no asisten a grupos de ayuda mutua y evidencian poco apego al tratamiento.

El escenario encontrado alrededor de esta problemática va más allá de las cuestiones de la percepción. El estudio demostró que la satisfacción del usuario por sí misma, no alcanza para indicar si existe calidad en la atención.

Lo anterior confirma, una vez más, que los procesos de la atención médica son un problema que comparten, tanto el prestador como el usuario; basta que uno falle para que el proceso se perjudique, en este caso fallan ambos.

Como resultado de los aspectos señalados en los párrafos anteriores, el número de pacientes no controlados es alto, lo cual sintetiza en un solo concepto que la calidad de la atención no logra la excelencia requerida.

### ***Evaluación de la calidad de la atención al paciente con infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA)***

El conocimiento y actuación clínica que tiene el personal médico de las unidades de atención primaria de la Secretaría de Salud de Tabasco es poco adecuada para proporcionar una atención según lo establecido en la Norma Oficial Mexicana al paciente menor de 5 años con enfermedad diarreica aguda.

El desempeño del profesional puede verse comprometido fundamentalmente por las insuficientes y poco efectivas supervisiones y asesorías en servicio que reciben de sus superiores, la falta de capacitaciones oportunas y específicas, la inexistencia de instrumentos de consulta en los procesos de atención como son: Guías de práctica clínica, protocolos de atención, manuales de procedimientos, algoritmos de atención, y algunos casos la no disposición de la norma oficial mexicana.

Dentro de los motivos de insatisfacción médica, aunque en baja proporción declarado por los profesionales, destacan la falta de capacitación, la escasa supervisión por parte de sus jefes inmediatos, el bajo o nulo reconocimiento por su labor realizada y la percepción económica que reciben lo que coincide con la problemática anteriormente citada.

Las madres de los menores con EDA, son jóvenes y cuentan con herramientas educativas que les pueden facilitar la adopción de capacidades, no obstante el conocimiento que tienen sobre los cuidados que deben proporcionar a sus hijos; así como la actuación al momento de la atención del menor en su hogar es deficiente. Tienen arraigado el hábito de medicar sin prescripción y no asisten regularmente con sus hijos a control médico, desconocen que existe un grupo de ayuda mutua al que deben asistir para capacitarse. Las técnicas empleadas de educación para la salud no son las más adecuadas, ya que se carece de una metodología participativa con enfoque en la práctica **aprender haciendo**.

La edad y el nivel educativo de las madres representan una oportunidad para los servicios de salud ya que son un recurso para la prevención, manejo y control de las enfermedades diarreicas.

La satisfacción con la atención es elevada en las madres con estudios, pero éstas no poseen la capacidad para evaluar la práctica médica en la atención del menor. Perciben solo el trato humano recibido durante la consulta, el confort y los tiempos de espera para ser atendidas.

Lo anteriormente expuesto permite afirmar que la calidad de la atención médica en las unidades de atención primaria transita más allá de la concepción subjetiva de los usuarios. Implica el correcto desempeño de los profesionales, la estructura institucional idónea para la prestación de los servicios, las capacidades de los usuarios en la prevención, el cuidado y restablecimiento de su salud como una responsabilidad compartida. Este estudio demuestra que en los procesos de atención al menor con EDA en las unidades de atención primaria, existen problemas de calidad relativos tanto al prestador como al usuario.

## ***Integración, análisis y síntesis***

### **Balance integrado**

Finalmente, resultó necesario integrar los resultados y realizar un balance del peso relativo entre aspectos positivos y deficiencias. Para ser consecuentes con la carga cualitativa que tenían las informaciones disponibles, los autores decidieron aplicar una forma gráfica para mostrar tal integración. Para ello, se hizo una adaptación del diagrama de Ishikawa y en vez de mostrar los *componentes de la mala calidad*, se decidió mostrar los *componentes que integran la calidad de la atención médica*, en este caso. De esta manera se simplificaba la manera de visualizar el producto final y se podía dar un enfoque gerencial a dicho producto, más cerca de las posibilidades de comprensión de los usuarios finales. (Ver Diagrama III.1).

En el diagrama, se puede apreciar que la calidad de la atención médica en el nivel primario de atención del estado, está integrada por siete dimensiones, cada una de las cuales incluye aspectos que favorecen una buena calidad y otros que la perjudican. Cada uno de ellos puede estudiarse posteriormente, aplicando la forma clásica de dicho diagrama, en función de encontrar las causas que los producen y darles solución.

Para disponer de un balance, también visual, entre los aspectos positivos y las deficiencias, se aplicó color al diagrama para distinguir unos de otros. (Ver Diagrama III.2). Es fácil apreciar que las deficiencias tienen el peso fundamental en los resultados y que incluso algunas de ellas producen impactos negativos de gran trascendencia en el nivel de atención estudiado, tal como se ha comentado en párrafos anteriores.

Otro elemento que puede derivarse de este balance, es el hecho de que los aspectos positivos, considerados como fortalezas, son insuficientes para resolver los deficientes, considerados como debilidades; lo que implica que el nivel primario de atención requiere de apoyo exterior para darles solución.

### Composición de la calidad, según los resultados

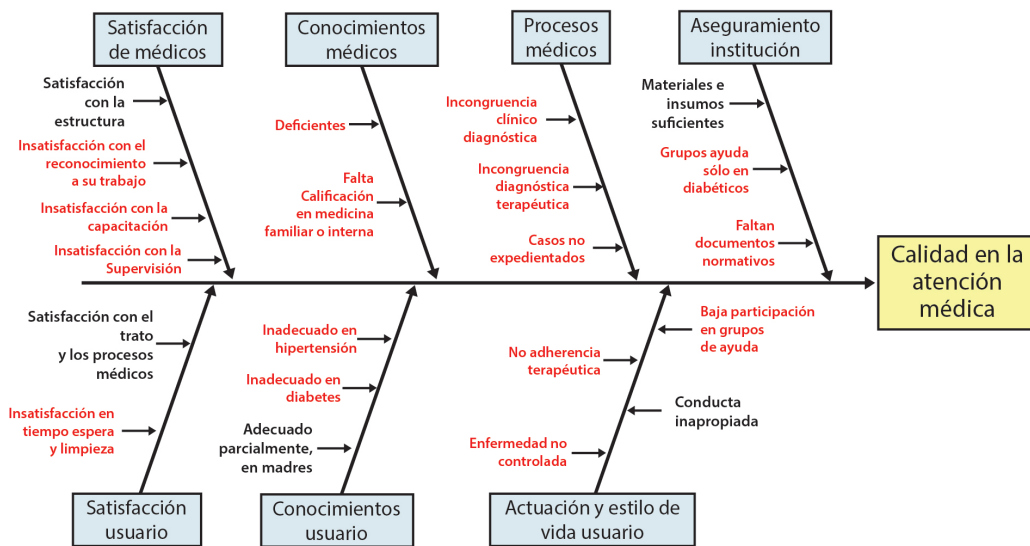


Diagrama III.1

Fuente: Resultados obtenidos por enfermedades

## Balance de factores componentes, según los resultados



Diagrama III.2

Fuente: Resultados obtenidos por enfermedades

## Análisis general de los resultados

Los resultados de la evaluación son casi idénticos en las cuatro enfermedades objeto de la investigación. El balance entre fallas y aciertos en la calidad de la atención primaria en todo el estado, se inclina completamente hacia las primeras.

Las fallas presentadas son, a su vez, posibles causas de efectos indeseables sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas atendidas en el sistema.

Por otra parte, los aspectos positivos que aparecen en los resultados no tienen el peso suficiente como para resolver dichas fallas, lo que demanda apoyo del sistema de salud del estado hacia este primer nivel de atención. Sin embargo, resolverlas no requiere, en general, inversiones significativas de dinero sino esfuerzos gerenciales que permitan cambiar lo que está sucediendo.

Los pacientes se muestran satisfechos con la calidad recibida, sin embargo quedó demostrado que esta era muy inferior a la que debieron recibir. Este es un resultado que no puede explicarse completamente con los elementos que aporta la investi-

gación, pero evidentemente hay dos elementos que influyen; el primero es que el paciente confunde buen trato con buen servicio,; el segundo es que el sistema desconoce las expectativas y verdaderas necesidades de los pacientes y por tanto no las considera al momento de organizar y ejecutar el servicio.

Los pacientes crónicos, particularmente los diabéticos, no están controlados, lo cual es el propósito principal del sistema que está siendo estudiado y no se pudo obtener una explicación clara de por qué sucede esto. Es muy probable que una de las causas sea un pobre trabajo de empoderamiento de pacientes y familiares, pero esto no fue estudiado.

No se obtuvo información acerca de qué piensan, sienten y esperan los pacientes del sistema, lo que pudiera haber sido de gran utilidad para estructurar un grupo de recomendaciones más acorde con esas perspectivas.

Otro enfoque conceptual y metodológico para el abordaje del perfil del paciente hipertenso y diabético puede ubicarse dentro del análisis del comportamiento del paciente (consumidor) en lo referente a la utilización de los servicios de salud. Una manera de entender el proceso por el cual los pacientes utilizan los servicios de salud, es a través de la interacción entre implicación y conocimiento.<sup>40</sup>

La **implicación** hace referencia al grado de motivación del consumidor y está determinada por los beneficios y riesgos asociados a los distintos productos. Es un estado emocional dirigido hacia un objetivo, cuya naturaleza subjetiva hace difícil su medición. El **conocimiento** o deseo de conocimiento, está relacionado con el grado de información que posee el consumidor para poder discernir en una elección de compra. Muchas tomas de decisiones solo obedecen a simples elementos informativos como: precio, nombre e imagen institucional. Los grados de ambos conceptos pueden ser altos o bajos, y dan pie a cuatro combinaciones que son aplicables a la compra de servicios de salud y que pueden relacionarse con la actitud consumista, o consumista, del consumidor sanitario.

En el contexto del comportamiento del consumidor, una actitud es “una predisposición aprendida para comportarse en forma favorable o desfavorable respecto de un objeto dado”.<sup>41</sup> Las actitudes son una expresión de sentimientos internos que reflejan si una persona esta predispuesta a favor o en contra a un objeto dado, es decir,

---

<sup>40</sup> Priego HR. Implicación y conocimiento en la actitud del usuario durante el proceso de consumo sanitario. Salud en Tabasco. 2005;11(3):400-403.

<sup>41</sup> Schiffman LG, Lazar-Kanuk L. Comportamiento del Consumidor. 5ª. Edición. México, Prentice-Hall Hispanoamericana; 1997.

hacia la utilización de un servicio de salud en particular. Como son el resultado de procesos psicológicos, las actitudes no pueden ser definidas directamente, sino que deben deducirse de lo que la gente dice o hace. La actitud hacia el consumo, entendida como la acción manifiesta de los consumidores en el proceso de compra de los productos de salud, puede adoptar una posición consumista o una consumerista.<sup>42</sup>

La visión del Consumismo Sanitario genera una acción acrítica e irreflexiva en la adquisición y un uso indiscriminado de productos de salud. En efecto, puesto que la atención a la salud constituye un mercado imperfecto –dado que los médicos tienen los medios para inducir su propia clientela y por la relativa ignorancia del consumidor, amén del llamado **paternalismo médico** – suele existir entre ambos una relación de poder y subordinación. Es decir, un médico dominante y un enfermo dominado. Bajo esta óptica, el típico usuario consumista de los servicios de salud no suele exigir su diagnóstico, ni demanda mayor información sobre su tratamiento. Asume que la evolución de su padecimiento dependerá absolutamente de lo que haga por él su médico, pero sin que contribuya mayormente. Por el contrario, el consumerismo en Salud, implica la posición concienzuda y reflexiva del consumidor, y el reconocimiento médico e institucional de su autonomía, valores, creencias y preferencias en materia de salud. Todo esto dentro de un marco legal, en el que los derechos humanos y del consumidor sanitario definen los límites permisibles en la relación médica y fomentan la corresponsabilización.

El consumerismo modifica la forma y fondo de la práctica médica al transformar el contexto en que se está llevando a cabo. A la vez que fortalece al humanismo médico, ya que revalora al enfermo como un ser humano que piensa, opina, siente y sufre, y que puede por sí mismo ser responsable de la toma de decisiones de cuestiones que atañen a su salud.

Partiendo de lo anterior, se realizó un estudio cuyo propósito general fue diseñar un instrumento recolector de datos, que permitiese determinar la actitud hacia el consumo de servicios de salud en función del grado de implicación y conocimiento de los consumidores, y posteriormente, usarlo en una muestra probabilística de usuarios de servicios de salud, derechohabientes de la Clínica Médico Familiar (CMF) Casa Blanca del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que por sus características de mayor edad y escolaridad al promedio del

---

<sup>42</sup> Priego HR. Mercadotecnia en Salud. Aspectos básicos y operativos. 4ª. Edición. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco / Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, 2015.

<sup>43</sup> Priego HR, Meneses JL, López JI, García R. Implicación y conocimiento en la actitud hacia el consumo de servicios de salud. El caso de los derechohabientes de la Clínica Médico Familiar Casa Blanca del ISSSTE. Salud en Tabasco 2005;11(1-2):344-355.



estado de Tabasco, la orientan hacia una actitud preferentemente consumerista.<sup>43</sup> Los objetivos específicos planteados fueron los siguientes: 1) elaborar y validar un cuestionario que mida la actitud hacia el consumo sanitario, con base al grado de implicación y conocimiento del consumidor, en cuatro categorías de análisis. 2) caracterizar a los derechohabientes del ISSSTE según las categorías de actitud hacia el consumo de servicios de salud, a través del uso de un cuestionario previamente diseñado, y 3) corroborar la actitud consumerista hacia los servicios de salud en una población de mayor edad y escolaridad al promedio urbano del estado mexicano de Tabasco (derechohabientes del ISSSTE).

Para su realización, el estudio se dividió en dos fases: una primera o de diseño y validación del instrumento recolector de datos; y una segunda o de aplicación del cuestionario en una muestra poblacional de la seguridad social con características particulares de mayor edad y escolaridad.

La Fase I (*Diseño y validación del cuestionario*) partió de la elaboración del instrumento recolector de los datos. Previamente se consultó a dos grupos selectivos de personas (uno de usuarios de servicios de salud y otro de proveedores médicos) bajo un procedimiento Delphi modificado, del cual se generó un banco de 36 aseveraciones representativas de las cuatro categorías de actitudes hacia el consumo sanitario: a) consumerista internamente orientado, b) consumerista externamente orientado, c) consumista internamente orientado, y d) consumista externamente orientado. Posteriormente se realizó una prueba piloto para validar el instrumento en 45 personas representativas de la población usuaria de servicios de salud en Tabasco, obteniéndose finalmente un cuestionario cerrado dividido en dos secciones cuyo cálculo de la confiabilidad se realizó mediante un análisis de la consistencia interna de acuerdo con el procedimiento de Cronbach, obteniéndose un alfa de 865.

En la Fase II (*investigación empírica*), se efectuó una investigación cognitiva – motivacional (cuali-cuantitativa) para evaluar la actitud hacia el consumo de servicios de salud con base al grado de implicación y conocimiento del consumidor, mediante la realización de un estudio explicativo, observacional, prospectivo, transversal. Como hipótesis de trabajo se consideró que “el grado de implicación y de conocimiento que tuviera el consumidor determinaría su actitud hacia el consumo sanitario en cuatro variantes” y que “la actitud preferente de los derechohabientes de la CMF Casa Blanca del ISSSTE hacia la utilización de servicios de salud sería consumerista”. Se identificaron como variables independientes a la **implicación**, entendida como la “motivación del consumidor, determinado por los beneficios y riesgos asociados a los distintos productos y/o servicios sanitarios”, y al **conocimiento**, definido como la “información que posee el consumidor para poder discernir en una elección de compra de un producto y/o servicio sanitario”. Para la variable dependiente, actitud hacia



el consumo sanitario, se consideraron 4 categorías: a) consumerista internamente orientado, b) consumerista externamente orientado, c) consumista internamente orientado, y d) consumista externamente orientado (Tabla III.1).

**Tabla III.1.** Definición operacional de la actitud hacia el consumo con base al grado de implicación y conocimiento del consumidor sanitario.

Variables	Categoría	Definición
Actitud Consumerista.	<b>Consumerista internamente orientado</b> <i>a.- Implicación alta y conocimiento alto.</i>	Persona altamente motivada para tomar una decisión por el servicio basándose en mucha información que tiene sobre determinadas patologías y su tratamiento.
	<b>Consumerista externamente orientado</b> <i>b.- Implicación baja y conocimiento alto.</i>	Persona poco motivada para tomar una decisión por el servicio basándose en mucha información que tiene sobre determinadas patologías y su tratamiento.
Actitud Consumista.	<b>Consumista internamente orientado</b> <i>c.- Implicación alta y conocimiento bajo.</i>	Persona altamente motivada para tomar una decisión por el servicio sanitario basándose en la escasa información que tiene sobre determinadas patologías y su tratamiento.
	<b>Consumista externamente orientado</b> <i>d.- Implicación baja y conocimiento bajo.</i>	Persona poco motivada para tomar una decisión por el servicio y con poca información sobre determinadas patologías y su tratamiento, su consumo sanitario se reduce a las decisiones que toma el proveedor del servicio.

La población, de este estudio, la constituyeron 41,346 derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que reciben consulta de acuerdo a sus necesidades sanitarias en la Unidad Médica Casa Blanca, en la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, México. De acuerdo a las características de la población y a los objetivos del estudio, se decidió utilizar un esquema de muestreo probabilístico que permitiera, a través de una muestra realizar, las estimaciones de los parámetros de interés. El esquema de muestreo utilizado fue el aleatorio irrestricto para proporciones, aplicando un muestreo piloto de 45 cuestionarios a igual

número de unidades, con los cuales se estimó la variabilidad de las variables de interés y se determinó un tamaño de muestra de 381 unidades con error permisible de 5 % y una confiabilidad del 95 %. El cuestionario recolector de datos contenía 23 preguntas de formato cerrado.

### ***Actitud hacia el consumo de servicios de salud***

Con base a la metodología empleada los valores registrados para la actitud hacia el consumo presentaron una distribución con marcada tendencia hacia el consumerismo (74 %). En números absolutos los individuos considerados como consumeristas internamente orientados fueron 91 y los consumeristas externamente orientados 186.

En el caso de los derechohabientes etiquetados como consumistas (15 % del total de los encuestados), solo se determinó un grupo de 57 derechohabientes como consumistas internamente orientados.

En este estudio, llamó la atención la relación que guardaba la cronicidad con la actitud hacia el consumo sanitario (el 85 % de los encuestados como pacientes de patologías crónicas fueron considerados como consumeristas), y es que en el caso de las enfermedades de larga evolución (crónico degenerativas) los afectados adquieren un gran conocimiento sobre sus patologías y saben sobre sus tratamientos y pruebas de control. La implicación se suele reflejar en una adecuada correspondencia y en el desarrollo del facultamiento del enfermo (empoderamiento).

### ***Insatisfacción del investigador sobre lo encontrado***

La metodología empleada se ajusta completamente a lo que habitualmente se emplea para hacer estudios de evaluación de la calidad. Una revisión de los resultados y del análisis general presentado en los párrafos anteriores hace pensar que se quedaron elementos por estudiar, pero que estos no saldrían normalmente en una investigación donde el peso de lo cuantitativo es fundamental y donde no hubo oportunidad de que las personas exteriorizaran plenamente qué sienten, qué piensan, qué les preocupa y qué esperan del sistema de salud y los médicos y enfermeras que los atienden. A manera de darle solución a estas insuficiencias, los investigadores trabajaron en un nuevo diseño de investigación que permitiera encontrar dichos elementos faltantes. En el capítulo siguiente se muestra cómo se hizo y cuáles fueron los resultados.

## IV. UN PASO MÁS HACIA SITUAR AL PACIENTE EN EL CENTRO

### *Motivos para buscar un nuevo enfoque*

El estudio descrito en el capítulo anterior, logró, por vez primera en el estado de Tabasco, brindar un panorama amplio sobre la situación de la calidad de los servicios en el primer nivel de atención, tomando como elemento representativo cuatro enfermedades trazadoras de importancia relevante en el cuadro sanitario del territorio. El caudal de información obtenida y los métodos aplicados para conseguirla, procesarla y analizarla permitieron revelar contradicciones importantes entre los propósitos y los resultados, e hicieron evidente que faltaban aún respuestas cuyo esclarecimiento demandaba enfoques y técnicas más cerca de lo que los pacientes piensan, esperan y sienten. Como se comentó al final del capítulo anterior, muchas de esas repuestas pendientes están asociadas a no haber identificado suficientemente, las perspectivas de pacientes y familiares, cuestión generalmente no considerada en las evaluaciones de calidad.

Teniendo en cuenta las particularidades de los sistemas y servicios de salud y lo que esto significaba para la caracterización de un tipo de usuario que llega a este servicio por una necesidad impostergable, que tiene que hacer parte del propio servicio y que en ese proceso sufre, se angustia y se siente inseguro; se hizo necesario ampliar la investigación anterior. Esta vez situando al paciente en el primer plano, aplicando métodos e instrumentos de avanzada en el campo de las investigaciones de tipo cualitativa y asegurando que el ciclo gerencial se completara al verificar los resultados de la evaluación contra la planificación y la organización de manera de demostrar su incoherencia con lo que realmente pasaba.

Estas características tienen una trascendencia mayor cuanto se trata de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), pues de alguna manera, esa persona queda subordinada a tal proceso por el resto de su vida.

Por otra parte, los autores ya tenían la impresión de que en el estado de Tabasco, el diseño de las políticas, las estrategias, los programas y la organización del servicio no tomaban en cuenta suficientemente tales características, lo que hacía falta era demostrarlo.

Se trataba entonces de hacer una evaluación de la calidad no destinada precisamente a determinar si lo que se hacía se correspondía con las políticas, las estrategias,

los programas y la organización, que sería lo clásico, sino a mostrar las carencias que estos tenían con respecto a lo que los pacientes y las familias sentían, creían y esperaban. Un enfoque situado en el mismo centro del concepto de mejora continua de la calidad.

En consecuencia, se procedió a verificar si el sistema de salud tenía la posibilidad de dar respuesta a la necesaria continuidad de la atención a estos pacientes, de si el prestador era capaz de escucharlo y comprenderlo como persona y no como enfermo y, en particular, de cómo el contexto contribuía realmente a que la producción de salud tuviera un carácter social.

Habría que tener en cuenta que buena parte de las acciones preventivas se concentraban en la simple educación de los pacientes, sin que hayan alcanzado resultados relevantes como producto de ese esfuerzo.<sup>44,45,46</sup>

Para esta aproximación hacia la evaluación de la calidad, se tomaron en cuenta varias de las tendencias gerenciales más recientes en cuanto a conseguir que el paciente sea visible, entre ellas:

- La experiencia del paciente, pues por esta vía, se empieza a aprender que el paciente teme, sufre y se angustia mucho más allá de su propio padecimiento lo cual pasa inadvertido por los mecanismos clásicos de la satisfacción. Aprovechar esta mirada para evaluar y proyectar sistemáticamente mejoras en la calidad de la atención es de vital importancia en mejora continua.<sup>47</sup>
- El compromiso del paciente, el cual se orienta a reforzar la comunicación y la interrelación entre el prestador y el paciente pasando de una situación pasiva hasta lograr que este asuma sus derechos para conocer, opinar y decidir con respecto a su salud.<sup>48</sup>

---

<sup>44</sup>Vargas A, González A, Aguilar MI, Moreno Y. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus. Rev Fac Med. UNAM; Vol. 53 No. 2 págs. 60 - 68. México. Marzo-Abril, 2010.

<sup>45</sup>Vicente BM, Zerquera G, Rivas EM, Muñoz JM, Gutiérrez YT, Castañedo E. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus en pacientes con diabetes tipo 2. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur 8(6), 2010.

<sup>46</sup>Lerman I. Estudio piloto de dos diferentes estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con diabetes tipo 2. Gac Méd Méx. Vol. 145 No. 1, 2009 pp. 15-19.

<sup>47</sup>Wolf JA. Patient Experience or Patient's Satisfaction? The PFCC Press. A patient and family centered care newsletter. 28 agosto 2014 [consultado 2014 Dic 4];28 august. Disponible en: <http://www.pfcc.org/newpfcc/wpcontent/uploads/2014/08/August2014.pdf>

<sup>48</sup>Sun Y. Rethinking Public Health: Promoting Public Engagement Through a New Discursive Environment. Amer J Public Health. 2014 [consultado 2014 Dic 19];104(1):e6-e13. doi: 10.2105/AJPH.2013.301638. Disponible en: <http://www.ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2013.301638>

- La atención centrada en el paciente, que se refiere a diseñar las estrategias, la organización de los servicios y el flujo operacional con un enfoque orientado al paciente y no en función de la división jerárquica, los intereses profesionales, la estructura del edificio o la mejor estética, es decir lograr situar al paciente como lo primero y darle la visibilidad que se requiere.<sup>49</sup>

## **Concepción de la investigación**

Se diseñó un estudio, en el cual se investigó si el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, en el estado de Tabasco tenía un enfoque integral y coherente con las perspectivas de los pacientes. Para ello se procedió a determinar las perspectivas de los pacientes, su categorización y un análisis de su contenido.

Para completar el análisis, se estimó necesario realizar una exploración de las perspectivas de prestadores y familia que abordaría sucesivamente: su identificación, categorización e interrelación con las de los pacientes, de manera de comprender mejor las de estos.

Para la identificación de políticas, estrategias, programas y organización del sistema, se localizarían los documentos en que estos estaban soportados y se procedería a determinar cuáles perspectivas de los pacientes estaban tenidas en cuenta en dichos documentos. Su presencia o no, se considerarían evidencias que permitirían dar respuesta al problema de investigación.

Dadas estas características, los objetivos de investigación fueron definidos teniendo en cuenta las recomendaciones de Tamayo<sup>50</sup> para aquellos casos en que la solución del problema principal implica combinar y relacionar varios estudios, cada uno de los cuales tiene un resultado a alcanzar, siendo los más importantes el analizar las perspectivas de los pacientes sobre el manejo de la enfermedad, con énfasis en las barreras que les limitan para tener un control efectivo de ésta. Identificar la coherencia de las perspectivas de las personas con diabetes con las de los prestadores y las de las familias y por último, confrontar las actuales políticas, estrategias, programas y organización para el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, con respecto a las perspectivas de los pacientes con diabetes.

---

<sup>49</sup> Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Arch Argent Pediatr. 2014;112(1):55-58/55.

<sup>50</sup> Tamayo M. El proceso de la investigación científica. Editorial Limusa. México. 2004. p 139

## El enfoque metodológico

Para conocer las perspectivas de los pacientes, se realizó una investigación cualitativa de corte etnográfico de tipo transversal, que hace énfasis en el estudio de ciertos procesos sociales relacionados con el manejo de la enfermedad, bajo el supuesto de que la realidad se construye socialmente, y por lo tanto no es independiente de los individuos, lo que permite indagar los significados que la realidad tiene para las personas y la manera en que esos significados se vinculan con sus conductas.

Con el propósito de recabar datos cualitativos de los pacientes, médicos, enfermeras y familias, se definió el término perspectiva como el punto de vista desde el cual, estos consideran todo lo referente al control de la Diabetes Mellitus tipo 2, es decir, lo que piensan, sienten y esperan de sí mismos, de los servicios de salud y del contexto donde se desenvuelven.

Se localizaron pacientes con diabetes que tienen asistencia regular en forma de grupos, tanto en las unidades de la Secretaría de Salud del municipio Centro, como en la Unidad de Especialidades Médicas con Enfermedades Crónicas (UNEME) donde acuden pacientes con diabetes de todo el Estado. No se partió de cifras predeterminadas, sino que, basándose en el esquema de la teoría fundamentada, se fueron incorporando grupos en forma sucesiva hasta el punto donde se alcanzaba suficiente saturación en los discursos.

Métodos y técnicas	Propósito
Herramientas gerenciales y Dinámica de grupos.	Asegurar las condiciones para una amplia generación de ideas, organizarlas, integrarlas y alcanzar consenso.
Grupos focales.	Perspectivas de pacientes, prestadores y familiares.
Entrevistas a profundidad.	Perspectivas de pacientes, prestadores y familiares.
Análisis y síntesis.	Recopilación, análisis comparativo, integración, conclusiones, informe.
Teoría fundamentada.	500 pacientes, 500 expedientes. Construcción de resultados a partir del trabajo interactivo con numerosos actores.

Finalmente, llegaron a constituirse 18 grupos focales con 105 pacientes, que asisten al sistema estatal de salud. En cuanto a prestadores, se consideraron tanto médicos como enfermeras, teniendo en cuenta la relevancia que estas últimas han venido alcanzando, internacionalmente, en el empoderamiento de pacientes crónicos.<sup>51,52</sup> Llegaron a constituirse seis grupos focales de médicos y seis de enfermeras.

El trabajo se organizó en tres grandes fases:

- I. Determinación y análisis de las perspectivas de los pacientes.
- II. Identificar la coherencia de las perspectivas de las personas con diabetes con las de los prestadores y las de las familias.
- III. Confrontar en qué medida las políticas, estrategias, programas y organización para el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, resultaban coherentes con las perspectivas de los pacientes con diabetes.

### *I Determinación y análisis de las perspectivas de los pacientes*

En primer término, se procedió al diseño de guías de tema y preguntas para el desarrollo de grupos focales y entrevistas. El primer proyecto preparado por dos expertas en el tema, se sometió a prueba en actividades reales, se ajustaron y se diseñaron definitivamente.

Para los fines de la investigación se realizaron 20 visitas de campo a las unidades médicas del sistema de salud, para concertar con los directivos las actividades relacionadas con el desarrollo de la investigación.

Para el desarrollo efectivo de los grupos focales, se crearon suficientes condiciones ambientales y psicológicas abiertas, y un clima adecuado de confianza, lo que permitió la expresión espontánea y sincera de los pacientes, tomando en cuenta las características cualitativas del estudio, donde entran en juego las emociones, sentimientos y opiniones de los informantes acerca del padecimiento, el apoyo que necesitan y las barreras que los limitan para alcanzar un buen control.

Se preparó una base de datos donde se guardó la evidencia de los resultados de cada grupo focal y de cada entrevista y se caracterizó cada una con las expresiones más representativas. Toda la documentación quedó archivada como evidencia. A continuación, se realizó trabajo de mesa para integrar las expresiones, determinar frecuencia, apreciar discrepancias y obtener una visión global de los resultados.

---

<sup>51</sup> Beresford. C. Patients' perspective of type 2 diabetes care by practice nurses: A qualitative study. *Journal of Diabetes Nursing*. 2011; Vol. 15 No. 10. pp. 391-397

<sup>52</sup> Loveman E, Royle P, y Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus (Review) *The Cochrane Collaboration*. John Wiley and Sons. 2009



Dadas las diferentes características sociales, económicas, de edad, geográficas, educacionales, locales, de control y años de padecer la enfermedad de los pacientes, se decidió ejecutar grupos focales y entrevistas sin tomar en cuenta tales diferencias, e incorporar otros nuevos hasta asegurarse que hubiera un alto nivel de saturación de lo informado con independencia de la presencia de las características diferenciadas anteriormente mencionadas.

Se llevó a cabo la selección de las expresiones que se repetían en todas las actividades o al menos en el 80 % de ellas, para formar una primera relación de las perspectivas de pacientes. Donde hubo repetición menor al 80 %, se utilizaron todas ellas para formar provisionalmente una segunda relación de dichas perspectivas.

Con esta segunda relación se convocó a un grupo de pacientes, y mediante técnicas de dinámica de grupos, reducción de listado y enfoque a consenso, se seleccionó un grupo adicional de perspectivas suficientemente representativas para el objeto de estudio. Ambas integraron la relación definitiva. Para evaluar su relevancia, aceptabilidad y comprensibilidad, se sometió al análisis de cinco trabajadores sociales y cinco directivos elegidos al azar. El discurso de los pacientes estuvo caracterizado, en su mayor parte, por la identificación de barreras asociadas con ellos mismos.

Como es habitual en metodologías de corte cualitativo, no se partió de variables o categorías preestablecidas, sino que se fueron construyendo, en un proceso no lineal, a medida que avanzaba la revisión y análisis de lo planteado por los pacientes. Finalmente, quedaron definidas cuatro categorías, que se combinaron con las perspectivas de pacientes que les eran afines. A partir de este punto el proceso se desarrolló teniendo esta estructura como guía.

Como resultado de esta fase de la investigación, se obtuvieron:

1. Perspectivas de los pacientes con énfasis en las barreras que les limitan para tener un control efectivo de ésta. (Tabla IV.1)
2. Sistema de categorías derivadas de la afinidad entre los discursos de pacientes participantes (Tabla IV.2)

## ***II. Identificar la coherencia de las perspectivas de las personas con diabetes con las de los prestadores y las de las familias***

En un trabajo de este tipo, no basta con obtener el discurso directo y franco de los participantes. Se requiere además, la posibilidad de confrontar dicho discurso con el de otros implicados que por su nivel importancia pudieran aportar elementos signi-



ficativos al análisis. De esta manera, sería posible identificar causas, contradicciones, coincidencias y barreras asociadas al problema de las fallas en el autocontrol de la enfermedad.

Para proceder a este análisis, fue necesario, en primer lugar, determinar cuáles eran las perspectivas de proveedores (médicos y enfermeras) y familiares. Se crearon condiciones ambientales y psicológicas similares a las aplicadas para el caso de los pacientes, se documentaron y se transcribieron literalmente los discursos.

Para esta parte del estudio, se siguió un método más convencional de saturación de datos, de manera que se fue avanzando hasta el punto en que los discursos adicionales no agregaban nada nuevo a lo que había sido dicho en las actividades anteriores. La razón de hacerlo de esta manera, era que estos grupos tenían un menor nivel de heterogeneidad que el de los pacientes, lo que se confirmó con la rapidez con que se llegó al punto de saturación.

Las perspectivas obtenidas, agrupadas por las mismas categorías que las de los pacientes, constituyeron un producto intermedio (Tabla IV.3, segunda y terceras columnas) que se empleó como insumo para los procesos posteriores.

El proceso simultáneo de análisis y recopilación de datos se organizó en forma de trabajo de mesa, con el apoyo de dos profesores de experiencia, pero manejando por separado las perspectivas de pacientes y las de prestadores.

Dentro de cada grupo de perspectivas se hizo un trabajo intensivo de comparación para detectar coincidencias, contradicciones e incoherencias, así como elementos que debían tenerse en cuenta en las sesiones por venir. En algunos casos se consultaron otros especialistas con vistas a obtener una tercera opinión.

A continuación, se procedió a confrontar el grupo de perspectivas de los pacientes y el de los prestadores por cada categoría, primero en el interior de cada grupo, después entre un grupo con el otro. Para ello se preparó una tabla de relaciones (Tabla IV.3) que sirvió como producto intermedio. Posteriormente, se hicieron análisis intercategorías de manera de ganar en integración. Por esta vía se buscaron coincidencias, contradicciones, relaciones de causa-efecto, puntos que requerían comprobaciones adicionales y fallas que se originaban en políticas y sectores diferentes al de salud pública. Se documentaron los resultados.

Como resultado de esta fase de la investigación, se obtuvieron:

1. Perspectivas de prestadores y familiares categorizadas como producto interme-

dio para procesos posteriores.

2. Perspectivas de pacientes, prestadores y familiares categorizadas e interrelacionadas.
3. Análisis de coherencia de perspectivas de pacientes con respecto a las de los prestadores y los familiares.

### **III. Confrontar en qué medida las políticas, estrategias, programas y organización para el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, resultan coherentes con las perspectivas de los pacientes con diabetes**

Se tomaron como punto de partida los documentos oficiales (políticas, estrategias, programas y formas de organización del servicio) con mayor incidencia en los procesos de prevención, asistencia, tratamiento y control de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, como forma de apreciar el manejo de la enfermedad en el estado. Se hizo énfasis en aquellas partes que más relación tenía con el control de la enfermedad y con las perspectivas expresadas por estos pacientes. (Tabla IV.4)

<b>Tabla IV.4 Documentos oficiales con observancia en la República Mexicana</b>				
	Políticas	Estrategias	Programas	Organización del servicio
Ley General de Salud.	X			X
Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud.	X			X
NOM-024-SSA3-2010 del expediente clínico electrónico.	X			X
NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la DMT2.	X			X
NOM-037-SSA2-2012 para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.	X			X

**Tabla IV.4 Documentos oficiales con observancia en la República Mexicana**

	Políticas	Estrategias	Programas	Organización del servicio
NOM-030-SSA2-1999 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.	X			X
NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.	X			X
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.	X			
Programa Sectorial de Salud 2013-2018 Secretaría de Salud México.			X	X
NOM-051 SCV1/SSA-2010, especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas, pre envasados-información comercial y sanitaria.	X			
NOM-002-SCFI-2011 productos pre envasados-contenido neto-tolerancia y métodos de verificación.	X			
NOM-30-SFCI-2006 información comercial-declaración de cantidad en la etiqueta-especificaciones.	X			
Programa de atención preventiva (PREVENISSSTE)				
Programa de salud del adulto y el anciano. SSA		X	X	

**Tabla IV.4 Documentos oficiales con observancia en la República Mexicana**

	Políticas	Estrategias	Programas	Organización del servicio
Programas integrados de salud (PREVENIMSS)		X	X	
Programa de educación en diabetes (DIABETIMSS).		X	X	
Manual metodológico de indicadores médicos IMSS.				X
Manual metodológico de indicadores caminando a la excelencia, SS.				X

Este fue un trabajo de mesa en el que participó todo el equipo y, en determinados momentos, se invitó a funcionarios involucrados con estos documentos. Se avanzó mediante aproximaciones sucesivas y los resultados se fueron vaciando en documentos intermedios o en pancartas, según el caso. Se utilizaron técnicas de reducción de listados orientadas a consenso.

Un proceso similar se llevó a cabo en relación con los mecanismos de mercadotecnia, publicidad, medios masivos de comunicación, servicios comerciales y servicios públicos. En algunos casos, se hicieron consultas complementarias mediante el teléfono o los correos electrónicos, así como una encuesta rápida en relación con la

presencia o no de ofertas para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en los restaurantes de la ciudad. (Tabla IV.5). Por esta vía se fueron identificando insuficiencias y barreras que limitan las posibilidades de que los pacientes puedan automanejar su enfermedad con éxito.

El grupo consideró finalmente completar el trabajo con algunas recomendaciones que permitirían mejorar los documentos rectores y las políticas para reducir la incoherencia encontradas con respecto a las perspectivas de los pacientes.

Como resultado de esta fase de la investigación, se obtuvieron:

1. Fallas y barreras del contexto que no se corresponden con las perspectivas de los pacientes y permiten explicar porque se avanza poco en el control de la enfermedad.

### **Consideraciones éticas**

Para la realización del análisis de la Diabetes Mellitus tipo 2 y su abordaje social en el municipio de Centro, Tabasco, se consideraron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por varios países del mundo y se ajustó al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación con seres humanos en México, Artículo No. 17, párrafo I y Artículo 23 del Capítulo I.

Con el motivo de garantizar la esfera jurídica de protección de todo ser humano que sea sujeto de estudio, prevalecieron los criterios de respeto a su dignidad, protección a sus derechos, y protección de su bienestar.

Para dar cumplimiento a la ley, y obtener toda la información necesaria para esta investigación se efectuó lo siguiente:

- Reuniones preparatorias y de coordinación con los directores de las unidades médicas, a los cuales se les entregó un resumen de lo que se pretendía hacer con esta investigación.
- Se sometió a consideración de los comités de bioética e investigación estatal y jurisdiccional, aprobando su aplicación en las unidades médicas seleccionadas para el estudio.
- Explicación precisa y concreta a los pacientes, familiares y prestadores que formaron parte de la muestra e invitación a autorizar el consentimiento informado.

En ningún momento se puso en riesgo la integridad física y moral de los sujetos participantes en el estudio, la información recabada se utilizó exclusivamente para la investigación la cual tiene carácter confidencial.

## Los resultados y su relación con la evaluación de la calidad en salud

### I. Determinación y análisis de las perspectivas de los pacientes:

El haber dado la oportunidad a los pacientes con diabetes para expresarse con toda libertad y en condiciones ideales para hacerlo, permitió acceder a un punto de vista distinto al que habitualmente se considera cuando se trata de evaluar la calidad de los sistemas y servicios de salud. No se ha partido de la norma para determinar si la realidad se ajusta a ella, sino de las acciones que se han dirigido a revelar lo que los pacientes, piensan, sienten y esperan para comprobarlo con lo que las normas establecen.

La relación que aparece a continuación (Tabla IV.1) muestra, por si sola, un número considerable de barreras, incluso las propias de esas personas, que de no tenerse en cuenta, hacen que las acciones que propongan y ejecuten los decisores no respondan a lo que debiera hacerse para asegurar el empoderamiento de los pacientes con diabetes, que es el único camino para hacerlos transitar hacia el automanejo de su padecimiento.

A medida que se desarrollaba el análisis de estas perspectivas se fue construyendo, por aproximaciones sucesivas, el sistema de categorías (Tabla IV.2) que permitiera organizar mejor los criterios y facilitar las posibles conclusiones.

Estos resultados coinciden e incluso amplían lo apreciado en otros estudios nacionales e internacionales.<sup>53,54,55,56,57</sup> Sin esta información es prácticamente imposible plantearse programas de capacitación o de autocontrol, pues ni siquiera se sabe cuáles son realmente los temores, inquietudes y expectativas de estas personas.

---

<sup>53</sup> Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significativas y respuestas de la enfermedad. Rev. Cubana Endocrinol. Vol.23 no.1 Ciudad de La Habana ene-abr 2012 pp.76-97

<sup>54</sup> Metzger D, Egleston B. How Patients with Diabetes Perceive Their Risk for Major Complications. Effective Clinical Practice, Enero/Febrero 2000.

<sup>55</sup> Bolaños E, Sarria-Santamera A. Perspectivas de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. Atención Primaria. Vol.32. Núm. 04. 15 septiembre 2003 pp.195-200

<sup>56</sup> Arroyo M, Bonilla M, Trejo L. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Abr.-Jun 2005; 38(2): p.63-68

<sup>57</sup> Fernández I. Atención sanitaria centrada en el paciente con diabetes: necesitamos incorporar las perspectivas/expectativas de los pacientes. Atención Primaria. Vol.32. Núm. 04. 15 septiembre 2003 pp 201.202

#### Tabla IV.1 Perspectivas de pacientes con énfasis en las barreras que los limitan

*Desde siempre no tenemos hábitos alimenticios saludables.*

*Atienden muchos pacientes, hay exceso de consulta.*

*Con la diabetes es mejor conformarnos y cuidarnos.*

*Deben tener personal capacitado,*

*El mayor reto es enfrentar diariamente la enfermedad.*

*El médico me trata como una enfermedad no como una persona.*

*El médico no da una explicación al diabético.*

*Es lo peor que te puede pasar.*

*Es problema de uno, porque la familia no se involucra, no le interesa, ya que siguen comiendo lo que ellos quieren y además tratan de que uno coma igual que ellos.*

*Es una enfermedad hereditaria, te cambia la vida, nunca se va a quitar y es terrible.*

*Es una enfermedad que es injusta para muchos seres humanos, como el cáncer.*

*Esta enfermedad es algo no esperado, afecta psicológicamente a la persona y a la familia, afecta económicamente en todos los aspectos.*

*Fallamos en la fuerza de voluntad de nosotros mismos.*

*Falta de apoyo de mi familia.*

*La diabetes es una enfermedad que vulnera la salud, el estado de ánimo, la economía y el bienestar de las personas.*

*La dieta, ¿cómo cumplirla en fiestas, reuniones, en la casa?*

*La familia no ayuda a la persona que está enferma.*

*La gran mayoría de los médicos solo hacen su trabajo de manera mecánica, sin voltear a ver al paciente.*

*Las citas del especialista están muy retiradas hasta 5 meses.*

*Lo peor de la azúcar es que cuando está alta porque no nos cuidamos, no sentimos nada y eso nos hace confiarnos en que nada pasa, luego ya estamos ciegos y amputados.*

*Los amigos se olvidan con frecuencia que debemos cuidarnos.*

*Los médicos no nos enseñan.*

*Los médicos no nos exploran.*

*Me llena de coraje y me deprime saber que tengo diabetes.*

*Me pregunto cómo es posible que una industria tan desarrollada y tan próspera en Tabasco como la de restaurantes no considere un nicho de mercado tan grande como el de los pacientes diabéticos, pero con un enfoque no dé lastima.*

*No hay comida saludable para nosotros fuera de casa.*

**Tabla IV.1 Perspectivas de pacientes con énfasis en las barreras que los limitan**

*No hay espacios para ejercitarnos.  
 No hay medicamentos.  
 No me interrogan.  
 No nos mandan con el especialista.  
 No nos revisan los pies ni los ojos, solo la presión. Los medicamentos, hay a veces y a veces no.  
 No se interesan por uno,  
 Nos dicen: hagan dieta, pero no nos dicen cómo.  
 Nos excluyen en todos los ámbitos.  
 Nosotros somos los que tenemos que ver por nosotros mismos.  
 Nunca me revisan los pies.  
 Por más que intento tomar mis pastillas se me olvida siempre.  
 Sería estimulante que el médico demuestre preocupación por la salud de uno y no que lo vea nada más como un número, un expediente o un billete.  
 Solo nos dan el medicamento cuando hay y no nos revisan.  
 Solo te lleva a la muerte.  
 Tenemos todo en contra.  
 Tener diabetes es llevar la dieta de por vida.  
 Todo nos incita a comer chatarra.*

**Tabla IV.2 Categorías utilizadas**

CATEGORÍAS	CONTENIDOS ASOCIADOS
a) Roles asignados al paciente, su familia y al prestador	Papel del paciente, la familia y el del prestador en el acto clínico. Cuestionamiento.
b) Integración de la vida con la enfermedad	Capacidad y criterio acerca de diseñar su vida teniendo en cuenta su padecimiento.
c) Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad	Mitos, miedos, valores, actitudes, información acerca de cómo aprecian su padecimiento.
d) El contexto social, organizativo y comercial	Cómo les afecta o beneficia el mundo que los rodea. Sus valoraciones.



II. Identificar la coherencia de las perspectivas de las personas con diabetes con las de los prestadores y las de las familias.

Para facilitar el análisis de las perspectivas de los prestadores y las familias, se organizaron por las mismas categorías que las de los pacientes y se montaron en una tabla de relaciones (Tabla IV.3).

El proceso se organizó alrededor de las categorías que se fueron construyendo a medida que se fue avanzando en el análisis (Tabla IV.2). El análisis interrelacionado de las perspectivas de los pacientes con las de los prestadores y las familias permitió entender mejor lo que los primeros pensaban, sentían y esperaban.

Dado que dicho análisis partía desde las perspectivas de los primeros hacia las de los segundos, (Tabla IV.3) aparecieron causas, explicaciones, contradicciones e insuficiencias que se explican con mayor detalle más adelante.

Tabla IV.3 Interrelación de las perspectivas de pacientes, prestadores y familia			
CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE	PERSPECTIVAS DE PRESTADORES	PERSPECTIVAS DE LA FAMILIA
a) Roles asignados al paciente, prestador y la familia.	<p>Sería estimulante que el médico demuestre preocupación por la salud de uno y no que lo vea nada más como un número, un expediente o un billete.</p> <p>La gran mayoría de los médicos solo hacen su trabajo de manera mecánica, sin voltear a ver al paciente.</p> <p>El médico me trata como una enfermedad, no como una persona.</p>	<p>Piensan que los medicamentos son mágicos y que hacen todo el trabajo por ellos.</p> <p>Todo lo politizan y no permiten que se les haga responsable de su enfermedad.</p> <p>No acuden a la consulta mensual.</p> <p>Los pacientes mayores acuden solos a la consulta y no entienden bien las indicaciones.</p>	<p>Come lo que nosotros comemos, no nos hace caso.</p> <p>Si todavía no estamos como ella ¿por qué debemos cuidarnos?</p> <p>Es terco, no hace caso.</p> <p>Hace lo que le viene en gana.</p> <p>Uno le hace la dieta y ella come a escondidas.</p> <p>Toma el medicamento cuando quiere.</p>

Tabla IV.3 Interrelación de las perspectivas de pacientes, prestadores y familia

CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE	PERSPECTIVAS DE PRESTADORES	PERSPECTIVAS DE LA FAMILIA
<p>a) Roles asignados al paciente, prestador y la familia.</p>	<p>Los médicos no nos exploran.</p> <p>No se interesan por uno.</p> <p>El médico no da una explicación al diabético.</p> <p>No me interrogan.</p> <p>Los médicos no nos enseñan.</p> <p>Nunca me revisan los pies.</p> <p>Solo nos dan el medicamento cuando hay y no nos revisan.</p> <p>Nos dicen: "hagan dieta" pero no nos dicen cómo.</p> <p>No nos mandan con el especialista.</p> <p>No nos revisan los pies ni los ojos, solo la presión.</p> <p>Los medicamentos hay a veces y a veces no.</p>	<p>Son renuentes al tratamiento.</p> <p>No toman correctamente su tratamiento.</p> <p>Tienen marcada resistencia a su régimen alimentario y al ejercicio.</p> <p>Algunos acuden solo cuando están descompensados.</p> <p>Los pacientes deben llevar niveles óptimos de glicemia capilar.</p> <p>Los familiares no se involucran en el manejo y en los cambios de actitud y estilos de vida.</p>	<p>No quiere acudir a su cita.</p> <p>Él va solo a su consulta.</p> <p>Nunca me es posible acompañarla por mi trabajo.</p> <p>No sé nada acerca de su tratamiento.</p> <p>Dice que el médico no le dedica tiempo.</p> <p>Ni sé cuándo le tocan sus citas.</p> <p>Cuando la acompaño a la consulta, nunca me dejan entrar.</p> <p>Sería bueno que nos citaran en la clínica para apoyarlo.</p> <p>Me dice que con el medicamento basta.</p> <p>Si hiciera ejercicios pero es tan floja.</p>

**Tabla IV.3 Interrelación de las perspectivas de pacientes, prestadores y familia**

CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE	PERSPECTIVAS DE PRESTADORES	PERSPECTIVAS DE LA FAMILIA
<p>a) Roles asignados al paciente, prestador y la familia.</p>	<p>...la dieta ¿cómo cumplirla en fiestas y reuniones en la casa?</p> <p>Falta de apoyo de mi familia.</p> <p>La familia no ayuda a la persona que está enferma.</p> <p>Es un problema de uno, porque la familia no se involucra, no le interesa ya que siguen comiendo lo que ellos quieren y además tratan de que uno coma igual que ellos.</p> <p>Los amigos se olvidan con frecuencia que debemos cuidarnos.</p>		<p>¡No se cuida! Pero yo no me atrevo a quitarle la comida de la boca.</p>
<p>b) Integración de la vida con la enfermedad.</p>	<p>El mayor reto es enfrentar diariamente la enfermedad.</p> <p>Con la diabetes es mejor conformarnos y cuidarnos.</p> <p>Tener diabetes es llevar la dieta de por vida.</p>	<p>Tienen estilos de vida sin cultura del autocuidado y carecen de disciplina en su tratamiento.</p> <p>Tienen falta de apego al tratamiento.</p>	<p>Yo cumplo con hacerle su dieta, pero él no la respeta.</p> <p>La verdad, no me gusta comer sano.</p> <p>Sus dietas no tienen sabor, no se me antojan.</p>

**Tabla IV.3 Interrelación de las perspectivas de pacientes, prestadores y familia**

CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE	PERSPECTIVAS DE PRESTADORES	PERSPECTIVAS DE LA FAMILIA
<p>b) Integración de la vida con la enfermedad.</p>	<p>Lo peor de la azúcar es que cuando está alta porque no nos cuidamos, no sentimos nada y eso nos hace confiarnos en que nada pasa, luego ya estamos ciegos y amputados.</p> <p>Esta enfermedad es algo no esperado, afecta psicológicamente a la persona y a la familia, afecta económicamente en todos los aspectos.</p> <p>Fallamos en la fuerza de voluntad de nosotros mismos.</p> <p>...por más que intento tomar mis pastillas se me olvida siempre.</p> <p>Afecta porque desde siempre no tenemos hábitos alimenticios saludables.</p>		<p>Me exige que le lleve su pan todos los días.</p> <p>Cuando come de más toma más pastillas.</p> <p>Cuando entro a su cuarto veo restos de comida bajo su cama, es imposible cuidarlo.</p> <p>Desgraciadamente eso de tomar refresco ya es un hábito en la familia.</p> <p>Le compré una bicicleta y nunca la usa.</p> <p>Yo no me explico cómo puede estar tan gorda si dice que hace la dieta.</p> <p>Cuando la quiero llevar a caminar dice que demasiado trabajo tiene en casa.</p>
<p>c) Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad.</p>	<p>La diabetes es una enfermedad que vulnera la salud, el estado de ánimo, la economía y el bienestar de las personas.</p>	<p>No tienen conciencia de la enfermedad.</p> <p>Todavía tienen tabúes y mitos sobre su enfermedad.</p>	<p>Desde que tiene diabetes su vida es gris.</p> <p>No me gustaría estar como ella.</p>

Tabla IV.3 Interrelación de las perspectivas de pacientes, prestadores y familia

CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE	PERSPECTIVAS DE PRESTADORES	PERSPECTIVAS DE LA FAMILIA
<p>c) Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad.</p>	<p>Es una enfermedad hereditaria, te cambia la vida, nunca se va a quitar y es terrible.</p> <p>Es lo peor que te puede pasar.</p> <p>Solo te lleva a la muerte.</p> <p>Es una enfermedad que es injusta para muchos seres humanos, como el cáncer.</p> <p>Me llena de coraje y me deprime saber que tengo diabetes.</p> <p>Nosotros somos los que tenemos que ver por nosotros mismos.</p>	<p>No se comprometen con su salud.</p> <p>Desconocen acerca de la enfermedad y el tratamiento.</p> <p>Demuestran falta de interés por conocer su enfermedad.</p>	<p>Creo que sufre mucho.</p> <p>Si me llegara a dar diabetes, prefiero la muerte.</p> <p>Solo sé que la diabetes aniquila.</p> <p>A mí nunca me va a dar.</p> <p>Si me pasa a mí tendré que cuidarme, antes no.</p>
<p>d) El contexto social organizativo y comercial.</p>	<p>Tenemos todo en contra.</p> <p>Todo nos incita a comer chatarra.</p> <p>No hay comida saludable para nosotros fuera de casa.</p>	<p>Falta de insumo (medicamentos) para la atención en el primer nivel.</p> <p>Uno los envía a medicina especializada pero tardan mucho en darles citas allá.</p> <p>No siempre hay glucómetros.</p>	<p>Pobrecita, le cuesta hacer la dieta porque nosotros comemos de todo y ella nos ve.</p> <p>Cuando comemos fuera siempre pierde su dieta.</p>

Tabla IV.3 Interrelación de las perspectivas de pacientes, prestadores y familia

CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE	PERSPECTIVAS DE PRESTADORES	PERSPECTIVAS DE LA FAMILIA
<p>d)El contexto social organizativo y comercial.</p>	<p>Atienden muchos pacientes, hay exceso de consulta.</p> <p>“No hay medicamentos”</p> <p>Las citas del especialista están muy retiradas, hasta 5 meses.</p> <p>Deben tener personal capacitado.</p> <p>No hay espacios para ejercitarnos.</p> <p>Nos excluyen en todos los ámbitos.</p> <p>Me pregunto cómo es posible que una industria tan desarrollada y tan próspera en Tabasco como la de restaurantes, no considere un nicho de mercado tan grande como el de los pacientes diabéticos, pero con un enfoque no dé lástima.</p>	<p>Existe un limitado cuadro básico en cuanto al tratamiento farmacológico.</p> <p>Son demasiados pacientes asignados a mi consultorio.</p> <p>No hay tiempo suficiente para dedicarme a un paciente con diabetes.</p> <p>La falta de infraestructura, adecuadas instalaciones y material de diagnóstico para el control y detección oportuna en los consultorios.</p> <p>Falta de personal por consultorio o por grupo de atención de diabéticos, ya que para un control, se requiere de un tratamiento multidisciplinario (médico, enfermera, nutriólogo, trabajador social, psicólogo), nos dejan solos.</p>	<p>Le llevo recetarios para que haga sus comidas pero nunca encuentra los ingredientes.</p> <p>Esas dietas que recomiendan en la clínica están muy feas.</p> <p>Cuando no le dan su medicina, se la compro a veces, porque no siempre me alcanza el dinero.</p> <p>No sale del centro de salud y sigue descontrolada.</p> <p>Los servicios de salud son pésimos.</p>

**Tabla IV.3 Interrelación de las perspectivas de pacientes, prestadores y familia**

CATEGORÍAS	PERSPECTIVAS DEL PACIENTE	PERSPECTIVAS DE PRESTADORES	PERSPECTIVAS DE LA FAMILIA
d) El contexto social organizativo y comercial.		<p>Con frecuencia carecemos de medicamentos.</p> <p>No hay tiempo para atenderlo, educarlo y capacitarlo.</p>	

La lógica de este análisis descansa en que el papel protagónico lo tienen las perspectivas de los pacientes y que la interrelación estudiada busca como criterio principal, definir cuál es el papel de las otras perspectivas en cuanto a confirmar, contradecir, apoyar o impedir que el proceso de empoderamiento de estos pacientes y en consecuencia, el automanejo de su enfermedad pueda ser materializado.

Veamos el análisis de la coherencia, teniendo como criterio organizativo las categorías que se construyeron durante la captación del discurso de los pacientes.

### **a) Roles asignados al paciente, a los prestadores y a los integrantes de la familia del paciente**

Casi la totalidad de las expresiones utilizadas por los pacientes denotan un cuestionamiento del papel del prestador con respecto a la atención médica que dispensan. La demanda se centra en que desean ser tratados como personas y no como casos de una enfermedad acerca de la cual, los médicos lo saben todo y el paciente nada. Para los autores, resulta evidente que este modo de pensar se opone al paradigma de la atención centrada en el prestador, el cual ha recibido muchas críticas en los últimos años, particularmente cuando se trata de pacientes crónicos y muy especialmente cuando estos son pacientes con diabetes.<sup>58, 59, 60, 61</sup>

<sup>58</sup> Funnell M. Los nuevos roles en el cuidado de la diabetes. *Diabetes Voice*. Vol. 46. pp 11-13 Octubre 2001.

<sup>59</sup> Furler J, Walker C, Blackberry I, Dunning T, Sulaiman N, Dunbar J, et al. The emotional context of self-management in chronic illness; A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2, diabetes. *BMC Health Services Research*, 8:214, 2008.

<sup>60</sup> Marrero DG, Ard J, Delamater AM, Peragallo-Dittko V, Mayer-Davis EJ, Nwankwo R, et al. Twenty-First Century Behavioral Medicine\_ A Context for Empowering Clinicians and Patients With Diabetes. A consensus report. *Diabetes Care*, vol. 36, febrero 2013.

<sup>61</sup> Zoffmann V, Kirkevold, M. Relationships and Their Potential for Change Developed in Difficult Type 1 Diabetes-Qualitative Health Research. Vol. 17. Núm. 5, 625-638, Mayo 2007

Tales expresiones aparecen de una u otra forma en estudios realizados en diferentes contextos geográficos, sociales, culturales, educacionales e incluso con diferentes cifras de pacientes estudiados, todo lo cual se pudiera sintetizar en lo que expresa uno de ellos:

“Se hacen presentes en el discurso la queja y el malestar provocados por interacciones en las que los profesionales se limitan a formular preguntas y a reiterar consejos. Algunos de los entrevistados opinan que las intervenciones médicas basadas en una praxis unidireccional resultan insuficientes, si no se incluye el punto de vista y las necesidades de los pacientes.”<sup>62</sup>

Bajo esta misma categoría aparecen las percepciones de los prestadores, (médicos y enfermeras) y coincidiendo con lo afirmado, el discurso de los prestadores muestra un enfoque en el que predomina el carácter jerárquico clásico de la relación paciente-médico, lo cual no le resulta sorprendente a los autores, pues es lo que han podido percibir en sus años de trabajo como profesionales de la salud. Lo que sucede es que ese tipo de relación muy adecuada en otra época, en la actual y con este tipo de paciente contribuye a estimular su pasividad.

En otra vertiente, lo que los familiares opinan solo confirma la queja de los pacientes al no sentirse apoyados por los que conviven diariamente con él; “Si todavía no tenemos la enfermedad ¿por qué debemos cuidarnos?”; “nunca me es posible acompañarla por mi trabajo”; “¡no se cuida! Pero yo no me atrevo a quitarle la comida de la boca”.

También confirman la queja del personal de salud hacia los pacientes, asumiendo el mismo tono de regaño; “come lo que nosotros comemos, no nos hace caso”; “es terco, no hace caso”; “hace lo que le viene en gana”; “uno le hace la dieta y ella come a escondidas”: “toma el medicamento cuando quiere”; “me dice que con el medicamento basta”.

Por otro lado, los familiares se percatan del resultado poco efectivo del tratamiento que reciben y de la falta de interés del médico tal como lo percibe el paciente: “dice que el médico no le dedica tiempo”; “no sé nada acerca de su tratamiento”; “cuando la acompaño a la consulta, nunca me dejan entrar”; “sería bueno que nos citaran en la clínica para apoyarlos”.

La familia es un tema que ha sido objeto de numerosos estudios y que en este caso y partiendo de las perspectivas de los pacientes, se demuestra que no reciben apoyo

---

<sup>62</sup> Bolaños E, Sarría-Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*;32(34): p198. 2003.



familiar alguno para enfrentar la enfermedad. Se aprecia de los pacientes, como si la familia fuera el gran culpable.

Al respecto la literatura consultada señala que las familias en general refuerzan positivamente las conductas adecuadas del paciente con respecto de su tratamiento, lo cual redundaría en un apoyo positivo sobre su salud.<sup>63, 64</sup> En los discursos del prestador y familiares se aprecia una marcada tendencia al regaño y prácticamente ninguna mención de cómo interpretan la falta de control más allá de lo que ellos saben del paciente.

El prestador se siente frustrado ante lo aparentemente inútil de su esfuerzo como profesional, pero en realidad el paciente también lo está, pues queda enmarcado en una relación que es fundamentalmente improductiva y confusa. La Dra. Martha Funnell, una autoridad internacional en el tema, señala al respecto:

“Sin embargo, los intentos de funcionar dentro de estos viejos roles son problemáticos en términos de cuidado y educación para la diabetes. Las enfermedades crónicas, como la diabetes, las cuidan principalmente las personas que las sufren, y no los profesionales sanitarios. Cuando no se crean roles más adecuados para las enfermedades que requieren un alto nivel de autoatención, tanto los pacientes como los profesionales sanitarios a menudo pueden resultar frustrados y desilusionados con las relaciones negativas y los pobres resultados consiguientes”.<sup>65</sup>

De hecho hay dos visiones y hay dos roles. El problema está que se necesita una visión unificada y para ello ambos roles tienen que ser modificados.<sup>66</sup> “Lo que hace falta que suceda es que los doctores desciendan de su pedestal y que los pacientes se alcen de sus rodillas”.<sup>67</sup>

Quedan algunos aspectos relacionados con fallas en la atención médica que no debieran producirse en un ambiente donde predomina el paradigma clásico de la atención médica y por lo tanto no es posible admitir que sucedan. El hecho de que los pacientes lo noten; “no me revisan los pies”, “no me toman la presión”, “no me

---

<sup>63</sup> Martínez B, Torres L. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus. Rev. Psicología y Salud, Vol. 17, Núm. 2: 229-240, julio-diciembre de 2007.

<sup>64</sup> Santana M. A família no cuidado do paciente com diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 11, nº 37, jul/set 2013.

<sup>65</sup> Funnell M. Los nuevos roles en el cuidado de la diabetes. Diabetes Voice. Vol. 46. pp 11-13. p12. Octubre 2001.

<sup>66</sup> Hayes E, McCahon C, Panahi MR, Hamre T, Pohlman K. Alliance not compliance: Coaching strategies to improve. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 20, 155-162, 2008.

<sup>67</sup> Jornstone R. International Alliance of Patient Organizations en la First European Conference on Patient Empowerment celebrada en Copenhague, Dinamarca, 11 y 12 de abril 2012.

interrogan”; muestra un sujeto que ya sabe lo que quiere y lo que espera. Que estas expresiones hayan estado presentes en más del 80 % de los grupos focales realizados, resulta alarmante.

## **b) Integración de la vida con la enfermedad**

El problema de integrar la enfermedad dentro de la vida y lograr un balance adecuado entre ambos enfoques, forma parte de uno de los puntos claves, posiblemente el principal, de todos los que tienen que ver con el control de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Si se analizan las percepciones de los pacientes estudiados, se nota que tienen dificultades para aprender a vivir siendo diabéticos y esto es algo más que cumplir con el programa de medicamentos o hacerse los estudios cada vez que sean necesarios. La falta de integración entre la vida y la enfermedad, aparece de la misma o similar manera en otros estudios realizados, a pesar de referirse a diferentes países, contextos, culturas y personas.

Debe notarse, por otra parte, que las expresiones de los prestadores sólo se refieren al efecto; “tienen estilos de vida sin cultura del autocuidado y carecen de disciplina en su tratamiento”, “tienen falta de apego al tratamiento”. Las expresiones de los familiares lo confirman; “yo cumplo con hacerle su dieta, pero él no la respeta”, “me exige que le lleve su pan todos los días”, “cuando come de más, toma más pastillas”, “cuando entro a su cuarto veo restos de comida bajo su cama, es imposible cuidarlo” y “desgraciadamente eso de tomar refresco ya es un hábito en la familia”. Esto demuestra que este enfoque de tratar la vida y la enfermedad como entidades independientes aparece tanto en el prestador como en el paciente y los familiares.

Cuando esto sucede, el cuidado de la enfermedad por parte del paciente se limita a seguir las indicaciones del médico, dado que considera consciente o inconscientemente que no tiene que alterar su vida. Por las características de este padecimiento, si el paciente no logra incorporar su enfermedad a su vida, genera un conflicto donde el control de su avance se va perdiendo, la frustración crece y las complicaciones se agudizan.

Según un estudio realizado por la Danish Health Insurance Foundation Grants, de Dinamarca, lo que sucede es que el paciente en el interior de sí mismo intenta vivir tan bien y tan normal como sea posible, mientras mantiene su enfermedad (piensa él) a cierta distancia, negándose a que sea parte integrante de su vida.

Al mismo tiempo, el prestador de salud se enfoca en la enfermedad, empleando todo su conocimiento en evitar las complicaciones, sin que le interese o conozca las ba-

rreras que esa persona específica confronta para interconectar su vida y su enfermedad.<sup>68</sup> Los resultados de esta investigación son coherentes con estas afirmaciones. Los autores consideran que en el objeto estudiado son varios los factores que actúan a favor de no conseguir una integración entre la enfermedad y la vida. Uno de ellos es la propia resistencia del paciente a aceptar la enfermedad, a rebelarse contra ella y acordarse lo menos posible que la tiene, algo así como hacerla invisible ante él y ante los demás.

El otro es, una vez más, el carácter paternalista que adopta la atención médica en términos generales, donde el médico asume que es el responsable y el paciente se deja llevar.

Un tercer factor es la familia y el medio, ante el cual el paciente no quiere, ni acepta ser un enfermo, un problema, alguien diferente o no desea ser desconocido; quiere ser miembro de la familia y de la sociedad a la que pertenece, esferas donde no encuentra ningún apoyo.

### **c) Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad**

Las expresiones de los pacientes reflejan de una manera casi dramática, como aprecian su enfermedad, que creen saber de ellas, los mitos que la rodean y los miedos que les embargan.

Muchas de ellas se originan en falta de conocimientos sobre su enfermedad, referencias de corte cultural o religioso y sobre todo un sentimiento de indefensión que es consecuencia del desconocimiento de que el principal poder sobre la enfermedad lo tienen ellos mismos.

Es de notar, que al menos minoritariamente dentro de cada grupo focal, y en todos los celebrados, hubo voces proclamando que son ellos mismos los que pueden y deben manejar la enfermedad.

Los prestadores, como es de suponer, no aducen problemas de falta de conocimiento en el tema, pero es evidente que no conocen bien a sus propios pacientes. De hecho, hay un problema de falta de conocimiento, pues el prestador se mueve dentro de su disciplina y puede que la llegue a dominar perfectamente, pero quedan fuera de su alcance los aspectos sociales, psicológicos, sentimentales o culturales que impiden al paciente con diabetes hacerse cargo de su enfermedad.

---

<sup>68</sup> Zoffmann V, Kirkevoid M. Life Versus Disease in Dificult Diabetes Care: Conflicting Perspectives Disempower Patients and Profesionales in Problem Solving. Qualitative Health Research. Vol. 15. No. 6. 750-765, julio 2005.

Al escuchar y posteriormente reproducir sus expresiones, se nota una deficiencia de cómo los pacientes construyen, interpretan, viven y proyectan su enfermedad.<sup>69</sup> De trascender esas barreras se podría descubrir cuantas cosas no sabe su paciente que debiera conocer.<sup>70</sup>

El desconocimiento acerca de la enfermedad, es una situación desafortunada que se repite en los familiares; “desde que tiene diabetes su vida es gris”, “no me gustaría estar como ella”, “creo que sufre mucho”, “si me llegara a dar diabetes, prefiero la muerte”, “solo sé que la diabetes aniquila”, “a mí nunca me va a dar” y “si me pasa a mí tendré que cuidarme, antes no”. Las técnicas educativas deben alcanzar idealmente a los familiares de pacientes con diabetes, quienes usualmente comparten características ambientales y genéticas que conducen a la enfermedad.<sup>71,72</sup>

#### **d) El contexto social, organizativo y comercial**

Una exploración acerca de los sentimientos, ideas, pensamientos y percepciones de pacientes, prestadores y familiares debía incluir necesariamente, cómo ellos apreciaban el medio en que se desenvolvían. Se trataba de identificar qué pasaba con todo lo que tenía relación con ellos pero no eran ellos mismos; en qué medida contribuían o perjudicaban el manejo de la enfermedad. Esto incluye familia, vecinos, amigos, colegas, medios de comunicación, redes sociales, infraestructura y organización del servicio. No se pusieron límites de ningún tipo a lo que pudieran plantear. Dentro de las perspectivas de los pacientes aparecen dos conjuntos mayoritarios: la organización del servicio y las barreras para alimentarse. En relación con el servicio, los planteamientos repetitivos estuvieron muy concentrados y se relacionaron con insuficiencia de médicos, exceso de consultas, falta de medicamentos, capacitación insuficiente y referencias muy demoradas a los especialistas.

La alimentación es todo un problema aparte. Si se tiene en cuenta el significado transcendental de este problema con respecto a lograr el control metabólico por parte del paciente, todo lo que se reflejó en los grupos focales es digno de gran atención. Tres expresiones llamaron poderosamente la atención de los autores; "todo nos in-

---

<sup>69</sup> Bolaños E, SarríaSantamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*;32(4):195-202. 2003.

<sup>70</sup> Zoffmann V, Kirkevold M. Realizing Empowerment in Difficult Diabetes Care: A Guided Self-Determination Intervention. *Qualitative Health Research*. 22(1) 102-118,2012.

<sup>71</sup> Fanghanel G. Registro multicéntrico internacional para evaluar la práctica clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: subanálisis de la experiencia en México. *Rev. Gaceta Médica de México*. 2011;147-226-33.

<sup>72</sup> Coronado-Malagón M, Gómez-Vargas JI, Espinoza-Peralta D, Arce-Salinas A. Progression toward type-2 diabetes mellitus among Mexican prediabetics. Assessment of a cohort. *Gac Med Mex*. 2009;145:269-72.

vita a comer chatarra", "no hay comida saludable para nosotros fuera de la casa" y "nos excluyen en todos los ámbitos". Nótese que hay un sentimiento real de rechazo, que les resulta frustrante y por supuesto injusto, ¿quién puede intentar seguir una dieta dentro de un escenario como este?

Los familiares apoyan el discurso de los pacientes con sus propios discursos; "cuando comemos fuera siempre pierde su dieta", "pobrecita, le cuesta hacer la dieta porque nosotros comemos de todo y ella nos ve" y "le llevo recetarios para que haga sus comidas, pero nunca encuentra los ingredientes".

En entrevistas posteriores con los autores, estos pacientes evidencian que no quieren lástima, desean inclusión, tal como se hace con otros grupos sociales que encuentran espacios adecuados para sus características.

Ante estos planteamientos, los autores decidieron hacer una encuesta comprobatoria rápida, y durante 24 horas un grupo de estudiantes de la Maestría en Salud Pública visitó los restaurantes de mayor popularidad en la ciudad de Villahermosa.

El resultado aparece en la Tabla IV.5 y se podrá apreciar que para estas administraciones los pacientes con diabetes no solo no existen, sino que ni siquiera son un nicho de mercado para el cual pudieran trabajar y ganar en competitividad. La perspectiva de los prestadores y familiares es también de mucho peso. Se puede notar que esta es la categoría con más puntos de contacto entre las tres fuentes de información.

Los médicos, por su parte, se quejan de las carencias de personal, demoras en la remisión a especialistas, fallas en el surtimiento, y lo más impresionante; "no tenemos tiempo para atenderlos, educarlos y capacitarlos". Los familiares afirman que "esas dietas que recomiendan en la clínica están muy feas"; "cuando no le dan su medicina se las compro a veces, porque no siempre me alcanza el dinero"; "no sale del centro de salud y sigue descontrolada"; "los servicios de salud son pésimos". Nótese que ninguna de estas situaciones puede ser resuelta por el prestador actuante, ni los familiares.

**Tabla IV.5. Encuesta rápida, opciones para pacientes con diabetes en los restaurantes**

**Categoría y oferta**

<b>Clase alta</b>	<b>Clase media alta</b>	<b>Clase media</b>	<b>Clase media baja</b>	<b>Clase baja</b>
1) Ofrece una opción.	12) Ofrece cuatro opciones.	23) Ninguna opción.	34) Ninguna opción.	45) Ninguna opción.
2) Ofrece dos opciones.	13) Ofrece tres opciones.	24) Ninguna opción.	35) Ninguna opción.	46) Ninguna opción.
3) Ofrece dos opciones.	14) Ofrece tres opciones.	25) Ninguna opción.	36) Ninguna opción.	47) Ninguna opción.
4) Ofrece dos opciones.	15) Ofrece dos opciones.	26) Ninguna opción.	37) Ninguna opción.	48) Ninguna opción.
5) Ofrece dos opciones.	16) Ofrece tres opciones.	27) Ninguna opción.	38) Ninguna opción.	49) Ninguna opción.
6) Ofrece tres opciones.	17) Ofrece cuatro opciones.	28) Ninguna opción.	39) Ninguna opción.	50) Ninguna opción.
7) Ofrece tres opciones.	18) Ofrece dos opciones.	29) Ninguna opción.	40) Ninguna opción.	51) Ninguna opción.
8) Ofrece dos opciones.	19) Ofrece dos opciones.	30) Ninguna opción.	41) Ninguna opción.	52) Ninguna opción.
9) Ofrece dos opciones.	20) Ofrece dos opciones.	31) Ninguna opción.	42) Ninguna opción.	53) Ninguna opción.
10) Ofrece dos opciones.	21) Ofrece dos opciones.	32) Ninguna opción.	43) Ninguna opción.	54) Ninguna opción.
11) Ofrece dos opciones.	22) Ofrece dos opciones.	33) Ninguna opción.	44) Ninguna opción.	55) Ninguna opción.
<b>11 restaurantes</b>	<b>11 restaurantes</b>	<b>11 restaurantes</b>	<b>11 restaurantes</b>	<b>11 expendios de comida económica</b>

A los efectos de considerar el manejo de la enfermedad en el estado, se revisaron todos aquellos documentos oficiales que dictan las políticas, las estrategias, los programas, la forma en que están organizados los servicios de salud y la manera cómo se otorgan estos a la población que padece Diabetes Mellitus tipo 2, todos los cuales fueron detallados en la Tabla IV.4.

En esta investigación, el discurso de los pacientes acerca de su perspectiva es claro y contundente:

“Los médicos no nos exploran”; “no se interesan por uno”; “no nos dan una explicación”; “no me interrogan”; “no nos enseñan”; “nunca me revisan los pies, ni los ojos”; “no hay medicamentos”; “la gran mayoría sólo hacen su trabajo de manera mecánica, sin voltear a ver al paciente”.

En Tabasco, los médicos tienen que cumplir con una productividad asignada en las unidades de salud del primer nivel de atención y el desempeño en la consulta externa se evalúa sobre con base en indicadores.

En la Secretaría de Salud un médico debe otorgar en promedio de 24 consultas en una jornada de seis horas (Indicador 45), 6,240 consultas en un año.<sup>73</sup> En el IMSS un médico de primer nivel debe atender cuatro consultas por hora, lo que corresponde a la atención a un paciente cada 15 min.<sup>74</sup>

Por otro lado, la calidad en la atención se mide a través del tiempo que espera el paciente para ser atendido, con un estándar promedio de 30 minutos y mediante la satisfacción con el trato recibido durante la consulta y el surtimiento de su receta.<sup>75</sup> Situación que es contradictoria con lo que deben recibir los pacientes y que se establece en la norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-2010, en sus numerales 1.2, 11.11 que hace énfasis en la vigilancia médica y prevención de complicaciones; en los puntos 11.11.1.3 y 1.4, 11.11.2 sobre la importancia del examen de los ojos; el apartado 11.11.3 para la revisión de pies para detectar y diagnosticar oportunamente la microangiopatía y neuropatía; y los numerales 11.11.5 para detectar nefropatía a través de indicar estudios de laboratorio.<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> SSA-DGIED Boletín de información estadística. Lista de indicadores y valores estándar para la evaluación interinstitucional de los servicios de salud. Volumen I, Recursos y Servicios. México 2010.

<sup>74</sup> Manual metodológico de indicadores médicos. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013.

<sup>75</sup> Sistema Nacional de Indicadores de Calidad. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Manual INDICAS II WEB. Versión 2.0.0.0. Noviembre de 2009.

<sup>76</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. DOF: 23/11/2010.

Lo que los pacientes esperan de los prestadores no se parece en nada a lo que reciben de ellos:

“Sería estimulante que el médico demuestre preocupación por la salud de uno y no que lo vea nada más como un número, un expediente o un billete”.

Lo que los familiares esperan de los prestadores no se parece en nada a lo que reciben de ellos:

“Cuando la acompaño a la consulta, nunca me dejan entrar “,  
“sería bueno que nos citaran en la clínica para apoyarlo”,  
“no sale del centro de salud y sigue descontrolada”,  
“los servicios de salud son pésimos”.

La realidad en estas unidades transgrede lo que reza el artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Título Primero, Capítulo uno de las Garantías Individuales: “Toda persona tiene derecho a la protección a la salud”.<sup>77</sup> En este mismo orden de ideas, la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>78</sup> establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano [...] el derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria”. En el caso concreto de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 dista mucho de alcanzarse y si a ello añadimos una eficiencia técnica evaluada por debajo del nivel adecuado,<sup>79</sup> resulta alarmante la situación.

A continuación, se analiza el desafío que enfrenta el paciente con esta enfermedad, ante un sistema de publicidad engañosa con fines de consumismo que provoca en el paciente deseos de comer todo lo que no le está permitido.

“Tenemos todo en contra”; “todo nos incita a comer chatarra”; “No hay espacios para ejercitarnos”; “Nos excluyen en todos los ámbitos”; “No hay comida saludable para nosotros fuera de casa”.

En México, a pesar de que está regulado el aparato publicitario que actúa en detrimento de la salud de las personas, no se vigila el que se cumpla; por cada diez perso-

---

<sup>77</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título Primero. Capítulo I. De los Derechos Humanos y sus Garantías. Artículo 4o. constitucional.

<sup>78</sup> OMS. Derecho a la salud. Nota descriptiva N°323 Noviembre de 2012. [consultado 7 septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

<sup>79</sup> Pacheco-Domínguez RL, Durán-Arenas L, Rojas-Russell ME, Escamilla-Santiago RA, López-Cervantes M. Diagnóstico de la enfermedad renal crónica como trazador de la capacidad técnica en la atención médica en 20 estados de México. Salud pública Méx. vol.53 supl.4. Cuernavaca 2011



nas, siete presentan obesidad y el país ocupa el primer lugar de obesidad en adultos a nivel mundial y el segundo en obesidad infantil. El consumo de bebidas calóricas en este país es de los más elevados encontrados en el mundo y su aumento no tiene precedente en la historia mundial. Las consecuencias de ese nivel de ingesta se reflejan en los servicios de salud que atienden cada vez más pacientes con diabetes. En un estudio realizado por Pérez Salgado y colaboradores para evaluar la publicidad relacionada con alimentos de la Ciudad de México,<sup>80</sup> se encontró que los más anunciados fueron las bebidas con azúcar añadida y dulces, así como cereales con azúcar. Los alimentos anunciados en programas infantiles tuvieron mayor contenido de calorías, grasa y carbohidratos. Las estrategias publicitarias más utilizadas fueron las promociones y asociar productos con emociones positivas.<sup>81</sup>

El investigador Walter Willett, de la Universidad de Harvard, reveló que hasta 60 % del dulce de los refrescos es por fructosa, también usada por los pacientes con diabetes. Esta sustancia, a diferencia del azúcar simple, se va directo al hígado y no estimula la producción de insulina.<sup>82</sup>

Aún con estos antecedentes y que en las políticas de salud actuales se menciona en el programa sectorial de salud 2013-2018 la Estrategia 1.1. “Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario”, no se favorece en mucho la conducta nutricional de la población, en la revisión efectuada se observó el tema de salud alimentaria como un tema político pero que no existe el apoyo ni la voluntad para que se cumpla.

Urge la creación y aprobación de políticas públicas y leyes gubernamentales que restrinjan la disponibilidad de productos de bajo contenido nutricional y alto valor calórico.<sup>83</sup> Los pacientes con diabetes tienen todo en contra para alcanzar el control de su padecimiento.

Se revisaron aquellas iniciativas y programas en México que intentan mejorar la condición de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. El Dr. Pablo Kuri Morales, Subsecretario de prevención y promoción a la salud señaló que en México, sólo un 25 % de los pacientes con diabetes está debidamente controlado.

---

<sup>80</sup> Pérez-Salgado D, Rivera-Márquez JA, Ortiz-Hernández L. Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos?. *Salud pública Méx.* vol.52, n.2, pp. 119-126. 2010.

<sup>81</sup> Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. Trial of Sugar-free or Sugar-Sweetened Beverages and Body Weight in Children. *The New England Journal of Medicine*;367:1397-406. 2012.

<sup>82</sup> Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Després JP, Hu FB. Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk. *Circulation* 121.11: 1356-1364, 2010.

<sup>83</sup> Haerens L, De Bourdeaudhuij I, Maes L, Vereecken C, Brug J, Deforche B. The effects of a middle-school healthy eating intervention on adolescents' fat and fruit intake and soft drinks consumption. *Public Health Nutr.* Vol. 10 (5): pp 443-9, 2007.

Se tiene conocimiento de múltiples instituciones del estado que cuentan con estrategias como PREVENISSSTE dirigida a los asegurados del ISSSTE;<sup>84</sup> DIABETIMSS en el caso de los asegurados del IMSS;<sup>85</sup> las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEMES) de la Secretaría de Salud sólo para los pacientes descontrolados; los cinco pasos por la salud del gobierno federal para promover hábitos de vida saludables a la población general; el Centro especializado en el manejo de la diabetes del gobierno del Distrito Federal; las acciones realizadas por la sociedad civil; y los institutos de investigación a nivel federal, estatal y municipal.

Los autores consideran que no existe una articulación entre ellas, actúan de manera aislada y carecen de evaluación de impacto, sin lograr hasta ahora resultados exitosos ni una sinergia en la respuesta nacional.

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 no tienen acceso gratuito a lugares con las condiciones adecuadas para ejercitarse. En el plano laboral, no se cuenta con el apoyo de la empresa a aquellos pacientes que tienen que cumplir una jornada de trabajo lejos de su hogar y que no cuentan con espacios de actividad física y alimentación saludable para lograr un buen control de su padecimiento.

Actualmente el programa de prevención y control de enfermedades crónicas ocupa el sexto lugar en la jerarquía de prioridades de la Secretaría de Salud lo cual no expresa concordancia con la magnitud de la problemática existente.

---

<sup>84</sup> ISSSTE. Manual del usuario Prevenissste. [citado 3 septiembre 2013 ] Disponible en: <http://www.cobachbcs.edu.mx/MANUAL%20DEL%20USUARIO%20PrevenISSSTE%20cerca%20de%20ti.pdf>

<sup>85</sup> IMSS Comunicado. Brinda Diabetimss atención multidisciplinaria y acciones preventivas a derechohabientes. [consultado 8 septiembre 2013] Disponible en: [http://www.imss.gob.mx/comunicacion/comunicados/2013/Documents/septiembre/117\\_PDF.pdf](http://www.imss.gob.mx/comunicacion/comunicados/2013/Documents/septiembre/117_PDF.pdf).

## V. LA ORGANIZACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

### LAS APROXIMACIONES

La investigación presentada en el capítulo anterior, demuestra cómo el ignorar las perspectivas de pacientes con diabetes, su familia y el contexto, producen vacíos entre la concepción de las estrategias, la organización del servicio y lo que estas personas necesitan para tener una mejor calidad de vida, reducir o eliminar las complicaciones de su enfermedad.

El cambio de enfoque, desde la primera investigación presentada hasta la segunda, permitió aportar elementos útiles para que los programas de evaluación y mejora de la calidad se alineen en una dirección más cerca del paciente y por tanto, más efectivos.

A continuación aparecen las recomendaciones presentadas para ese tipo de paciente a partir de lo encontrado en la investigación.

#### *Las políticas, las estrategias y la organización del servicio de cara al paciente con diabetes*

Los resultados de la mencionada investigación, estimularon en el equipo la idea de preparar un conjunto de consideraciones acerca de cómo podrían acercarse mejor las políticas, estrategias, programas y formas de organización del servicio a las perspectivas de los pacientes con diabetes, creando mejores condiciones para que estos alcancen el automanejo de su padecimiento, lo que redundaría en mejor calidad de vida para ellos y en reducción de costos para el sistema.

Para la preparación de estas recomendaciones se tomaron en cuenta las perspectivas de pacientes, médicos y enfermeras, la confrontación de dichas perspectivas con respecto tanto a las políticas, estrategias y organización del sistema de salud, como al ambiente social, laboral, informativo, económico y comercial, dentro del cual los pacientes con diabetes hacen su vida.

Además de lo anterior, se hizo una amplia revisión de la literatura nacional e internacional referida a la enfermedad, su manejo, su enfoque social, las barreras que impiden que los pacientes asuman conscientemente el control de su padecimiento y las experiencias positivas que se han alcanzado para resolverlo.

En su preparación participaron todos los miembros del equipo de trabajo, se hicieron consultas directas con pacientes, médicos asistenciales, enfermeras, trabajadores sociales, directivos del sistema de salud y funcionarios de empresas productoras y comerciales. Se hizo una selección de lo que se consideró más relevante.

El propósito de estas recomendaciones no es proponer una nueva estrategia o programa. Los autores consideran que no hay que sustituir los documentos rectores actuales por otros nuevos; lo que se necesita es reenfoarlos con una orientación al paciente y propiciar, con respecto a otros sectores, una mirada y una acción más coherente con una enfermedad que representa una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad del país. Las recomendaciones están organizadas por temas afines.

### El empoderamiento de pacientes con diabetes

El tránsito de un paciente como sujeto pasivo a una persona activa; responsable de su enfermedad, capaz de fijarse ella misma sus metas e integrar su vida con el padecimiento; no se resuelve con programas de capacitación o con simples consejos de los profesionales de la salud.

El empoderamiento de pacientes como filosofía de trabajo es una herramienta que, bien conducida, puede lograr ese cambio. Se requiere, por una parte, facultar a los prestadores de la atención médica en Diabetes Mellitus tipos 2 para revertir la relación hegemónica tradicional tomando en cuenta la perspectiva del paciente: conocer las percepciones, los sentimientos, las barreras, las cosas que les importan y las expectativas que tienen.

Por la otra, es necesario desarrollar un proceso donde al mismo tiempo, el paciente va ganando en confianza, autoridad y responsabilidad hasta llegar al auto-manejo de su padecimiento. Hay numerosas experiencias<sup>86,87,88</sup> de cómo hacerlo y cómo lograr resultados sorprendentes en estas personas y en su salud, las cuales pudieran aprovecharse.

Sin embargo, no puede negarse que es un proceso que hay que hacer bien desde el principio y que requiere tiempo, voluntad y capacidad profesional.

---

<sup>86</sup> Wilson PM, Kendall S, Brooks F. The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance. *Health and Social Care in the Community*. 2007.15(5), 426–438

<sup>87</sup> Zoffmann V, Kirkevold M. Realizing Empowerment in Difficult Diabetes Care: A Guided Self-Determination Intervention. *Qualitative Health Research* (1) 103–118. 2012.

<sup>88</sup> Zoffmann V, Kirkevold M. Relationships and Their Potential for Change Developed in Difficult Type 1 Diabetes- *Qualitative Health Research*. Vol. 17. Num. 5625-638, Mayo 2007.

## El tratamiento jurídico

En vista de que está comprobado que la autorregulación por la industria no funciona, se hace imperativo la acción del estado por medio de las diferentes instancias reguladoras y legislativas, como la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), la Procuraduría Federal del Consumidor y el Congreso de la Unión, para implementar normas relacionadas con el contenido de los alimentos etiquetados, la propaganda y cargas tributarias a la venta.

Regular la industria de los alimentos al moderar la comida alta en calorías y favorecer la producción simultánea de alimentos nutritivos en todos los ámbitos al alcance de la población.

Legislar que existan entornos amigables con un subsistema de equipamiento para la actividad física de la población, integrado a su hábitat inmediato. (Uno por cada 100 viviendas).

## La organización del servicio

Es necesario que, en las unidades médicas de primer nivel, se cuente con un área para la atención de enfermedades crónicas, en especial la diabetes, donde se brinde atención especializada y personalizada al paciente, sin menoscabo del tiempo para la atención, fortaleciendo los conocimientos, habilidades, actitudes y valores para el manejo adecuado de su enfermedad. Este debe estar integrado por un grupo multidisciplinario: médico diabetólogo, enfermera, nutricionista, estomatólogo, psicólogo e instructores físicos.

No se debe esperar a que el paciente se des controle de la glucosa o se complique para que sea enviado a este servicio, sino que debe ser remitido desde que se diagnostica, para que adquiera conocimientos, hábitos y facultades necesarios y sólidos para el automanejo de su diabetes. Que comprenda que si se cuida probablemente no tendrá complicaciones en 5 años sino en 20, que tendrá una mejor calidad de vida. Sería muy oportuno que los nutriólogos preparen, prescriban e instruyan en la elaboración de dietas agradables al gusto, de acuerdo con la región y con el estrato socioeconómico de las personas, para que los pacientes disfruten sus alimentos y sobre todo que sepan cómo prepararlos y adquirirlos.

## El entorno social

Buena parte de la vida social del mexicano promedio está asociada al consumo de alimentos. Los establecimientos de expendios de comida son de los más abundantes

en el país y cubren todos los niveles económicos y los estratos sociales. En toda reunión de amigos o familiares, el paciente con diabetes se encuentra en una posición disminuida, pues nada de lo que se oferta tiene que ver con su padecimiento, y al no querer parecer un aguafiestas, opta por consumir lo mismo de todos o por aceptar la presión de que “por una vez no va a pasarle nada”.

En esta investigación se comprobó que prácticamente ninguno de los restaurantes de la ciudad de Villahermosa tiene contemplado al paciente con diabetes en su oferta de alimentos, a pesar de constituir una buena parte de la población consumidora. No se trata de construir y presentar un menú para enfermos, eso sería contraproducente. Se trata de homenajear a ese ciudadano con ofertas atractivas y agradables que le hagan sentirse comprendido y tenido en cuenta.

De hecho, es una oportunidad comercial que al parecer ningún restaurantero ha considerado. Una iniciativa es promover en los restaurantes la inclusión, de forma natural, de ofertas que combinen lo saludable con lo estético y lo agradable, de manera que eviten que una actividad social de este tipo se convierta en un inconveniente para este ciudadano y una agresión a su salud. Es muy posible que los pioneros en hacerlo descubran un nicho de mercado que ni siquiera habían tenido en cuenta.

## ***El paciente con diabetes y la no singularidad de su caso***

A partir de los resultados de la investigación, las experiencias derivadas de otras anteriores y el trabajo profesional de muchos años en la atención primaria en salud, pasamos a considerar en qué medida lo encontrado para el paciente con diabetes representa o no un caso singular. Partiremos, en primer lugar, de lo hallado y se resaltaré su no singularidad.

Se confirma la prevalencia de un tipo de acto médico donde se hace evidente la hegemonía del profesional de la salud sobre el paciente, y un sentimiento de frustración por no lograr resultados. *Esta situación demuestra la no correlación entre la forma en que se hace el servicio y una de las particularidades de los sistemas y servicios de salud. No es una situación exclusiva de los pacientes con diabetes, es un problema que subsiste y que requiere ser solucionado.*

Los pacientes conocen lo que deberían esperar, pero no lo logran. Los prestadores informan sobre la imposibilidad de hacer más en tan poco tiempo. Nada de esto ayuda al control de la enfermedad. *El control de la enfermedad, cualquiera que esta sea, es un problema que tienen que manejar entre el prestador y el paciente, pero este último tiene que ser empoderado suficientemente para que asuma ese rol y lo haga bien.*

No se dispone de regulación que evite la publicidad engañosa para la salud de las personas, no son tenidos en cuenta en los servicios de comidas, no hay articulación entre las iniciativas y los programas. *La agresividad de este tipo de publicidad, muestra una vez más que los problemas de salud tienen un carácter universal y es una responsabilidad del estado darles solución. No es tampoco un asunto privativo de los enfermos con diabetes, sino incluso de las personas que aún están sanas.*

La necesidad de que sean entendidos como personas y no como enfermos, el hecho de no ser escuchados y mucho menos comprendidos, las barreras para poder integrar su vida con su enfermedad, el sentimiento de indefensión, lo solitarios que se sienten ante esta batalla y la agresividad del contexto, son suficientes razones para comprender mejor por qué no alcanzan el autocontrol.<sup>89</sup> *Dado que la generalidad de las evaluaciones no aborda al paciente como centro de la atención, ni profundizan en sus perspectivas, se carece de elementos para, en unos casos, rediseñar las políticas y, en otros, simplemente encontrar la manera de ponerlas en prácticas. Esto no se logra regañando a los pacientes.*

Las actuales políticas, estrategias, programas y organización del servicio para el manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2, no corresponden con una concepción social e integral que sea coherente con las perspectivas de los pacientes, lo que impide que sean capaces de integrar la enfermedad con su vida. *El problema principal estriba en que, en buena medida, el paciente tal como se menciona en un artículo publicado recientemente,<sup>90</sup> es un personaje invisible. Las políticas, estrategias, procesos y organización de la atención se hacen para él pero sin él. Desconocer sus perspectivas hace que se invierta dinero, acciones y tiempo en el objetivo equivocado.*

## ***El enfoque al cliente como concepto general***

El enfoque al cliente no es una idea nueva, ni se inventó en el marco de los sistemas y servicios de salud. Surge primero en la industria y después en otros sectores, producto de razones como las siguientes:

Los viejos conceptos de fidelidad a una marca, un servicio o una empresa han perdido fuerza gracias al mayor acceso a la información, mejor preparación de los clientes potenciales, variedad enorme de las ofertas y mecanismos de mercadotecnia más agresivos.

---

<sup>89</sup> Mylod D, Lee T. A Framework for Reducing Suffering in Health Care. Harvard Business Review. 14 de noviembre 2013

<sup>90</sup> Carnota O. La invisibilidad del paciente. Ob. Cit.



Los fabricantes de productos y los prestadores de servicios descubrieron, hace algún tiempo, que sus suposiciones acerca de lo que las personas preferirían, querían o necesitaban, tenían muchas veces poco que ver con la realidad y empezaron a transitar hacia tecnologías participativas tales como la mercadotecnia relacional, el enfoque a procesos o el trabajo en equipo con clientes incluidos.

Las tecnologías de la información con sus nuevos elementos de sistemas integrados, tiempo real, acceso abierto y nuevas maneras de hacer la producción y los servicios, cambió muchas de las reglas y al mismo tiempo elevó la capacidad de responder más y mejor a las exigencias de los clientes.

Finalmente, la personalización del producto y el servicio se han convertido en una condición para la competitividad, el éxito profesional y el desarrollo constante. En salud, la personalización es particularmente significativa pues las personas no son enfermedades que hay que tratar, sino seres humanos que hay que comprender.

Como consecuencia de estas y otras consideraciones, el enfoque al cliente y las organizaciones orientadas al cliente constituyen en la actualidad el modo más racional con el que las empresas y las organizaciones en general orientan y organizan sus operaciones. Estas características son fáciles de notar en los modelos de gestión y acreditación de la calidad más generalizados, tales como, tales como ISO, JACHO o EFQM.

### ***El enfoque al paciente como problema específico***

Como ya se vio en capítulos anteriores, el paciente no es un cliente común pues acude al servicio, generalmente, porque no le queda más remedio; no conoce o no le informan las características y riesgos del producto que va a consumir; se siente temeroso, pesimista e inseguro; muchos de los tratamientos le producen dolor o molestias y parte del servicio es que tienen que aplicárselos ellos mismos.

Si se revisan las particularidades de los sistemas y servicios de salud a las que hicimos referencia en capítulos anteriores, se podrá apreciar con más precisión cuáles son estas diferencias y porqué esta orientación al cliente. Si bien debe tomarse en cuenta, hay que hacerlo bajo esas condiciones pues de lo contrario es solo discurso. Esto significa además, que algunos conceptos utilizados en sectores como la industria, el comercio, la hotelería o el transporte no son iguales en los sistemas y servicios de salud e incluso, pudieran no ser aplicables. Problemas como ahorro, estándares, distribuciones espaciales, control administrativo, racionalización del proceso, centralización o satisfacción, entran en esa condición.



Por otra parte, otros elementos pasan a un papel protagónico, tales como la participación en la decisión sobre el tratamiento o la intervención, la transparencia acerca del riesgo o de la posibilidad del éxito, el aseguramiento de la continuidad, el buen servicio para que no tenga que volver, son algunos ejemplos.

## ***Formas en que se manifiesta el enfoque al paciente***

Uno de los primeros movimientos acerca de un cambio en la conceptualización del paciente consistió en la introducción de los conceptos de empoderamiento que tuvieron mucho éxito en otros sectores. En el caso de los sistemas y servicios de salud se desarrolló la línea de empoderamiento de pacientes, familiares y la comunidad.

Lamentablemente, muchos de estos procesos no fueron más allá de informar sin llegar efectivamente a distribuir poder y responsabilidad, pues de alguna manera era un cambio demasiado significativo para la segunda mitad del siglo pasado.

Sin embargo, algunos profesionales y centros médicos de vanguardia empezaron a experimentar con lo que se ha dado en llamar *la experiencia del paciente*, que ha sido una manera de dejar de verlo como un enfermo y una enfermedad, y empezar a construir un servicio y una atención que priorizara lo que este aprecia, siente, teme y sufre, todo lo cual, a pesar de que se añade a su propio padecimiento, no forma parte de ninguna encuesta, tabla estadísticas o pronóstico.<sup>91</sup>

Sistemas como el enfoque por proceso se especializaron en hallar aquellas actividades, decisiones o acciones que costaban tiempo, dinero y esfuerzo, pero no que no aportaban valor para el paciente. Se empezó a priorizar la continuidad sobre la incoherencia y se incorporó a la familia como criterio de mejora.

Una segunda aproximación ha sido el denominado compromiso del paciente. De hecho, tanto este como el anterior, pero sobre todo este, provienen del empoderamiento, pero ahora aparecen personalizados totalmente a la atención médica de las personas. Se trata de aplicar el viejo principio de Fayol sobre el equilibrio entre autoridad y responsabilidad.<sup>92</sup>

El compromiso del paciente intenta que este pase de la pasividad al coprotagonismo; participe realmente en las decisiones sobre su enfermedad, su tratamiento y las in-

---

<sup>91</sup> Wolf JA. Patient Experience or Patient's Satisfaction?. The PFCC Press. Issue 28. Agosto 2014

<sup>92</sup> Brown C, Bornstein E, Wilcox C. Partnership and Empowerment Program: A Model for Patient-Centered, Comprehensive, and Cost-Effective Care. Clinical Journal of Oncology Nursing. Volume 16, Number 1, febrero 2012

tervenciones; decida con plenitud de posibilidades, pero al mismo tiempo sea clara y perfectamente responsable acerca de cómo llevar, manejar e integrar a su vida el padecimiento. Por supuesto, esto no le será posible si no se resuelve lo anterior.

*La organización orientada al paciente* es como el componente institucional corporativo de estos enfoques e integra todos los anteriores bajo la idea de que la organización existe para, y por, un tipo de cliente distinto a los demás sectores.

Una organización sanitaria orientada al paciente (y su familia) concibe sus estrategias, su modo de operar, sus valores, su misión y sus procesos en función de lograr experiencias satisfactorias en estos, junto con su participación activa e informada en su mejora y cura.<sup>93</sup>

Una organización con estas condiciones:

Organiza sus procesos asistenciales y administrativos de manera de eliminar todo aquello que no aporte valor al paciente; reduce tiempos, molestias, temores, esperas, riesgos; y en consecuencia, eleva la experiencia de estos y la mayor posibilidad de resultados satisfactorios.

Hace consecuente la concepción y el modo de trabajo de la organización con las particularidades de los sistemas y servicios de salud, con lo cual la institución eleva su sentido social y salubrista e incluso reduce costos.

Integra al paciente, su familia y la comunidad al proceso de producir salud, con lo cual queda mejor definido el hecho de que en dicho proceso, no basta con la acción del prestador.

Una referencia clave para entender el concepto de organización orientada al paciente lo constituyen *Las diez reglas para diseñar y mejorar la atención médica*, que están contenidas en el informe del 2001 del Institute of Medicine<sup>94</sup> y que aparecen traducidas y comentadas en un artículo reciente de la Revista Cubana de Salud Pública<sup>95</sup> (Ver Tabla V.1). Estas reglas se complementan en dicho informe con una relación de *lo que los pacientes deben esperar de la atención a su salud*, cuyo contenido debieran leer todos los que trabajan en sector.

---

<sup>93</sup> Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Arch Argent Pediatr. 2014;112(1):55-58 / 55

<sup>94</sup> IOM. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academies Press; 2001.

<sup>95</sup> Carnota O. La invisibilidad del paciente. Ob. Cit

Regla según el Institute of Medicine		Comentario a la regla
1	La atención a la salud debe basarse en un sistema continuo de interrelaciones.	La atención puede y debe adoptar muchas formas además del cara a cara con el médico. La ayuda a la salud de las personas puede venir por muchas vías y fuentes y el sistema debe estar construido de manera de estar a su disposición en cualquier momento y lugar. Constituye una secuencia de numerosas actividades interrumpibles que debieran estar interrelacionadas.
2	La atención debe personalizarse de acuerdo con las necesidades y valores del paciente.	Reconoce que hay que cubrir necesidades que son comunes a todos los casos, pero plantea que el sistema debe ser lo suficientemente flexible como para responder a las elecciones, preferencias y particularidades del paciente. Este debe ser reconocido y respetado como individuo.
3	El paciente debe poder ejercer el control.	El paciente debe contar con la información y la oportunidad suficientes para ejercitar tanto control como necesite en las decisiones que afectan su salud. Plantea que el sistema debe ser capaz de considerar tales diferencias y de estimular las decisiones compartidas.
4	El sistema debe incentivar el conocimiento compartido y el flujo libre de la información.	Reconoce que el paciente debe tener acceso irrestricto a su historia clínica, si así lo desea, para leerlo y entenderlo. Plantea que prestador y paciente deben poder comunicarse efectivamente y compartir información.
5	La toma de decisiones debe estar basada en la evidencia.	Demanda que el paciente debe recibir una atención que descansa en el mejor conocimiento científico disponible y esta no debiera variar ilógicamente de un clínico a otro o de un lugar a otro.
6	La seguridad debe ser una propiedad del sistema.	Establece la necesidad de que el paciente sea protegido contra daños originados por el propio sistema e incluso conocer que tales riesgos existen. Plantea la necesidad de una acción orientada a prevenir y atenuar los errores.

Regla según el Institute of Medicine		Comentario a la regla
7	El sistema debe ser transparente.	El sistema debe poner a disposición de pacientes y familiares información suficiente para que puedan decidir entre opciones de tratamientos, de institución, de intervención o de riesgos. Estos debieran estar informados del nivel de desempeño de las instituciones prestadoras.
8	El sistema debe anticiparse a las necesidades de los pacientes.	Plantea que el sistema debe ser proactivo con respecto a las necesidades de recuperar y mantener la salud los pacientes y no limitarse a reaccionar ante los eventos adversos.
9	El sistema debe esforzarse constantemente para disminuir los desperdicios.	Establece la necesidad de que el sistema esté continuamente trabajando en reducir o eliminar aquellas actividades que no aportan valor para el paciente, así como de introducir sistemáticamente innovaciones que incrementen dicho valor.
10	El sistema debe estimular la cooperación entre clínicos.	Se fija el criterio de que los diferentes profesionales y técnicos que intervienen en un mismo proceso asistencial en diferentes momentos y espacios, deben hacerlo con una concepción de cooperación y coordinación entre todos ellos y con el paciente, de manera que este nunca se encuentre confundido o perdido.

Todas estas corrientes orientadas al paciente descansan en una integración más completa entre la gerencia y la calidad, que se apoya recíprocamente en las llamadas tecnologías gerenciales.

## VI. TECNOLOGÍAS GERENCIALES Y CALIDAD EN SALUD

### *Calidad y gerencia*

La producción en masa, como consecuencia de la revolución industrial, provoca numerosas transformaciones en la vida de las personas y las sociedades. El concepto de calidad pasa de una relación artesano-cliente, donde generalmente el segundo dictaba las pautas de lo que quería recibir, para transitar a otro tipo de relación donde unos se dedicaban a producir productos iguales en grandes cantidades, con bajo nivel de personalización, pero a precios mucho más bajos y otros a familiarizarse con el consumo a otra escala.

Ya a principios del siglo XX, Taylor y otros pioneros empiezan a introducir elementos de organización, racionalización, división del trabajo y estandarización. En aquella época Ford afirmaba “le podemos vender un carro de cualquier color que usted desee, siempre que sea el negro”<sup>96</sup> (el único color que producía). La calidad estaba entonces en un plano inferior.

En la medida que la producción industrial se generaliza y los productos se diversificaban, llegó un momento en que la calidad empezó a constituir una ventaja competitiva para aquellos que lo pudieran hacer mejor.

Todos los movimientos iniciales en esta dirección se basaron en un manejo de la calidad como una actividad independiente a cargo de un departamento determinado, que en sus primeros momentos solo hacía inspecciones y controles sobre el producto final, para pasar posteriormente a la introducción del control estadístico de la calidad, que se definía a partir de la conformidad del producto acabado con respecto a las especificaciones establecidas.

Más adelante se transitó hacia asegurar la calidad en todos los puntos de su proceso productivo, o sea las materias primas y materiales, los procesos de transformación y el producto final, pero manteniendo todo esto fuera, en alguna medida, de la típica actividad gerencial, en lo que se conoce como Gestión de la Calidad Total (TQM por su nombre en inglés)

---

<sup>96</sup> Monterroso E. El proceso logístico y la gestión de la cadena de abastecimiento. Agosto 2000. [consultado 12 enero 2016] Disponible en: <http://www.ope20156.unlu.edu.ar/pdf/logistica.pdf>

La TQM promovida por Deming y Juran incorpora a la organización como un todo, y al total de las personas que trabajan en ella en la gestión de la calidad, con lo cual el concepto empieza a integrarse con el de gerencia, pues de hecho prácticamente son una misma cosa.

Es el criterio de los autores que el giro determinante en integrar los conceptos de gerencia y calidad surge a partir del llamado ciclo Deming, o sea: Planear, Hacer, Verificar, Actuar (PDCA por su nombre en inglés) que es la base de la mejora continua de la calidad. Este esquema es prácticamente idéntico al ciclo administrativo postulado por Fayol (Planificación Organización, Dirección y Control) a inicios del siglo XX y no desmentido hasta ahora, por lo que la integración de los conceptos es prácticamente natural.

Otros movimientos, modelos o enfoques más recientes fueron consolidando la idea de que la calidad es parte sustancial del proceso gerencial e inseparable de este, y que cualquier intento en la dirección contraria perjudica la competitividad, el desarrollo y el éxito de la organización.

### ***Gerencia en salud, calidad en salud***

La calidad, como cualidad de los sistemas y servicios de salud, es un caso aún más evidente. Los procesos gerenciales en salud no actúan en función de transformar materias primas y materiales en productos terminados; se trata de personas sobre las cuales es necesario evitar que enfermen, que se compliquen si ya lo están y que se recuperen de la mejor forma posible.

Las personas piensan, sienten, opinan, sufren o se alegran, dicen que sí o que no y después, posiblemente, hacen lo contrario; suponemos que las controlamos y lo más que podemos hacer es motivarlas y comprometerlas. El asunto es distinto.

Cualquier falla en los procesos gerenciales en salud es, al mismo tiempo, una falla de calidad. Expresadas en términos de discontinuidad; mala organización, riesgos evitables, duplicidades, incoherencia entre los servicios, mala identificación o intervenciones equivocadas, solo para mencionar algunos ejemplos.

Una lectura de las normas ISO más recientes, las ISO 9001:2015, permite apreciar que la gestión de calidad en salud de la que se habla, está construida sobre y dentro de procesos gerenciales típicos, tales como orientación al cliente, liderazgo, enfoque a procesos o toma de decisiones basada en la evidencia, entre otros. Lo mismo sucede con otros modelos y normas de acreditación a los cuales hemos referencia anteriormente.

Aclaremos, no se trata, por ejemplo, de introducir el enfoque a proceso para la gestión de la calidad en salud, sino la adopción de un enfoque a procesos en la organización como una condición para implementar y mejorar la eficacia de un sistema de gestión de la calidad. El enfoque a procesos, que es una tecnología gerencial, de por sí provoca un mejoramiento notable de la calidad. Veremos esto más adelante.

## ***Las tecnologías gerenciales, una introducción***

A diferencia de las habilidades gerenciales que están más vinculadas al estilo de dirección y a la personalidad del gerente, las tecnologías son algo más técnicas y generalmente requieren de la participación de un especialista para su introducción y posterior manejo.

Dicho carácter técnico no justifica que un gerente las desconozca totalmente, pues esto le impediría poderse entender con los especialistas, tener una idea suficiente de qué sí y qué no le conviene a su organización, promover su implementación cuando le parezca apropiado e incluso tener cierto nivel de juicio sobre si está haciendo bien o no.

Se piensa en una red de atención primaria formada por 16 unidades de atención y sus respectivos médicos de familia. El nivel de calidad en el trabajo de estas unidades no es suficientemente parejo, algunos de ellos son excelentes o buenos en algunos aspectos de la asistencia médica, mientras que en otros no lo son tanto, o son deficientes. En realidad, son excepcionales los casos en que casi todo está bien o casi todo está mal. Las medidas administrativas clásicas de premio y castigo no han dado resultados satisfactorios; los planes de capacitación y las campañas tampoco.

Uno de los miembros del Consejo de Dirección propone que hagan *referenciación competitiva* entre todas las unidades médicas y trabajen entre ellas para resolver sus problemas. Si el Director de la Red no tiene idea de lo que le están hablando, puede que no la acepte considerando que tales diferencias son habituales o decida incorporarla porque le pareció muy atractiva la sugerencia.

En realidad, no se trata de que los gerentes se vuelvan expertos en las tecnologías gerenciales pues no es posible y ni siquiera necesario. Lo que normalmente se quiere impedir es que decidan a ciegas sobre uno de los puntos claves de la gerencia contemporánea.

Lo que no cabe duda es que tales tecnologías, a las cuales nos vamos a referir más adelante, son una contribución decisiva a elevar el nivel de desempeño, mejorar notablemente el servicio y reducir los costos de operación.

Las tecnologías gerenciales están en el centro de las grandes transformaciones que han experimentado las organizaciones de todo tipo sean de negocios, filantrópicas, de administración pública o del tercer sector. Han resultado decisivas para explicar las razones por las cuales algunas empresas sobrevivieron a las crisis o a los cambios tecnológicos, se mantuvieron por encima de la competencia o han logrado importantes realizaciones a favor de la sociedad.

El tránsito de sistemas jerárquicos a sistemas distribuidos aplicando gestión por procesos; la implementación exitosa de estrategias empresariales con apoyo del cuadro de mando integral; el éxito de grandes empresas comerciales mediante el empoderamiento de clientes y la mercadotecnia relacional; o la simplificación de complicados procesos de la administración pública mediante la introducción de sistemas automatizados de gestión en tiempo real; son solo algunos ejemplos del papel de las tecnologías gerenciales en la época actual.

En materia de sistemas y servicios de salud, la adaptación creativa y personalizada de varias de estas tecnologías gerenciales, ha aportado mejoras sustanciales a la calidad del servicio en términos de seguridad de pacientes y prestadores; reducción o eliminación de desplazamientos, esperas y duplicidades; una visión más integral del paciente, sus particularidades y sus necesidades específicas; mayor integración interna y externa entre diferentes niveles, especialidades e instituciones; entre otras. A continuación, una breve descripción de algunas de las tecnologías gerenciales que mayor protagonismo han tenido en asegurar un enfoque de la calidad en salud orientada al paciente, la familia y la comunidad. Veremos:

- El empoderamiento del personal, los pacientes, la familia y la comunidad
- La referenciación competitiva
- La gestión por procesos
- El cuadro de mando integral y la gestión estratégica
- Los sistemas automatizados de gestión

### El empoderamiento del personal, los pacientes, la familia y la comunidad

El empoderamiento es una versión contemporánea de la delegación de autoridad, uno de los conceptos clásicos de la gerencia. Se trata, en este caso, de ir más allá de la simple distribución de tareas a los subordinados, para pasar a habilitarlos con poder y liderazgo, que les permita asumir el análisis y solución de problemas, autocontrolar su trabajo y hacerse responsables con los resultados.

En el caso de los sistemas y servicios de salud, el empoderamiento tiene una connotación especial, dado el carácter social de su producción, el alto potencial de las per-



sonas que allí trabajan, la alta complejidad de sus procesos y el peso que las personas individuales y los grupos tienen en la realización del producto y en su calidad.<sup>97</sup> “La propia definición de promoción de la salud implica el concepto de empoderamiento, ya que se busca el control de las personas de los factores que determinan la salud en las dimensiones personales y comunitarias”<sup>98</sup>

Por estas razones el empoderamiento en esos casos se mueve en tres direcciones:

- Empoderamiento del personal
- Empoderamiento de pacientes y familiares
- Empoderamiento comunitario

*El empoderamiento del personal* busca potenciar la capacidad resolutive de los prestadores, elevar su autoestima y la satisfacción con su trabajo, acercar el poder al que mejor puede utilizarlo y lograr que las innovaciones y las ideas dejen de ser monopolio de unas pocas personas.

Son ejemplos de este tipo de empoderamiento: la descentralización de los sistemas, la preparación en técnicas de análisis y solución de problemas, la gestión por competencias, el trabajo en equipos autos dirigidos, el estímulo a la innovación o el liderazgo distribuido.

*El empoderamiento de los pacientes y familiares* intenta prepararlos para pasar de sujetos pasivos a activos; crearles un espacio positivo para la confrontación; reconocerles sus derechos para participar en las decisiones que le atañen a su caso, crecer en compromiso y reducir su dependencia de los servicios sanitarios.

El punto más alto de este tipo de empoderamiento se manifiesta en las organizaciones orientadas al paciente,<sup>99</sup> tratado en capítulos anteriores. Son ejemplos de este tipo de empoderamiento las asociaciones de pacientes, los clubes de personas con enfermedades crónicas, la preparación para el autocuidado, la definición de sus derechos y deberes, las redes sociales especializadas y sobre todo una relación médi-

---

<sup>97</sup> Payne GM. The importance of empowering your patients. BMC Health Service Res. 2013.[citado 8 enero 2016] Disponible en: [http://www.heartlandkidney.org/article\\_resources/Payne-The\\_Importance\\_of\\_Empowering\\_Your\\_Patients\\_1\\_25\\_2013.pdf](http://www.heartlandkidney.org/article_resources/Payne-The_Importance_of_Empowering_Your_Patients_1_25_2013.pdf).

<sup>98</sup> Rodríguez M. Empoderamiento y promoción de la salud en Red de Salud 14, junio 2009. [citado 10 enero 2016] Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>

<sup>99</sup> Brown C, Bornstein E, Wilcox C. Partnership and Empowerment Program: A Model for Patient-Centered, Comprehensive, and Cost-Effective Care. Clinical Journal of Oncology Nursing. Volume 16, Number 1, febrero 2012

co-paciente en que se rompa con el hegemonismo médico y se pase a una especie de compromiso entre socios, orientado a un mismo fin.<sup>100</sup>

*El empoderamiento comunitario* busca otorgar a los ciudadanos el protagonismo que merecen; extender el control social a quien debiera tenerlo; consolidar los conceptos de producción social de salud y respuesta social organizada; hacer que ganen en independencia y resolutivez y dependan cada vez menos de la ayuda superior. “El término empoderamiento se refiere, en su sentido más general, a la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas”.<sup>101</sup>

Son ejemplos de este tipo de empoderamiento: las reuniones de participación ciudadana,<sup>102</sup> las asociaciones locales para la defensa de la mujer y el niño, la participación de líderes comunitarios en los círculos de poder o las agrupaciones de pacientes y familiares.

### La referenciación competitiva para asegurar la cooperación interinstitucional en el campo de la calidad de los servicios de salud

La referenciación competitiva es una tecnología que busca identificar, adaptar, asimilar y generalizar en la organización propia, las denominadas mejores prácticas de otras instituciones homólogas o equivalentes.

Es un proceso que puede llevarse a cabo haciendo comparación con otras organizaciones que puedan considerarse líderes en el ramo, o particularmente destacadas en algún tipo de actividad, modo de hacer las cosas o manera de obtener determinados rendimientos.

Otro estilo es cuando organizaciones del mismo tipo o equivalente se ponen de acuerdo en compartir indicadores de desempeño y de colaborar mutuamente para mejorar aquellos en que algunas estén menos desarrolladas.

La referenciación competitiva posee condiciones excepcionales para su aplicación en sistemas y servicios de salud, y en particular, para asegurar la mejora continua

---

<sup>100</sup> PARADIGMA XXI propone el compromiso del paciente, asumiendo un rol activo en el cuidado de su salud. Argentina: Creciendo; 2012. [citado 8 enero 2016] Disponible en: [http://www.creciendo.org.ar/index.php/actividades/leer/paradigma\\_xxi\\_propone\\_el\\_compromiso\\_del\\_paciente\\_asumiendo\\_un\\_rol\\_activo\\_en/](http://www.creciendo.org.ar/index.php/actividades/leer/paradigma_xxi_propone_el_compromiso_del_paciente_asumiendo_un_rol_activo_en/)

<sup>101</sup> Rodríguez M. Ob. Cit. Pág. 21

<sup>102</sup> Carrazana I, Romero J. Warmi/Kharis una metodología de empoderamiento comunitario en salud para el tercer milenio. Biblioteca Virtual en Gerencia y Gerencia en Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. 2014. 2da Edición. La Habana

de la calidad, debido a la homogeneidad en la organización y manera de hacer este tipo de servicio; el denominador común que es el ser humano como objeto central; el carácter internacionalmente generalizado de normas, prácticas e incluso terminología; la tendencia del personal de salud a ser proclive a compartir experiencias y resultados y los puntos comunes de los sistemas de salud de diferentes países.

“...es en buena medida una forma particular de evaluación, con la particularidad de que la comparación no se hace contra un plan o norma sino en relación con las estrategias, modos de trabajo, estructuras, métodos o prácticas de terceros, particularmente de las organizaciones de la misma rama o especialidad. Su propósito principal es “aprender de otros” de manera tal que se facilite el desarrollo sistemático de la propia organización”<sup>103</sup>

Existen numerosas empresas dedicadas a dar servicio de referenciación a organizaciones de salud ya sea propiciando la creación de grupos de interés o empleando sus bases de datos para comparar el desempeño propio contra otras organizaciones consideradas de referencia. Esto incluye comparaciones sobre descriptores de salud, a escala internacional, como las que hace cada dos años la Organización para el Desarrollo y la Cooperación (OECD por sus siglas en inglés) entre sus países miembros. (Ver Fig. VI-1).

Esta tecnología gerencial se ha introducido y generalizado con mucha facilidad en redes de atención primaria, hospitales de segundo y tercer nivel e instituciones sanitarias de otros tipos. Un ejemplo notable es Canadá, donde la referencia competitiva a escala de país e internacional forma parte de la concepción y operación de su sistema de salud.<sup>104</sup> En general, el efecto más significativo de la referenciación competitiva, desde el punto de vista de la calidad en salud, es su capacidad para generar un tipo de desarrollo colaborativo, con una base ganar-ganar.

---

<sup>103</sup> Carnota LO. Tecnologías Gerenciales. Una oportunidad para los Sistemas de salud. La Habana. Edit. Ciencias Médicas: 2005

<sup>104</sup> Learning from the Best: Benchmarking Canada's Health System. Key Messages. [citado 8 enero 2016] Disponible en: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/learning\\_from\\_thebest\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/learning_from_thebest_en.pdf)

**Table 1: Health System Descriptors. Peer Countries 2012 (or Nearest Year)**

	Canada	Germany	France	Germany	Netherlands	New Zealand	Sweden	United Kingdom	United States	OECD Average (Range)
<b>Population</b>										
Total Population (million of People)	34.9	22.7	63.2	81.8	16.7	4.4	9.4	62.2	311.6	36.6 (0.32-311.6)
Percentage of Population Older Than Age 65	14.7%	13.7%	17.1%	20.7%	15.9%	13.3%	19.3%	16.2%	13.2%	15.4% (6.1-23.3)
Percentage of Population in Urban Area	56.1%	57.3%	34.7%	56.9%	85.0%	44.5%	21.6%	70.8%	42.2%	48.3% (0.0-85.0)
Income inequality (Gini Coefficient)	0.32	0.33	0.30	0.29	0.29	0.32	0.27	0.34	0.38	0.31 (0.24-0.50)
<b>Spending</b>										
Current health Spending (Excluding Capital) (%of GDP)	10.6%	8.5%	11.2%	11.0%	11.1%	10.3%	8.9%	9.1%	17.0%	9.1% (5.8-17.0)
Out-of-Pocket Health Care Spending per Capita (SUS, PPP-Adjusted)	\$667	\$733	\$307	\$538	\$298	\$348	\$636	N/A	\$987	\$588 (229-1,455)
<b>Health Care Activities</b>										
Hospital Discharges (All Causes, per 100,000 Population)	8,249	15,945	16,853	24,417	12,201	14,654	16,251	13,640	12,549	15,650 (5,051-27,347)
Hospital Average Length of Stay (All Causes, Days)	7.7	5.0	5.6	9.3	5.3	8.3	6.0	7.3	4.8	2 (3.9-16.4)
Acute Care Beds (per 1,000 Population)	1.7	3.4	3.4	5.3	3.3	2.6	2.0	2.4	2.6	3.4 (1.6-8.0)
Doctor Consultations per Capita	7.4	6.9	6.8	9.7	6.6	3.7	3.0	5.0	4.1	6.8 (2.7-13.2)
<b>Non-Medical Determinants</b>										
Percentage Daily Smokers (Self-Reported)	16%	15%	23%	22%	21%	17%	13%	20%	15%	21% (13-32)
Obesity Prevalence (Self-Reported)	18%	N/A	13%	15%	11%	N/A	11%	N/A	29%	15 (2-29)%

Notes

PPP: Purchasing Power Parity

N/A: Not Available

The Gini coefficient is a standard measure of income inequality that ranges from = (when everyone has identical incomes) to 1 (when all income goes to one person).

Obesity is defined as body mass index (BMI) greater than 30

Sources

Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2013. Paris, France: OECD; 2013. <http://stats.oecd.org>

Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics. Paris, France:

OECD; 2013. [http://www.oecd-library.org/economics/oecd-factbook-2013\\_factbook-2013-en](http://www.oecd-library.org/economics/oecd-factbook-2013_factbook-2013-en)

<sup>105</sup> Fig VI-1 Benchmarking de descriptores de sistemas de salud correspondientes a países de la OECD. 2013.

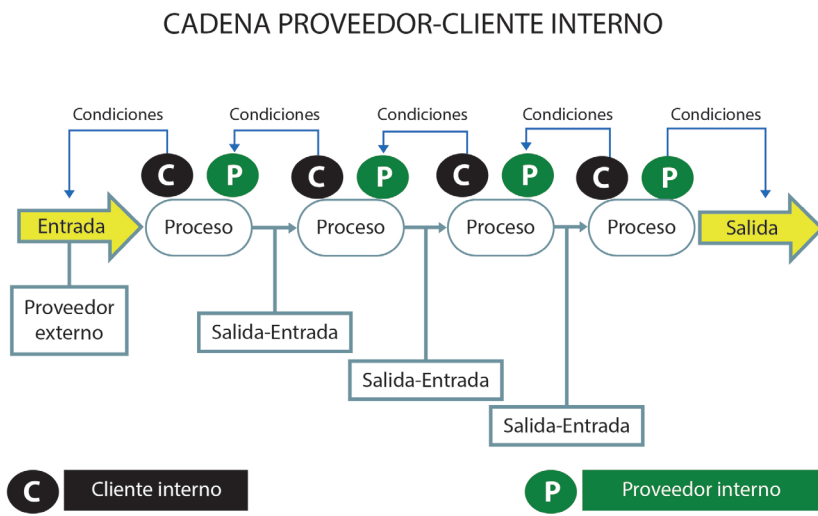
<sup>105</sup> FUENTE Fig. VI.1: Health System Descriptors: Learning from the Best: Benchmarking Canada's Health System. Key Messages. Disponible en: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Benchmarking\\_Canadas\\_Health\\_System-International\\_Comparisons\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Benchmarking_Canadas_Health_System-International_Comparisons_EN.pdf)

La gestión por procesos como una manera de racionalizar los servicios y eliminar o reducir todo aquello que no genera valor para los pacientes y la familia

En términos gerenciales, un proceso es un “conjunto de actividades destinadas a generar valor agregado sobre las entradas, para conseguir un resultado – salidas - que satisfaga las necesidades del cliente.<sup>106</sup>

De hecho, los procesos son cadenas de información, acciones y resultados que al suceder, posibilitan convertir recursos en productos. Un proceso es una parte identificable de la actividad de la organización, habitual, repetitiva, transversal, multifuncional y alineada con ciertos objetivos.

Internamente, todo proceso es una secuencia de relaciones proveedor-cliente mediante el cual cada punto o subprocesso es, por una parte, cliente del anterior y, por la otra proveedor de la siguiente. El proceso como un todo, se origina en un proveedor externo y toda su secuencia termina cuando sirve a un cliente externo. (Ver Fig. VI-2). Es en este tipo de relación, donde deben resolverse los principales problemas de la calidad.



<sup>107</sup> Fig. VI-2 Relación cliente-proveedor en toda la secuencia del proceso

<sup>106</sup> Osorio V. Gestión por Proceso y Calidad Asistencial. Fundamentos. 2011. [citado enero 2014] Disponible en: [https://es.slideshare.net/vosorio\\_isalud/gestion-por-proceso-y-calidad-asistencial](https://es.slideshare.net/vosorio_isalud/gestion-por-proceso-y-calidad-asistencial)  
<sup>107</sup> FUENTE Fig. VI.2: Carnota O. Relación cliente-proveedor. Taller de Alto Desempeño Gerencial. Presentación: La Gestión por Procesos en las Organizaciones Sanitarias. Diapositiva 17. Villahermosa, Tabasco. Mayo 2015.

La gestión por procesos aprecia la organización como un conjunto interrelacionado de procesos que se orientan a la satisfacción del cliente. Desde un punto de vista gerencial, la gestión por procesos refleja, más fielmente, el modo en que se hacen las cosas en cualquier organización, que la típica estructura verticalizada o funcional donde se prioriza el flujo arriba-abajo y se fortalecen las fronteras entre los departamentos.

Los procesos en sistemas y servicios de salud tienen varios rasgos distintivos originados en las particularidades que ya hemos mencionado en capítulos anteriores y que se manifiestan en términos de dispersión (numerosos lugares físicos, recorridos multidireccionales, variantes asociadas a la casuística), tipo de cliente (puede recibir molestias o dolor, hace el mismo parte del proceso, corre riesgos, siente temor), fuentes de inseguridad (medios diagnósticos, infecciones nosocomiales, clasificación inadecuada), uniformidad (estándares internacionales, terminología estandarizadas, hegemonía del prestador).

Al analizar una organización sanitaria mediante la gestión por procesos, resulta posible poner en evidencia actividades, acciones o decisiones que no aportan valor al paciente y que en el lenguaje técnico se identifican como “despilfarros” o “desperdicios”, como por ejemplo:

- Recorridos demasiados largos, sinuosos o inseguros
- Extravío de resultados por mala identificación
- Errores de medicación por etiquetado parecido o confuso
- Optimización de las partes y no del todo
- Excesivos tiempos de espera
- Sobre atención o subatención
- Errores y defectos
- Subutilización del personal humano

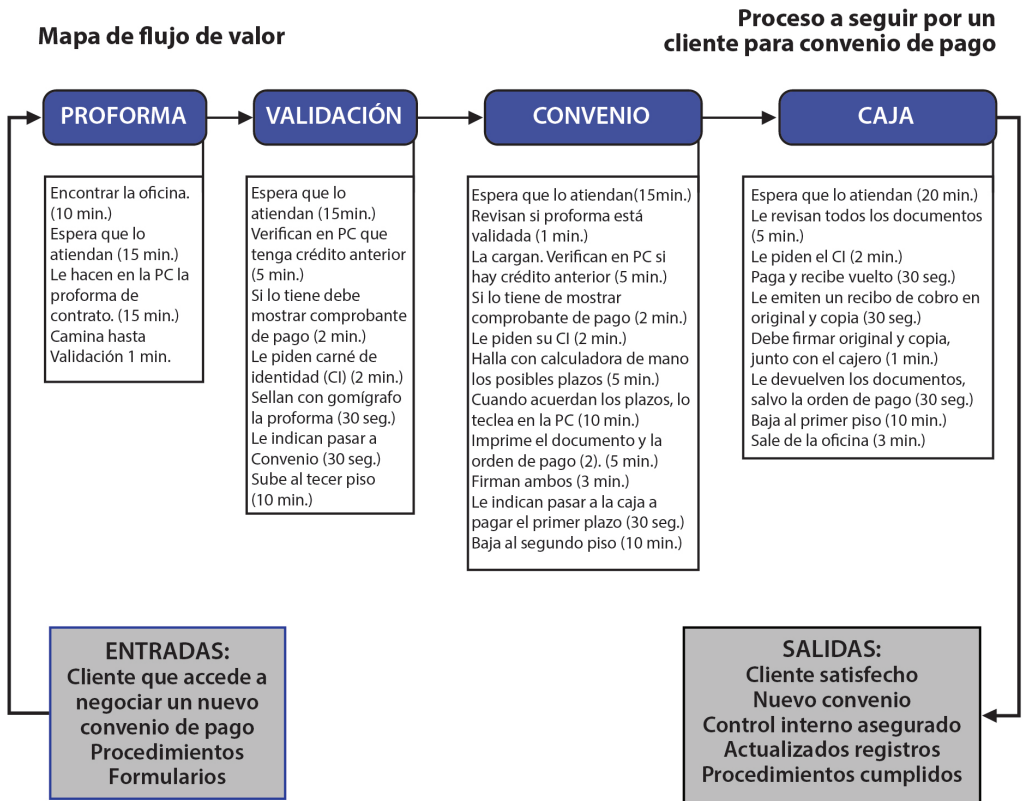
Estos despilfarros o desperdicios representan, en muchos casos, un alto porcentaje de los costos en tiempo, recursos materiales y financieros de las organizaciones sanitarias,<sup>108</sup> los cuales además de afectar la calidad del servicio reducen su capacidad de sostenibilidad.

---

<sup>108</sup> Carrasco G. Lean Healthcare: Innovar o sucumbir ante la crisis sanitaria. 7 de septiembre de 2012. [consultado 11 enero 2016] Disponible en: <http://elpacienteinteligente.blogspot.com/2012/09/lean-healthcare-innovar-o-sucumbirante>.

La gestión por procesos y en particular el enfoque Lean,<sup>109</sup> se ocupa de describirlos y analizarlos, identificar los despilfarros y eliminarlos o reducirlos, todo lo cual produce un efecto favorable a la gestión de la calidad al reducir molestias, inconvenientes y peligros para el paciente y su familia. (Ver Fig VI-3)

## ANTES

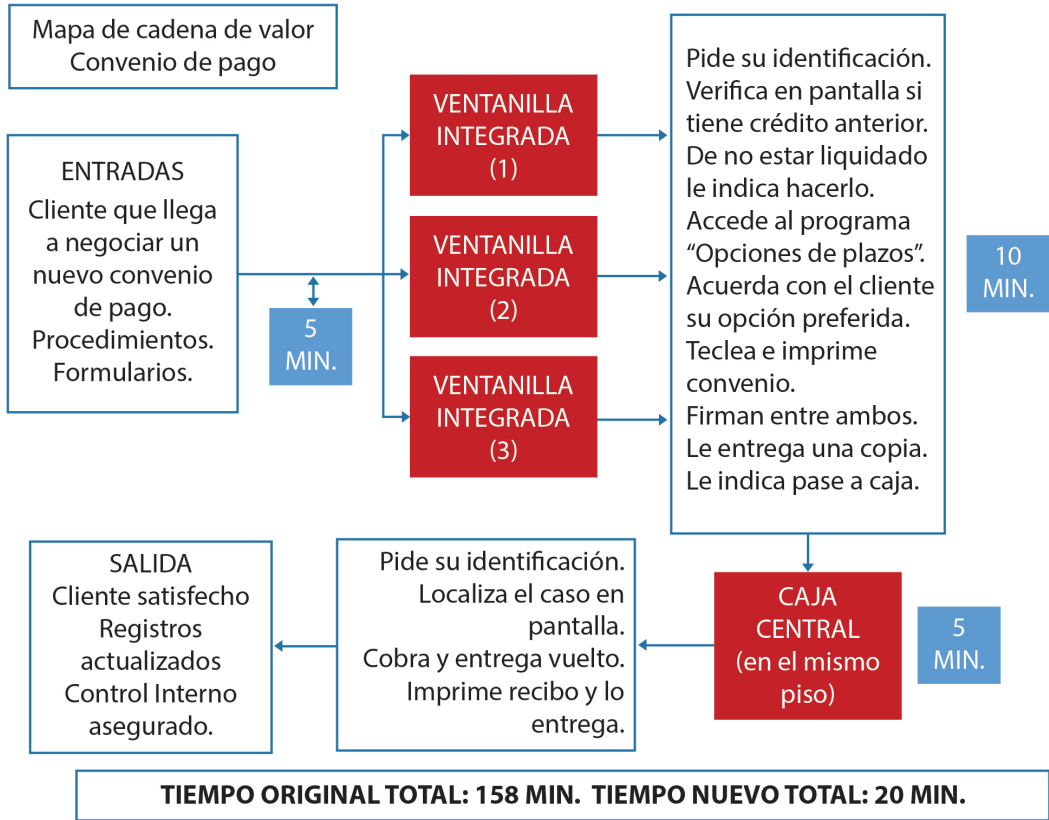


<sup>110</sup> Fig. VI-3 Ejemplo ilustrativo de eliminación de despilfarros aplicando procesos con enfoque Lean

<sup>109</sup> Jones D, Mitchell A. Lean thinking en el sector sanitario. Adaptación de Martín C y Caso J del. Reino Unido: Instituto Lean Management; 2013 [citado 19 diciembre 2014]. Disponible en : [http://www.institutolean.org/oldsite/lean\\_sanidad.pdf](http://www.institutolean.org/oldsite/lean_sanidad.pdf)

<sup>110</sup> FUENTE Fig. VI.3: Resultados de aplicar procesos: Dra. María Isabel Ávalos García. Construcción propia

## DESPUÉS



<sup>110</sup> Fig. VI-3 Ejemplo ilustrativo de eliminación de despilfarros aplicando procesos con enfoque Lean (Cont.)

El cuadro de mando integral (CMI) en función de asegurar un mejor diseño de las estrategias, de su implementación y de su seguimiento.

Un problema ya clásico en el mundo de la gerencia, lo constituye el vacío que separa un programa de estrategias con respecto a la manera en que se producen las operaciones y se priorizan las acciones, lo cual provoca que las estrategias fallen.



Según estudios realizados, es muy frecuente que la actividad diaria, las decisiones que se toman y los cambios que se llevan a cabo no estén alineados con las estrategias concebidas y aprobadas, por muy bien que estas se hayan hecho.<sup>111</sup> Por supuesto, no siempre es la razón para que fallen, también hay errores en la concepción de las estrategias que ninguna implementación o seguimiento puede resolver.<sup>112</sup>

“Las organizaciones de hoy necesitan ser excelentes tanto estratégica como operacionalmente para poder sobrevivir y hacer frente a los retos actuales. Un esquema que ayuda a alcanzar el requerido equilibrio entre estrategia y operación es el Cuadro de Mando Integral.”<sup>113</sup>

Suponiendo, por tanto, que se disponga de un trabajo de construcción de las estrategias realizado con todo el rigor necesario, esto no bastaría para asegurar que su implementación cree las condiciones para que las operaciones, las decisiones y los ajustes de cada día estén alineados con tales estrategias y contribuyan a su materialización. Se trata de alcanzar lo que se conoce como organización orientada a la estrategia. Para lograrlo, el cuadro de mando integral introduce una manera de visualizar ese grupo de estrategias siguiendo un esquema basado en cuatro puntos de vista o perspectivas. Cada una de ellas representa la manera en que los diferentes grupos de implicados (dueños, clientes, jefes de los procesos y empleados) ven esos objetivos y esperan de ellos. Por ejemplo la perspectiva procesos internos se pregunta ¿en cuáles procesos tenemos que ser excelentes para alcanzar estas estrategias?

Lo que aportan las perspectivas es asegurar que hay un enfoque balanceado e integral de los objetivos estratégicos que se están planteando. Además, crean las condiciones para poder hacer un seguimiento más efectivo de estos. En las organizaciones de negocio estas perspectivas están generalmente representadas por:

**Finanzas.** Como las ven los propietarios y que esperan de ellas.

**Clientes.** Como las ven los que compran el producto o reciben el servicio y que esperan de ellas.

**Procesos internos.** Como las ven los que están al frente de la realización del producto o el servicio y que esperan de ellas.

**Aprendizaje y crecimiento.** Como las ven los empleados de la organización y que esperan de ellas.

---

<sup>111</sup> FUNDES. Planificación estratégica, balanced scorecard y pymes. [Citado 19 diciembre 2014] Disponible en <http://es.slideshare.net/Diariopyme/planificacin-estrategica-balanced-scorecard-y-pymes-por-fundes>

<sup>112</sup> Sterling J. Translating strategy into effective implementation: dispelling the myths and highlighting what works, en *Strategy and Leadership*. Vol 31 No. 3 2003.

<sup>113</sup> Rohm H, Halbach L. Developing and Using Balance Scorecard Performance Systems. Balanced Scorecard Institute. Agosto 2006.

Para cada perspectiva se determinan los objetivos, indicadores y metas, los cuales permitirán tanto evaluar sistemáticamente la propia estrategia como medir su puesta en práctica. De esta manera se completa el balance. Es lo que se conoce propiamente como *Cuadro de Mando Integral*.

A partir de estos elementos resulta posible crear el *Mapa Estratégico*, que no es más que un esquema basado en la secuencia causa-efecto, donde se trata de mostrar la contribución sucesiva de cada perspectiva hasta alcanzar la meta estratégica principal. En el caso de empresas de negocios son los resultados financieros, pero sería diferente en otro tipo de organización.

En cuanto a las organizaciones sanitarias, tanto el tema de construir mejores estrategias como el de asegurar su implementación y seguimiento son cuestiones de sumo interés vinculadas a la competitividad, la sostenibilidad, la mejora continua de la calidad y el compromiso social y ético de estas organizaciones.

“La planificación estratégica es una herramienta con plena vigencia y utilidad en la dirección de todo tipo de organizaciones, incluidas las organizaciones sanitarias. El nivel de la organización al que el proceso de planificación estratégica es pertinente en función del tamaño de la unidad, de su complejidad y de la diferenciación del servicio que se presta (...). El proceso para la planificación estratégica es programable, sistemático, racional y holístico e integra el largo, medio y corto plazo, lo que permite orientar la organización sanitaria hacia transformaciones relevantes y duraderas para el futuro”.<sup>114</sup>

Al igual que en organizaciones de cualquier otro tipo, el diseño e implementación estratégica en los sistemas y servicios de salud, confronta con frecuencia la limitación de que las acciones, las decisiones y los ajustes organizativos que se suceden posteriormente no son consecuentes o al menos ignoran el rumbo trazado por las estrategias.<sup>115</sup> Estas son algunas de las principales causas:

- Las estrategias aunque están bien formuladas, no están implementadas de manera que se les pueda dar seguimiento durante el período de ejecución.
- Los mecanismos de medición del desempeño que están establecidos no están alineados con las estrategias.
- Hay demasiado énfasis en indicadores de tipo financiero.

---

<sup>114</sup> Rodríguez F, Peiró M. La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias en *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(8):749–754, p. 749

<sup>115</sup> Sterling J. Translating strategy into effective implementation. *Strategy & Leadership*. 2003;31:27–34.

- Existe una dicotomía entre la visión clínica y la visión económica.
- Las estrategias se formularon por un compromiso regulador, pero no están en realidad en el centro del interés de los que dirigen.

Una solución a estas limitantes está en la introducción del cuadro de mando integral en el campo de los sistemas y servicios de salud, pero esta tecnología fue creada originalmente para organizaciones de negocio, que a su vez desarrollan actividades que no se corresponden con el tipo de servicio que realizan las organizaciones sanitarias y mucho menos con las particularidades de estas.

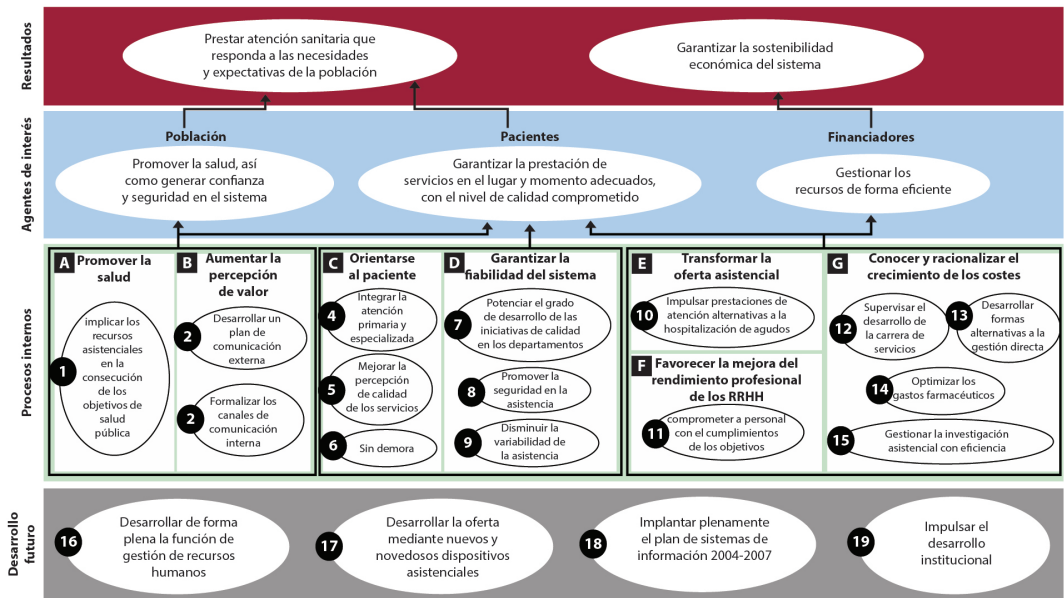
Se requiere entonces la adaptación del modelo genérico de cuadro de mando integral para que tome en cuenta algunas de dichas particularidades principales tales como: no ser manufactura sino servicio, el cliente es objeto y sujeto, la salud es un derecho ciudadano, el prestador decide prácticamente la demanda y, es un servicio imprescindible. Ya tales adaptaciones se han hecho y esta tecnología se viene aplicando con mucho éxito tanto en la atención primaria como en las instituciones hospitalarias.<sup>116</sup>

Los principales ajustes están en las perspectivas, pues al corresponderse estas concretamente con los implicados claves en las estrategias establecidas, no pueden ser idénticas. Salvo la de procesos internos, las tres restantes se han cambiado a otras más cercanas a los sistemas y servicios de salud, tales como pacientes, ciudadanos o agentes de cambio en vez de clientes; sostenibilidad económica, presupuesto o resultados en salud en vez de finanzas; así como futuro, conocimiento o desarrollo en vez de aprendizaje y crecimiento, esta última no sustituida con tanta frecuencia. (Ver Fig. VI-4).

Otros ajustes, también en las perspectivas, ha sido la creación de *subperspectivas* que intentan organizar los puntos de vistas con mayor precisión y colocar los objetivos en grupos más específicos. El resto de los elementos tales como objetivos, indicadores, metas e iniciativas se ajustan a dichas perspectivas y las particularidades ya mencionadas.

---

<sup>116</sup> Bisbé J, Barrubés J. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias, en Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):919-927



<sup>117</sup> Fig. VI-4 Mapa estratégico donde se pueden apreciar las adaptaciones al caso de un hospital. Fuente: Bisbé Josep y Barrubés Joan. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias, en Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):919-927. Pag. 923

El cuadro de mando integral no sustituye ninguno de los modelos de gestión de la calidad en salud, sino que los complementa y los potencia.

La generalización de su empleo en las organizaciones sanitarias comienza a partir de finales del siglo pasado, o sea muy cerca de su creación e implementación en los sectores productivos; primero en Estados Unidos de Norteamérica, pero sobre todo en Ontario Canadá, donde fue implantado en los 89 hospitales de la región.

Otro ejemplo de introducción masiva ha sido en Chile, donde después de aplicaciones parciales con notables resultados de ahorros en gastos y sin disminución de la calidad de los servicios, se decidió su introducción en los 57 hospitales de mayor

<sup>117</sup> FUENTE Fig. VI.4: Mapa estratégico. Bisbé J, Barrubés J. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias, en Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):919-927 p.923

complejidad en el país, durante el período 2011-2012. El resultado se valoró como muy positivo, pero se criticó que al ser nacionales las estrategias, se perdía un seguimiento más cercano al contexto de cada región y localidad, lo cual es cierto.

La aplicación del cuadro de mando integral en los sistemas y servicios de salud es algo generalizado en el mundo entero y su aporte al aseguramiento de las estrategias es una contribución a temas como el desarrollo sostenible, la mejora continua de la calidad y el aseguramiento del bienestar y la salud de las personas y las poblaciones.

### Los sistemas automatizados de gestión y el nuevo modo de hacer gerencia

Ninguno de los avances tecnológicos, en materia de procesamiento de datos, anteriores a la irrupción del conjunto formado por las computadoras personales, las redes informáticas, las bases de datos y los sistemas integrados, tuvo algún impacto significativo sobre los procesos gerenciales, las estructuras organizativas, las relaciones internas y externas de las organizaciones y las estrategias de producción, mercadotecnia, distribución y entrega.

Convertir datos en informaciones válidas mediante primero, las máquinas a base de tarjetas perforadas y, posteriormente, a partir de los centros de cálculo donde se ubicaban las enormes computadoras de la época, hacían más rápido el trabajo manual de agrupar, seleccionar y calcular grandes masas de datos y convertirlas en información útil, pero no aportaban grandes cambios, generalmente visto.

Los protagonistas del cambio fueron:<sup>118</sup>

**Las computadoras personales.** Pusieron al alcance de cualquier persona, técnico, profesional o maestro una potencia de cálculo nunca vista, una simpleza extraordinaria para su empleo y una capacidad excepcional para satisfacer las diferentes demandas de los distintos usuarios. La computación pasó a ser masiva y democrática

**Las redes informáticas.** Al interconectar las computadoras personales potenciaron el impacto que estas podían provocar por separado.; empezaron a crear las bases tecnológicas para una real integración interna y extendida; aportaron la posibilidad de lo que se dio en llamar el tiempo real y, cambiaron las reglas de cómo relacionarse las personas dentro o fuera de su organización.

A esto se unió la digitalización de instrumentos y maquinarias de todo tipo, con lo cual todo empezó a poderse comunicar con todo.

---

<sup>118</sup> Carnota O. Gerencia sin agobio. Editora Política. La Habana. 2015. p.160-162

**Las bases de datos.** Aportaron una nueva concepción de cómo podía almacenarse y recuperar información. Desapareció la necesidad de guardarla de la misma manera en que se iba a utilizar, redujo de manera drástica la necesidad de almacenar la misma información por diferentes criterios y aseguró que la actualización y consulta en tiempo real por numerosos usuarios a la vez no fuera un problema.

**Los sistemas integrados de gestión.** A partir de los tres elementos anteriores, ya fue posible pasar de los sistemas orientados a procesar información para otros conceptualmente diferentes, concebidos para integrar procesos gerenciales. Surge la posibilidad de sustituir los típicos modelos mecanicistas provenientes de principios del siglo XX para introducir sistemas más parecidos a cómo operan los organismos vivos.

Este impacto es bien conocido. Veamos a continuación, como se manifiestan en organizaciones sanitarias donde se han introducido sistemas automatizados de gestión en salud, basados en historias clínicas digitalizadas.

Para facilitar su comprensión se han organizado en cuatro grupos:

**La simultaneidad.** Varias operaciones que anteriormente se hacían secuencialmente, ahora se pueden hacer a la vez. Por ejemplo, usted tiene cita con su médico familiar el día de hoy. Al entrar a la consulta, el médico le pide su tarjeta de identificación, la pasa por el lector e inmediatamente aparece en pantalla la página principal de su historia clínica, junto con su foto. Al mismo tiempo suceden varias cosas más.

Esa página se enlaza con todas las otras en las que usted ha tenido algo que ver, por ejemplo, consultas anteriores, análisis de laboratorio, visitas a otros especialistas, medicamentos recibidos en farmacia, estudios de imágenes, intervenciones quirúrgicas o tratamientos de fisioterapia, entre otros.

Al mismo tiempo también, se registra que usted cumplió con la cita que tenía concertada, se actualizaron las estadísticas relacionadas con la atención médica, se actualizó la información relacionada con el trabajo del médico y posiblemente también con su salario, y así sucesivamente. Todo esto sucede de forma simultánea y con poca participación humana.

**La simplificación.** Se produce una racionalización de las operaciones involucradas en los diferentes procesos. Por ejemplo, usted como Secretario de Salud puede conocer cómo se encuentra la lista de espera para intervenciones quirúrgicas electivas de cualquier de sus hospitales sin esperar a que la información transite

por todos los niveles intermedios (y por supuesto, corra el riesgo de que le “maquillen la información”; el paciente o el empleado del consultorio no tiene que desplazarse a buscar los resultados de una tomografía, pues esta se incorpora directamente del tomógrafo a la historia clínica de la persona; los principales indicadores de desempeño de su hospital no tienen que ser buscados por usted dentro de un voluminoso informe, sino que aparecen automáticamente en la pantalla de su computadora o de su teléfono celular con algunos valores añadidos tales como: prioridad, riesgos, urgencia o importancia; la señora que acaba de ser atendida por el médico familiar sale de allí con todos los turnos que necesita para el laboratorio, el centro de imágenes, algún otro especialista y para cuando tenga que volver a esta consulta.

**La potenciación.** Numerosas actividades pueden hacerse de una mejor manera o con mejores resultados y surgen otras nuevas que se añaden a su potencial de efectividad. Por ejemplo, el trabajo colaborativo en línea donde varios médicos analizan de conjunto el caso que uno de ellos está atendiendo en ese momento; el acceso a materiales de consulta, resultados de investigaciones, normas de diagnóstico y tratamiento, vademécum o literatura especializada al alcance de unos simples clicks o golpes táctiles; la historia clínica digital dentro de la cual el médico opera con toda libertad acerca de la evolución del paciente, manipula las imágenes diagnósticas, separa turnos para otros servicios o tramita el ingreso del paciente que atiende; el aviso automático vía teléfono celular a todos los pacientes crónicos que no asistieron a la consulta programada.

**La integración.** Es la cualidad que califica a estos sistemas como integrados, pues es la primera vez que se dispone de la base tecnológica para que las organizaciones empiecen a trabajar como un todo orgánico y no como la simple suma de todos sus servicios o departamentos.

La integración reduce o elimina las fronteras internas y potencia las relaciones. En el caso de los sistemas y servicios de salud, donde particularidades como la continuidad como criterio organizativo, la organización centrada en el paciente, la interdisciplinariedad, el carácter social y cultural de su producción, o el papel significativo de la evidencia, demandan un alto nivel de trabajo conjunto y de capacidad de respuesta entre todas las partes, el aporte tecnológico de la integración cambia sustancialmente el modo de trabajo y aporta elementos claves para la mejora continua de la calidad.

Esta integración, que se denomina *interna*, llega a niveles ilimitados cuando se produce entre diferentes instituciones, niveles, regiones o tipos de servicios más allá de la propia organización.

Es lo que se conoce como integración extendida. Este tipo de integración es la que permite organizar redes de servicios de salud en la escala que se desee; sincronizar acciones a extensión local, nacional o internacional; simplificar trámites y desplazamientos del personal, los pacientes o los familiares; pasar a historias clínicas digitalizadas únicas a escala de país; generar la tarjeta electrónica médica individual; facilitar automáticamente la gestión epidemiológica incluyendo los alertas a tiempo; disponer de una amplia base de datos para investigaciones, entre otras posibilidades.



## *A manera de conclusión*

La inseparable relación entre la gestión de la calidad en salud y la gerencia en salud, permiten que las llamadas tecnologías gerenciales aporten beneficios claramente identificables para todos los procesos relacionados con la mejora continua de la calidad, su evaluación, los modelos de gestión y acreditación de la calidad, la evaluación de la calidad y los intentos actuales de poner al paciente y la familia en la razón de ser de las estrategias, las políticas, los programas y la organización de los servicios.

Las tecnologías gerenciales proveen facilidades, condiciones y evidencias que apoyan estos procesos, pero de ninguna manera pueden sustituir el interés de las personas y de las autoridades correspondientes para que sean implementadas y utilizadas con vistas a mejorar el servicio, asegurar su sostenibilidad y hacer que la orientación al paciente sea algo más que un discurso.

## Bibliografía Consultada

1. Aguilar SC, Reyes RE, Ordóñez SM, Arellano TM, Ramírez JS, Domínguez LA, Martínez FJ, et. al. La diabetes de tipo 2 de inicio temprano: Caracterización metabólica y genética en la población mexicana. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, [Internet] 2001, [consultado 6 febrero 2017] Volumen 86,(1);220-226, Disponible en: <https://doi.org/10.1210/jcem.86.1.7134>.
2. Aguirre H, Vázquez EF. El error médico. Eventos adversos, *CirCiruj* [Internet] 2006;74:495-503 [consultado 30 enero 2017] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc066n.pdf>
3. Allel L. Diabetes tipo 2 Plan Terapéutico. (diapositiva) Universidad del Pacifico. Chile, 2011. 54 diapositivas. [consultado 26 enero 2017] Disponible en: <http://www.slideshare.net/ligiallell/clase-aventis#>
4. Aller HM, Vargas LI, Sánchez PI, Henao MD, Coderch de LJ, Llopart LJ. et al . La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2010 Ago [consultado 20 Mayo 2018 ];84( 4 ):371-387. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000400003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000400003&lng=es).
5. Álvarez M, Ávila FJ, Barrera C, Bautista FJ, Calero M, Campos T, et al. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales mejorados. 2009, 2da. edición. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Pág. 13.
6. American Diabetes Association: Standards of medical care for patient with diabetes mellitus, en *Diabetes Care*; 2003. Suplement 26:533-550.
7. American Heart Association, Heart and Stroke FACTS Statistics, Dallas, AHA [internet] 2003. [consultado 3 febrero 2017] Disponible en: [http://www.heart.org/HEARTORG/General/Heart-and-Stroke-Association-Statistics\\_UCM\\_319064\\_SubHomePage.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/General/Heart-and-Stroke-Association-Statistics_UCM_319064_SubHomePage.jsp)
8. Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño C, Sequeda C, Solano C, Borda M. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 Colombia; 21: *Revista Científica Salud Uninorte*, 2005 [consultado febrero 2017] Vol 21. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4109/5674>
9. Arredondo A, Zuñiga A. Cost and financial consequences of the changing epidemiological profile in Mexico, *Diabetes Care*, [Internet] 2004 volume 27, number 1. [consultado febrero 2017], Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/27/1/104.full.pdf>
10. Arroyo VA, Cortés PD, Aguirre HR, Fuentes G. R., Ramírez R. O., Hamui S. A. Las relaciones interpersonales: percepción de la comunicación, trato y experiencias adversas en los usuarios de las unidades médicas pertenecientes a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) *Gac Med Mex* 2013;149 (2)
11. Atienza F, Rodríguez FL, Losada C. Encuentros difíciles en atención primaria: una aproximación mediante grupos focales. *Análisis y Modificación de la Conducta* [Internet] 2011, vol 37, No.155-156, 115-126, [consultado Marzo 2017] Disponible en: [http://rabida.uhu.es/bitstream/handle/10272/5782/Encuentros\\_dificiles\\_en\\_atencion\\_primaria.pdf?sequence=1](http://rabida.uhu.es/bitstream/handle/10272/5782/Encuentros_dificiles_en_atencion_primaria.pdf?sequence=1)
12. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes, IDF (7ª edición). [Internet] 2015. [consultado 17 2017] Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/general/material/95/avance-nuevo-atlas-de-la-diabetes-de-la-fid-7-edicion--actualizacion-de-2015>.
13. Ávalos GM, de la Cruz-G C, Tirado HC, García PC, Barcelata ZA, Hernández VM. Control metabólico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Centla, Tabasco, México. *Salud en Tabasco*, 2007,

vol. 13,(2),625-639

14. Ávalos MI. Experiencia en la evaluación de la calidad de la atención primaria en un estado mexicano, empleando una selección de enfermedades que pueden considerarse trazadoras. Rev. Horizonte Sanitario Mex. 2010, Vol. 9 (2);25-31.

15. Baca MB, Bastidas LM, Aguilar M, De La Cruz NM, González MD, Uriarte OS et al. Nivel de conocimientos del diabético sobre su auto cuidado Enfermería Global, vol. 7, núm. 2, junio, 2008, pp. 1-12 Universidad de Murcia Murcia, España. [consultado Junio 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834749006.pdf>

16. Bacallao F, Matos SI. Consentimiento informado: Un puente hacia el cambio en la relación médico-paciente. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2012, Volumen 18, (1);40-48.

17. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. Bull World Health Organ. [Internet] . 2003; 81 (1): 19-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572319/pdf/12640472.pdf>

18. Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Mar [citado 11 mayo 2018] ; 33(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=es).

19. Bialek R, Duffy G, Moran J. The Public Health Quality Improvement Handbook. ASQ Quality Press. Milwaukee. Wisconsin. EUA. 2009.

20. Bisbé J, Barrubés J. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias, [Internet] en Rev. Esp Cardiol. 2012;65(10):919-927. [consultado 12 Marzo 2017] Disponible en: [http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90154891&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=100&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v65n10a90154891pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR\\_publi\\_pdf](http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90154891&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=100&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v65n10a90154891pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publi_pdf)

21. Blanca GJ, Muñoz SR, Caraballo NM, Expósito CM, Sáez NR, Fernández DM. La intimidad en el Hospital: La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. Index Enferm [Internet]. 2008 [consultado 12 Mayo 2018] ; 17( 2 ): 106-110. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200006&lng=es)

22. Bolaños E, Sarría A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. Aten Primaria [Internet] 2003;32(34):195-202. p198. [consultado Marzo 2017] Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0212656703792518/1-s2.0-S0212656703792518-main.pdf?\\_tid=34ff6d9e-c40f-427f-b04f-07a1321204e9&acdnat=1526080992\\_c53e1a6f096e562d6e6d7869861a2ae8](https://ac.els-cdn.com/S0212656703792518/1-s2.0-S0212656703792518-main.pdf?_tid=34ff6d9e-c40f-427f-b04f-07a1321204e9&acdnat=1526080992_c53e1a6f096e562d6e6d7869861a2ae8)

23. Bonal RR, Cascaret SX. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas?: Acercamiento a su análisis e interpretación. MEDISAN [Internet]. 2009 Feb [consultado 11 Mayo 2018] ; 13(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000100018&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100018&lng=es).

24. Boonstra E, Lindbæk M, Ngome E. Adherence to management guidelines in acute respiratory infections and diarrhoea in children under 5 years old in primary healthcare in Botswana, en Int. J. Qual. Health Care, (internet), 2005,17(3): 221 - 227. 2005. [consultado Abril 2017] Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/17/3/221/1837760>

25. Brown, S. Interventions to promote diabetes self management: state of the sciences, en Diabetes educator, [internet] 25(suppl):52-61,1999.

- [ consultado mayo 2017] Disponible en: [http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014572179902500623?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014572179902500623?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)
26. Buchhorn E, Damião C, Marques C, Pinto M. Siendo transformado por la enfermedad: la vivencia del adolescente con diabetes. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet] 2007 julio-agosto; 15(4). [consultado Mayo 2017]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es\\_v15n4a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a08.pdf)
27. Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Caja Costarricense de seguro social, ([internet] 2009. [consultado Mayo 2017] Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/libros/hipertension09.pdf>
28. Calvete OA. Estrategia de salud de la Unión Europea: salud pública para las personas europeas. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2008 Jun [consultado 12 Mayo 2018]; 82 (3): 273-281. [citado Enero 2018] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272008000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300004&lng=es).
29. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios, en *Rev Calidad Asistencial*; 2001;16:276- 279.
30. Canadian Institute for Health Information Primary Health Care (PHC) Indicators Chartbook: An Illustrative Example of Using PHC Data for Indicator Reporting (Ottawa, Ont.: CIHI, 2008) Disponible en: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/phc\\_chartbook\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/phc_chartbook_en.pdf)
31. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Paternalismo médico. *Rev.Med. Electrón.* 2013 Abr [consultado 14 julio 2013]; 35(2): 144-152. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n2/tema06.pdf>
32. Caramenico A. Intermountain Brent James: Patient-centeredness drives quality, savings. Entrevista. Revista digital Fierce Healthcare. [consultado 27 marzo 2013] Disponible en: <https://www.fiercehealthcare.com/healthcare/intermountain-s-brent-james-patient-centeredness-drives-quality-savings>
33. Struijs J, Drewes H, Heijink R, Baan C. How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. *HealthPolicy* [internet] 2015, Vol 119 No. 4 pag. 522-529. [consultado Junio 2017] Disponible en: [https://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(14\)00337-6/abstract](https://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(14)00337-6/abstract)
34. Carnota O. Estrategias Gerenciales: Una oportunidad para los sistemas de salud, Edit. Ciencias Médicas ([internet] 2005. [consultado Mayo 2017] Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/tecnologias\\_gerenciales\\_carnota.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/tecnologias_gerenciales_carnota.pdf)
35. Carnota O. Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013 Sep [consultado 13 Mayo 2018]; 39( 3 ): 501-523. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300008&lng=es)
36. Carnota O. Gerencia sin agobio. Editora Política. La Habana. 2015.
37. Carr S, Lhussier M, Wilcockson J, Robson L, Warwick J, Ransom P, et al. Roles, relationships, perils and values: development of a pathway between practice development and evaluation, en *Rev Quality in Primary Care* [internet] 2008; 16: 157-64. Disponible en <http://primarycare.imedpub.com/roles-relationships-perils-and-values-development-of-a-pathway-between-practice-development-and-evaluation-research.pdf>
38. Carrasco G. Lean Healthcare: Innovar o sucumbir ante la crisis sanitaria. 7 de septiembre de 2012. [consultado 11 enero 2016] Disponible en: <http://elpacienteinteligente.blogspot.com/2012/09/lean-healthcare-innovar-o-su-cumbir-antef..html>
39. Castell P. La intersectorialidad en la práctica social. Editorial ECIMED. 2007. La Habana. 2007.

40. Codman E. A study in hospital efficiency. The First five years. Thomas Todd. Boston. 1916.
41. Codman E. The product of hospitals, en Surg Gynecol Obstet, 18: 491-494. 1914.
42. Contreras J. Manejo del asma centrado en el paciente. Presentación Hospital Universitario La Paz. Madrid. 2010 [consultado 18 octubre 2013] Disponible en [http:// www.slideshare.net/Saludablemente/manejo-del-asma-centrado-en-el-paciente](http://www.slideshare.net/Saludablemente/manejo-del-asma-centrado-en-el-paciente).
43. Córdova J, Barriguete J, Lara A, Barquera S, Rosas M, Hernández M. et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2008 Oct [consultado 13 Mayo Mayo] ; 50(5) : 419-427. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es)
44. Coronado M, Gómez J, Espinoza D, Arce A. Progression to ward type-2 Diabetes Mellitus among Mexican prediabetics. Assessment of a cohort. Gac. Med.Mex. 2009;145(4):269- 72.
45. Cortés L, Cabrera C, Cueto A, Rojas E, Barragán G, Hernández M, Martínez H. Improving care of patients with diabetes and CKD: a pilot study for a cluster-randomized trial. Am J Kidney Dis. 2008; 51(5):777-88.
46. Cosialls D. Gestión clínica y gerencia de hospitales. Editorial Harcourt Brace de España, Pág. 134, 2000.
47. Covey, S. R. Los siete hábitos de la gente altamente efectiva. Editorial 41 Paidós. Buenos Aires. 2003.
48. Danish Centre for Health Technology Assessment. Health Technology Assessment Handbook. 2da edición. National Board of Health. Dinamarca. Marzo 2008
49. Dastres M. Determinantes sociales de la salud e intersectorialidad. Publicado por Esculapio. 19 de enero 2008. [consultado 18 julio 2013] Disponible en: <http://mariodastres.blogspot.com/2008/01/determinantes-sociales-de-la-salud-e.html>
50. De la Fuente RA, Fernández LM, Hoyos VY, León RC, Zuloaga MCh, Ruiz GM. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. 2008. Rev Calid Asist. 2009; 24(3):109-114
51. Delgado G. M., Vázquez N. M., Zapata B. Y., Hernán G. M., Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: Una mirada cualitativa. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2005 Dic [consultado 04 Junio 2018];79(6): 697-707. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272005000600009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600009&lng=es)
52. Detsky A. What Patients Really Want From Health Care? JAMA. 2011;306(22):2500-2501.
53. Norma Oficial Mexicana Nom-015-SSA2-2010, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. DOF. Secretaría de Salud [Internet]. 2010. [consultado 20 febrero 2011]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5168074](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5168074)
54. Modificación a la Norma Oficial Mexicana Nom-030-SSA2-1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana Nom-030-SSA2-2009, para la Prevención, Detección, Diagnostico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica. DOF. Secretaría de Salud [Internet]. 2009. [consultado 15 febrero 2011]. Disponible en [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5144642](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642)
55. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. DOF. Secretaría de Salud [Internet]. 2010. [consultado 5 febrero 2011]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
56. Díaz de LC, Pinzón CE, Arredondo A. Cost-effectiveness analysis of oral drug treatment for non-obese outpatients diagnosed with type-2 diabetes: a probabilistic sensitivity analysis. The Lancet. 2013. (Vol. 381); page 538.

57. Díaz AB, de Cosío F, Canela SJ, Ruiz HR, Cerqueira MT. Quality of diabetes care: a cross-sectional study of adults of Hispanic origin across and along the United States-Mexico border. *Rev Panam Salud Publica*. 2010. 28(3): 207-13
58. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención México: Instituto Mexicano del Seguro Social; [Internet] 08/07/2014 [consultado 17 agosto 2015]; disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP\\_\\_HipertArterial1NA/HIPERTENSION\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076-GCP__HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf)
59. Donabedian A. Quality assurance in our health care system en *Am Coll Util Rev.Physi*.1986.1:6-12.
60. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor (Mich): Health Administration Press; 1980. vol. 1.*
61. Donabedian, A. Twenty years of research on the quality of medical care. 1964-1984, en *Eval Health Prof*; 1985. 8:243-265.
62. Top 10 Health Technology Hazards for 2013. ECRI Institute Reprinted. 2012. From Volume 41. Issue 11.
63. The need for a model. *EFQM*. [consultado 3 abril 2014]. Disponible en: <http://www.efqm.org/efqm-model/the-need-for-a-model>
64. Elías-Dib J. Guías de práctica clínica. Una propuesta para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Cir Ciruj* 2009;77:87-88
65. Espinosa A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013; 39(1) 1-3
66. Fanghanel G, Sánchez RL, Chiquete E, de la Cruz J, Escalante A. Registro multicéntrico internacional para evaluar la práctica clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: subanálisis de la experiencia en México. *Gaceta Médica de México*. 2011;147 226
67. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med*. 2012;172(5):405-11.
68. Fernández I. Atención sanitaria centrada en el paciente con diabetes: necesitamos incorporar las perspectivas/expectativas de los pacientes. *Atención Primaria*. Vol.32. Núm 04. 15 septiembre 2003.
69. Fernández MI, Moinelo CA, Villanueva GA, Andrade RC, Rivera TM, Gómez OJ et al . Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2000 Abr [consultado 2018 Jun 20] ; 74( 2 ): 00-00. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272000000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000200005&lng=es)
70. Fields LE,. Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella EJ, Sorlie P, et al. The Burden of Adult Hypertension in the United States 1999 to 2000. *A Rasing tide en Hypertension*; 44:398-404, 2004
71. Frenk J, Bobadilla JL, Sepulveda J, Lopez Cervantes M. Health transition in middle-income countries: New challenges for health care. *Health Policy and Planning*. 1989;4(1):29-39.
72. Frenk, J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico en *Lancet* 2006;368:954-961.
73. Frenk, J. et al. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud. Primera edición, 2002. Pág. 12
74. Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud pública Méx* [Internet]. 2007 Ene [consultado 2018 Jun 19];49( Suppl 1 ): s14-s22. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000700006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700006&lng=es).

75. Funnel M. Los nuevos roles en el cuidado de la diabetes. *Diabetes. Voice* 2001. Vol. 46. pp 11-13
76. Furler J, Walker C, Blackberry I, Dunning T, Sulaiman N, Dunbar J, et al. The emotional context of self-management in chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes. *BMC Health Serv Res.* [internet] 2008 [consultado 25 mayo 2016];8:214. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-8-214>
77. Gallardo PU, Zangronis RL, Chirino CN, Mendoza VL. Conocimientos y conductas de los pacientes con diabetes mellitus sobre el pie diabético. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2008 Mar [consultado 2017 Jun 21] ; 24( 1 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100007&lng=es).
78. Gallegos E. Bañuelos Y. Conductas protectoras de salud en adultos con diabetes tipo II. *Invest Educ Enferm* 2004; 22 (2): 40-49
79. García, BA, Acosta RL, Luna BE. Evaluación de la eficiencia técnica del programa de diabetes en unidades de salud de San Luis Potosí. *Revista Salud Pública y Nutrición* [internet] 2012, [consultado el 20 de abril 2018]Vol. 13 (3). Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/311/291>
80. García C.M, Balibrea JL, Briones PE, De la Fuente PA, Delgado M, García GJ, et al. Guías de Práctica Clínica en la Asistencia Médica Diaria. Universidad de Málaga 2003
81. García GR. El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. *Revista Cubana de Salud Pública* [internet] 2011 [consultado 15 mayo 2015]; vol. 37, supl.5. pp 675-685. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/214/21421368015.pdf>
82. García GE, De la Llata RM, Kaufer HM, Tusié LM, Calzada LR, Vázquez VV, et al . La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: una reflexión. *Salud pública Méx* [Internet]. 2008 Dic [consultado 2018 Jun 21];50( 6 ): 530-547. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000600015&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000600015&lng=es).
83. García RM, Luján LM, Martínez CM. Satisfacción laboral del personal de salud, en *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [internet]; 2007 [consultado 2016 feb 15]15 (2): 63-72. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim072b.pdf>
84. García R, Suárez R, Peralta R. Diagnóstico educativo sobre la enfermedad en pacientes diabéticos de la tercera edad, en *Rev Cubana Endocrinol;* [Internet]; 1996 [consultado 2014 jun 10] (7)1. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol7\\_1\\_96/end06196.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol7_1_96/end06196.htm)
85. Garrido LF, Hernández LHM, Gómez DO. Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México, en *Salud pública de México* [Internet]; 2008 [consultado 12 feb 2012] vol. 50, suplemento 4. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v50s4/03.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v50s4/03.pdf)
86. Gérvas, J, Pérez AC. Evaluación de las intervenciones en salud: la búsqueda del equilibrio entre la validez interna de los resultados y la validez externa de las conclusiones, en *Rev Esp Salud Pública* [Internet]; 2008 [consultado 2011 ene 28] 82, No. 6: 577-579. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n6/editorial.pdf>.
87. Gérvas, J, Ortúm V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población, en *Rev Esp Salud Pública.* [Internet]; 2007 [consultado 2012 abril 15] 81, No. 6: 589-596. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/170/17081602.pdf>.
88. Gilmore C, de Moraes NH. Manual de Gerencia de la Calidad. Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellogg [Internet]; 1996 [consultado 2014 febrero 7]; Serie HSP-UNI/Manuales Operativos Paltex. Vol. 3(9).



- Disponible en: [file:///Users/conchilr/Desktop/libro%20isa/bibliografia%20consultada/Manual%20de%20gerencia%20de%20la%20calidad%20\(3\),%209.pdf](file:///Users/conchilr/Desktop/libro%20isa/bibliografia%20consultada/Manual%20de%20gerencia%20de%20la%20calidad%20(3),%209.pdf).
89. Gobierno de la República Mexicana. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México 2013
  90. Gobierno de la República Mexicana. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México. 2013
  91. Gobierno del Estado de Tabasco. Plan Estatal de Desarrollo 2013 – 2018, México, 2013.
  92. Gómez PI, Yam AV, Martín MJ. Estilo de vida y hemoglobina glucosilada en la Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2010;18 (2):81-87.
  93. Gómez MI, Somoza DJ, Einöder MM, Jiménez FM, Castiñeira PS, Feijoo FM. Calidad de atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A. Coruña. *Revista digital Enfermería Clínica* Consultado el 8 de abril 2013 en: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.04.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.04.004)
  94. González PE, Gutiérrez DC, Stevens G, Barraza LLM, Porras CR, Carvalho N, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *The Lancet*; 2006;368(9547):1608-1618.
  95. Guilarte SO, Álvarez CJ, Selva CA, Bonal RR, Salazar DZ. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes diabéticos en un área de salud. *MEDISAN [Internet].* 2013 [consultado 2018 Jun 23];17(5): 820-827. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000500010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000500010&lng=es).
  96. Gutiérrez AM, Lopetegí UP, Sánchez MI, Garaigordobil LM. Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus 2. *Rev Calid Asist.* 27(2):72--77. 2012.
  97. Hamui SL, Fuentes GR, Aguirre HR, Ramírez O. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México. Un estudio de satisfacción con la atención médica. México D.F. Facultad de Medicina, UNAM, 2013.
  98. ISO. Norma internacional ISO 9001. Secretaría Central de ISO en Ginebra Suiza. Quinta edición. [internet]; 2015. [consultado 20 feb 2017] Traducción oficial en español. Número de referencia ISO 9001:2015 . Disponible en <http://www.bps.gub.uy/bps/file/13060/1/normativa-internacional-iso-9001.2015.pdf>.
  99. Lázaro L, Ferré R, Plana N, Aragonés N, Girona J, Merino J, et al. Cambios de estilo de vida disminuyen las concentraciones plasmáticas de FABP4 en pacientes con riesgo cardiovascular. *Rev. Española de Cardiología*; 2012, Vol. 65, No 2:152–157.
  100. Learning From the Best: Benchmarking Canada's Health System. [Internet]; 2011 [consultado el 15 mayo 2013]; disponible en: [https://secure.cihi.ca/free\\_products/learning\\_from\\_thebest\\_en.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/learning_from_thebest_en.pdf)
  101. Ledón L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol [Internet].* 2012 [consultado 2017 Jun 25];23(1): 76-97. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007&lng=es).
  102. Leyton CE, Huerta PC, Paul IR. Cuadro de mando en salud, en *Revista Salud Publica Mex* 2015;57:234-241.
  103. López C, Ávalos MI, Morales MH, Priego HR. Perspectivas del paciente en el control de la Diabetes Mellitus en unidades médicas de la seguridad social en Tabasco. Un estudio cualitativo. *Revista Salud en Tabasco.* 2013; Vol. 19. No. 3, 77-84
  104. Veera M, Satish S, Agrawal A, Rama D. Level of satisfaction in patients/attendants admitted with traumatic brain injury at an advanced ER/Casualty in a Tertiary Care Teaching Hospital. *Journal of Hospital Administration*, 2013; Vol. 2, No. 2 Pág. 89-96.
  105. Malagón G, Galán R, Pontón G. Garantía de calidad en salud. Segunda edición. Editorial Médica Panamericana. Colombia. 2006.
  106. Marrero DG, Ard J, Delamater AM, Peragallo V, Mayer EJ, Nwankwo R, et al. Twenty-first century behavioral medicine: a context for empowering clinicians and patients with diabetes: a consensus report.



Diabetes Care 2013; 36(2): 463-470

107. Moser A, van der Bruggen H, Widdershoven G, Spreeuwenberg C. Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 2008;8:91.

108. Mylod D, Lee T. A Framework for Reducing Suffering in Health Care. *Harvard Business Review*. 14 de noviembre, 2013;1-8

109. Climent S. Herramientas de la gestión de la calidad, cap. 4. Los costes de calidad como estrategia empresarial. *Técnica Administrativa* [Internet] 2003, [consultado 15 octubre 2013]. Disponible en; [http://www.cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/tqm/4\\_herramientas/4\\_herramientas.htm](http://www.cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/tqm/4_herramientas/4_herramientas.htm)

110. OMS. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. 2011; Río de Janeiro, Brasil; pág. 1-8; del 19 al 21 octubre.

111. OMS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. Serie Salud para Todos, No. 1, Ginebra.

112. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe técnico definitivo, [Internet] enero de 2009. [consultado 27 junio 2013]; disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

113. OMS. World health report 2008 — Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization, [Internet] 2008. [consultado 27 junio 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)

114. Onwudiwe N, Mullins D, Winston R, Shaya F, Pradel F, Laird A, et al. Barriers to Self-Management of Diabetes: A Qualitative Study Among Low-Income Minority Diabetics. *Ethnicity & Disease*, [Internet]. 2011; [consultado 30 mayo 2014]; Volume 21. Disponible en: <http://docplayer.net/5125146-Barriers-to-self-management-of-diabetes-a-qualitative-study-among-low-income-minority-diabetics.html>

115. OMS. Informe Mundial sobre la diabetes [Internet] 2016. Consultado 27 de agosto 2017] Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1>

116. Ortiz ME, Garrido F, Orozco R, Pineda D, Rodríguez M. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y Diabetes Mellitus en centros de salud. *Salud pública Méx* [Internet]. 2011 [consultado 2017 Jun 25];53( Suppl 4): 436-444. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011001000007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000007&lng=es).

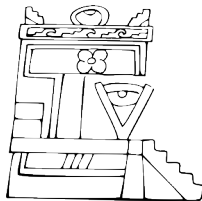
117. Pacheco R, Durán L, Rojas M, Escamilla R, López M. Diagnóstico de la enfermedad renal crónica como trazador de la capacidad técnica en la atención médica en 20 estados de México. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2011 Ene [consultado 2018 Jun 25];53( Suppl 4): 499-505. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011001000014&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000014&lng=es)

118. Pérez D, Rivera JA, Ortiz L. Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos?. *Salud pública Méx*. 2010; vol.52,(2);119-126.

119. Pinilla A, Sánchez A, Mejía A, Barrera M. Actividades de prevención del pie diabético en pacientes de consulta externa de primer nivel. *Rev. salud pública*, [Internet], 2011 [consultado el 30 abril 2014]; Vol.13,(2);262-273. Disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/14555/38059>

120. Reyes H, Flores S, Saucedo AL, Vértiz J, Juárez C, Wirtz, V, Pérez R. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Pública de México* [Internet]. 2013 [consultado el 21 de julio 2015];55(2):S100-S105. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10628331005>

121. Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Arch. argent. pedia-tr. [Internet]. 2014 [consultado 2017 Jun 26];112(1): 55-58. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752014000100010&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752014000100010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.55>
122. Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. Trial of Sugar-free or Sugar-Sweetened Beverages and Body Weight in Children. The New England Journal of Medicine [Internet]; 2012. [consultado el 7 de mayo 2015]; 367:1397-406. Disponible en <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1203034>
123. Safran DG. Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients?, en Ann Intern Med, 2003;38:248-255.
124. Santamaría CD, Vázquez S, Cid BG. Aplicación de estrategias de comunicación en programas de capacitación a pacientes con diabetes mellitus: caso Ciudad Victoria, Tamaulipas .VI Encuentro Panamericano de Comunicación Companam, [Internet], 2013; [consultado 20 julio 2015]. Disponible en: <http://www.publicacioncompanam2013.eci.unc.edu.ar/files/companam/ponencias/Comunicaci%C3%B3n%20y%20Salud/-Unlicensed-Comunicacion-y-Salud-SANTAMARIA-OCHOA.pdf>
125. Santana M, Fonseca D, Mariz P, de Oliveira P, Pereira V, A família no cuidado do paciente com diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2013; ano 11, no 37, jul/set 2013.
126. Socarrás M, Bolet M, Lara R. Vínculo universidad-sociedad a través de la percepción de médicos y pacientes diabéticos sobre su enfermedad. Educ Med Super [Internet]. 2010 [c consultado 2015 Jun 27];24(3):290-299. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412010000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000300002&lng=es).
127. Suárez MA. Medicina centrada en el paciente. Rev Med La Paz. [Internet]. 2012 [consultado 2016 mayo 20];18(1):67-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v18n1/v18n1\\_a11.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v18n1/v18n1_a11.pdf)
128. Suárez N. Enfoque social de la mercadotecnia y los desafíos de la cobertura universal en salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [consultado 2017 Jul 25]; 41( Suppl 1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000500010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500010&lng=es).
129. The Joint Commission International. Estándares para la acreditación de hospitales. [Internet] 2011; [consultado 2016 feb 15]; Cuarta edición. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad\\_paciente/eu\\_def/adjuntos/2\\_Doc\\_referencia/JCI%204a%20Edicion%20Estandares-Hospitales2011.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/JCI%204a%20Edicion%20Estandares-Hospitales2011.pdf)
130. Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, [Internet] 08/07/2014 [consultado 17 agosto 2015]; disponible en: [http://www.cene-tec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718\\_GPC\\_Tratamiento\\_de\\_diabetes\\_mellitus\\_tipo\\_2\\_/718GER.pdf](http://www.cene-tec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GER.pdf)
131. Tol A, Shojacezadeh D, Sharifrad G, Alhani F, Tehrani M. Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. J Pak Med Assoc. [Internet] 2012, [consultado 2015 sep 10]; Vol 62.(1);16-20. Disponible en: <http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/3219.pdf>
132. Vargas A, Pedraza A, Aguilar M, Moreno Y. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Fac. Med. [Internet] 2010, [consultado 2014 octubre 23] UNAM Vol. 53 No.2, 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un102d.pdf>
133. Vestbo J, Hurd S, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, en Am J Respir Crit Care Med, [Internet] 2013 [consultado el 10 de abril 2015] Vol 187, (4);347-365.



Difusión y Divulgación  
Científica y Tecnológica

**José Manuel Piña Gutiérrez**  
Rector

**Raúl Guzmán León**  
Secretario de Investigación, Posgrado y Vinculación

**Andrés González García**  
Director de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica

**Calíope Bastar Dorantes**  
Jefe del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas

Esta obra se terminó de editar el 15 de marzo de 2018, en las oficinas de la Secretaría de Investigación, Posgrado e Vinculación ubicada en Av. 27 de Febrero #626 Zona Centro C.P. 86000 Villahermosa, Tabasco, México. El cuidado estuvo a cargo de los autores y del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas de la Dirección de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica de la UJAT.