



Instituto Nacional  
de Salud Pública

Escuela de Salud Pública de México

**TEMA:**

**CALIDAD INTERPERSONAL EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS  
TIPO 2 EN CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CUERNAVACA,  
MORELOS.**

Rodríguez Gutiérrez Angela María

[angelus\\_lkp@hotmail.com](mailto:angelus_lkp@hotmail.com)

Maestría en Salud Pública con área de concentración en Administración en Salud

Generación 2013-2015

**Comité de Proyecto Terminal Profesional**

DIRECTOR: Pedro J. Saturno Hernández

ASESOR: Rosaura Atrisco Olivos

LECTOR: José de Jesús Vértiz Ramírez

Cuernavaca, Morelos, agosto 2015

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme guiado a lo largo de este sendero, por acompañarme y brindarme el aprendizaje y las experiencias

A mis padres por su apoyo en todo momento y en cada decisión a lo largo de mi vida...porque siempre han sido mi mayor inspiración y fortaleza

A mi hermano por ser una parte muy importante en mi vida y por saber que siempre cuento con su apoyo.

A mi comité de PT por los conocimientos que compartieron conmigo, dedicación, tiempo y la paciencia que me brindaron durante la elaboración de éste trabajo.

Al Instituto Nacional de Salud Pública por esta oportunidad que me brindó al estar dentro de sus filas

Al Dr. Antonio Torres y al personal de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía por el apoyo brindado durante mi estancia en España, una experiencia que sin duda me abrió las puertas a nuevos conocimientos.

A mis amigas por todo su apoyo, su paciencia, por todos los momentos que pasamos juntas, por su confianza y por ser cómplices en el mismo camino.

A las personas que ya no están porque alguna vez fueron parte importante en esta aventura y a los que se mantuvieron siempre, gracias por estar ahí.

A los servicios de salud del estado de Morelos y los directores de las unidades de salud por permitirme trabajar con ellos y sobre todo por la confianza depositada en este trabajo

Por último, pero no menos importante, a todas y cada una de las personas que me concedieron su tiempo para las entrevistas, para la obtención de los datos que permitieron la elaboración del presente documento. A todas las personas que con su experiencia inspiraron este trabajo

A todos... siempre gracias

## INDICE DE TABLAS

<b>Número de tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
Tabla 1	Dimensiones de la calidad	23
Tabla 2	Dominios del trato adecuado	25
Tabla 3	Categorías de análisis	34
Tabla 4	Características sociodemográficas de los informantes	37
Tabla 5	Características de los informantes en torno al Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2	39
Tabla 6	Dominios de la ACP identificados vs dominios de la ACP de INDICAS	62

## INDICE DE CONTENIDO

LISTADO DE ACRÓNIMOS .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
1. ANTECEDENTES.....	8
Reformas y programas por la calidad en salud en México.....	8
Evaluación de la calidad interpersonal en Morelos.....	9
Instrumento actual de medición de trato digno.....	10
Diabetes mellitus en México .....	12
2. JUSTIFICACIÓN .....	14
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
Pregunta de Investigación .....	20
4. OBJETIVOS.....	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
5. MARCO TEÓRICO .....	22
La calidad y sus dimensiones .....	22
Atención centrada en el paciente (ACP).....	24
Entrevista a profundidad .....	27
Calidad percibida y su medición .....	28
6. METODOLOGÍA .....	30
a. Tipo de estudio.....	30
b. Población.....	30
c. Muestra.....	30
c.1    Criterios de selección .....	30
c.2    Acercamiento e invitación .....	31
d. Técnicas e instrumentos de recolección .....	33
e. Categorías de análisis.....	34
f. Plan de análisis .....	35
g. Consideraciones éticas.....	36
7. RESULTADOS .....	37

1. Datos de información general .....	37
2. Valoración de Contexto.....	39
3. Dimensiones del Trato Adecuado .....	40
Autonomía .....	41
Trato digno .....	43
Confidencialidad .....	46
Comunicación .....	47
Atención pronta.....	49
Acceso a redes sociales.....	55
Capacidad de elección .....	56
Calidad de las comodidades básicas.....	58
Cierre de la entrevista.....	60
Dominios de la ACP identificados vs dominios de la ACP de INDICAS.....	60
8. DISCUSIÓN .....	64
Autonomía .....	66
Atención pronta.....	67
Comunicación .....	69
Acceso a redes sociales.....	70
Limitaciones .....	73
9. CONCLUSIONES .....	74
10. RECOMENDACIONES.....	76
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
12. ANEXOS .....	87

## LISTADO DE ACRÓNIMOS

<b>ACP</b>	Atención Centrada en el Paciente
<b>CONAMED</b>	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
<b>DEDSS</b>	Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud
<b>DGCES</b>	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud
<b>EVAS</b>	Esperanza de Vida Ajustada por Salud
<b>EVN</b>	Esperanza de Vida al Nacer
<b>FESP</b>	Funciones Esenciales de Salud Pública
<b>HTA</b>	Hipertensión Arterial Sistémica
<b>IAPO por sus siglas en inglés</b>	Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INDICAS</b>	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Geografía y Estadística
<b>IOM</b>	Institute Of Medicine
<b>JS</b>	Jurisdicciones Sanitarias
<b>NOM-035-SSa3- 2012</b>	Norma en Materia de Información en Salud
<b>OCASEP</b>	Observatorio de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PNS 2007-2012</b>	Plan Nacional de Salud 2007-2012
<b>PROSESA 2013-2018</b>	Programa Sectorial de Salud 2013-2018
<b>SESA</b>	Servicios de Salud
<b>SiCalidad</b>	Sistema Integral de Calidad en Salud
<b>SIDSS</b>	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
<b>SOMECASA</b>	Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud
<b>SP</b>	Seguro Popular
<b>SPSS</b>	Sistema de Protección Social en Salud
<b>SSA</b>	Secretaría de Salud de México

## INTRODUCCIÓN

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que el número de personas con diabetes en el mundo para el año 2030 será de 366 millones <sup>1</sup>, por lo que se considera un problema de salud pública cuyo impacto en México, en términos económicos, sociales, sobre el sistema nacional de salud y en la calidad de vida, la convierte en una prioridad nacional.<sup>2, 3</sup> Los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que el sistema nacional de salud enfrenta dos retos mayores relacionados con la diabetes: un número creciente de casos y deficiencias graves en la calidad de la atención <sup>4</sup>.

La atención centrada en el paciente se entiende como la *“provisión de la atención sanitaria que es respetuosa con y que responde a las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas”* <sup>5</sup>, podemos identificarla como una de las dimensiones más importantes de la calidad, ya que esta sirve para medir el desempeño del sistema en los aspectos no médicos de su relación con el usuario.<sup>6</sup>

En el presente estudio se analiza la atención centrada en el paciente durante el proceso de atención de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, a través de los ocho dominios propuestos por la OMS <sup>7</sup>; con la finalidad de realizar un análisis comparativo con el instrumento actual de medición de calidad (INDICAS) que se encuentra instaurado en los servicios de salud de primer nivel de atención, para determinar cuáles son los problemas que las personas refieren a lo largo de su proceso de atención y cuáles de éstos [problemas] se abordan en dicho instrumento.

El documento presenta antecedentes acerca del programa que da origen al instrumento del INDICAS: aborda la problemática actual de la diabetes mellitus tipo 2 en el contexto nacional; revisa la definición de “calidad de la atención” y la descripción de sus dominios, enfatizando en la atención centrada en el paciente. Por último se hace un análisis interpretativo de los resultados obtenidos a través de metodología cualitativa.

## 1. ANTECEDENTES

### Reformas y programas por la calidad en salud en México

A poco más de 70 años de haberse creado el sistema de salud de México, se continúa con los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud, mejorar la salud de los mexicanos y lograr una mejor efectividad y reducción del costo de las acciones que se llevan a cabo por el sistema de salud. El sector salud mexicano ha establecido la calidad de la atención entre las prioridades de la agenda desde hace ya casi 17 años. Se enfatizó la relevancia del tema con el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica en el periodo 1997-2000 y, más claramente, con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en el periodo 2001-2006.<sup>8,9</sup>

México es uno de los países que pertenece al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y como tal, se comprometió a participar en la medición del desempeño de las 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Los resultados en 2003 demostraron que la función con el menor desempeño fue la número 9, (FESP9) la cual corresponde a la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.<sup>10</sup> En México, para dar solución a dicha problemática, se plantea en el Plan Nacional de Salud 2007-2012 (PNS 2007-2012) el objetivo de “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”,<sup>9</sup> y se establece implantar el SICalidad, para dar continuidad a lo establecido previamente en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en el periodo 2001-2006<sup>11</sup>. En ambos programas se especifica medir de manera regular la satisfacción de los usuarios respecto al trato digno, surtimiento de medicamentos, confort y tiempos de espera para evaluar la calidad percibida y el conocimiento de los derechos de los ciudadanos en las unidades médicas.<sup>12</sup>

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) [soporte del SICalidad, de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)] adscrito a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (SIDSS), es una herramienta que permite registrar y monitorear los indicadores de calidad en las unidades médicas, dar seguimiento de cada unidad y ofrecer comparabilidad entre unidades de salud y unidades de diferentes niveles de atención.<sup>13</sup> Desde mayo de 2013 el sistema INDICAS está vinculado al Observatorio de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (OCASEP) con el fin de integrar evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión de servicios de salud.<sup>14</sup>

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 plantea como visión para México: *“Un Sistema Nacional de Salud universal equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque en los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad, a través del fortalecimiento de la rectoría, de la autoridad sanitaria y de la inter sectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria; de la generación y gestión de recursos adecuados; de la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad”*. El mismo PROSESA establece como segundo objetivo prioritario el asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, reconociendo también entre las prioridades la de mejorar la atención primaria.<sup>15</sup>

### Evaluación de la calidad interpersonal en Morelos

La Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (DEDSS) en 2012 presentó los resultados de entrevistas a 49,964 usuarios del primer nivel de atención en el estado de Morelos. El porcentaje de usuarios a los que el médico explicó sobre su estado de salud fue 99.05 % y el de usuarios que consideran

bueno el trato recibido fue 96.32%.<sup>16</sup> En contraste, la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2012 indica que la tercera parte de los individuos que contaban con algún esquema de aseguramiento público en salud utilizaron servicios privados. De ellos, 40% acudió en búsqueda de atención a los consultorios adyacentes a las farmacias. Los usuarios eligen servicios privados por la conveniencia en el acceso, la calidad percibida o por los resultados esperados, es decir, la expectativa de calidad técnica.<sup>17</sup>

El programa SICalidad fue objeto de varias evaluaciones en el periodo 2008 a 2012, pero no hubo una evaluación específica sobre el sistema de información. Sin embargo, estas evaluaciones recomendaron hacer un seguimiento sistemático cercano y oportuno de los indicadores definidos por el programa, avanzar en la integración de un sistema de información único y reducir las irregularidades, la fragmentación y la parcialidad en los flujos de información.<sup>18</sup>

Las quejas derivadas de la relación médico paciente se originan fundamentalmente en los servicios médicos generales.<sup>19</sup> En 2012 se recibieron un total de 3,627 quejas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), siendo el motivo de 681 de ellas la relación médico-paciente. Para 2013 esta cifra aumentó, ya que fueron 6,154 quejas recibidas y 1,934 de estas enfocadas a la relación médico-paciente, siendo el motivo número uno de las quejas recibidas. Para ese mismo año, en el estado de Morelos se presentaron 10 quejas ante CONAMED ocupando el número 23° de quejas a nivel nacional.<sup>20</sup>

#### Instrumento actual de medición de trato digno

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades médicas que permitan su seguimiento y la comparabilidad entre las unidades de atención médica. Se trata de una herramienta gerencial para su seguimiento en las unidades de salud.<sup>8,9</sup> INDICAS incorpora:

## **Trato digno, calidad percibida en primer nivel y segundo nivel de urgencias**

1. Satisfacción por la oportunidad en la atención.
2. Satisfacción por la información proporcionada por el médico.
3. Satisfacción por el surtimiento de medicamentos.
4. Satisfacción por el trato recibido.
5. Satisfacción general.

## **Tiempo de espera**

6. Tiempo de espera en consulta externa en medio urbano, rural y en área de urgencias.
7. Porcentaje de usuarios que espera tiempo estándar para recibir consulta.
8. Diferimiento quirúrgico.

## **Atención médica efectiva**

9. Indicadores de calidad de la atención médica.
10. Indicadores de calidad en enfermería
11. Indicadores de calidad para los cuidados de enfermería.

Como parte del programa SICALIDAD, se cuenta con un instrumento de medición de indicadores de trato digno para la consulta externa, el cual es sólo uno de los instrumentos que el programa utiliza y es parte del primer componente o proyecto de los que integran dicho programa. Tiene como acciones principales:

- Actualización de los índices e indicadores adecuándose a las actuales necesidades del Sistema Integral de Calidad en Salud.
- Desarrollar un nuevo sistema, más ágil y gráfico, que muestre avances o retrocesos en los indicadores evaluados, para la fácil identificación de la situación en la que se encuentra el indicador.
- Analizar los datos proporcionados por el sistema INDICAS para la generación de información relevante que apoye a la toma de decisiones para mejorar la calidad.

- Desarrollo de manuales y guías prácticas que permitan el buen uso de los instrumentos de medición y del sistema de registros y consulta.
- Vincular a INDICAS las variables sustantivas de los indicadores para la calidad de la atención médica de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).<sup>8,9,12</sup>

### Diabetes mellitus en México

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que, a nivel mundial, de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, con una cifra actual estimada en más de 347 millones de personas. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, en ese orden, son los países con mayor número de personas con diabetes.<sup>21, 22, 23.</sup>

La diabetes es una enfermedad crónica de causas múltiples. En su etapa inicial no produce síntomas y cuando se detecta tardíamente y no se trata adecuadamente ocasiona complicaciones de salud graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura.<sup>24</sup> Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años.<sup>25, 26</sup> En México, la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años.

Los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes entre niños, adolescentes y adultos mexicanos, propiciando un aumento importante de la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo modificable de la diabetes. Así, la prevalencia de la diabetes en esta población ha incrementado en las últimas décadas: en 1993 la prevalencia de personas con diabetes en población mayor de

20 años fue de 4.0%, mientras que en 2000 y 2007 se describió una prevalencia del 5.8 y 7%, respectivamente.<sup>27</sup> Por otro lado, de acuerdo con las encuestas nacionales de esos mismos años, se ha demostrado la alta prevalencia de condiciones comórbidas en la población con diabetes y problemas en la calidad de la atención, lo cual contribuye de manera importante a la mayor incidencia de complicaciones macro y micro vasculares.<sup>28, 29</sup>

## 2. JUSTIFICACIÓN

Un sistema de salud ofrece un trato adecuado, cuando las actividades y las relaciones institucionales se planean considerando las legítimas expectativas de los usuarios al que dicho sistema sirve.<sup>30,31</sup> El instrumento que la DGCES ha publicado para que se lleve a cabo la medición del trato digno, como parte del sistema INDICAS II, es probable que no sea el adecuado, dado que no toma en cuenta las experiencias previas y expectativas del usuario<sup>32</sup>, además de que no pregunta por lo que realmente importa a las personas.

Por otra parte, existen dificultades en la recolección de los datos para las encuestas del sistema INDICAS II, ya que se realiza por personal que labora en los centros de salud, y esto puede generar conflictos de interés. Esto se observa en los niveles elevados de los indicadores relacionados con trato digno, ya que se mantienen por encima del 90%, no se encuentran diferencias significativas en los comparativos nacionales y los resultados no coinciden con otro tipo de encuestas realizadas, como la ENSANUT, la Encuesta de Evaluación Rural, Encuestas de evaluación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y en otras bases de datos.<sup>18, 33</sup>

Las consecuencias de no contar con un trato digno en los servicios de salud es la subutilización de los mismos,<sup>18</sup> puede ser un probable motivo de no re afiliación al SPSS, ya que se plantea como uno de los retos;<sup>34</sup> el trato digno es un elemento de importancia fundamental, ya que diversos estudios concluyen que una buena conducción interpersonal conlleva a una adecuada conducción técnica, de la cual, sin duda depende el éxito.<sup>35</sup> La relación interpersonal como atributo central de la continuidad de la atención en los servicios ambulatorios, requiere del conocimiento mutuo que genera confianza; sin embargo, la complejidad actual de los sistemas de salud con sobrecargas de consulta en sus servicios, poca integración de equipos de salud, rotación del personal y restricciones de la población para un

acceso permanente a un mismo proveedor, son barreras para una atención satisfactoria.<sup>36,37</sup>

Existen elevadas posibilidades de no obtener la información real acerca de la calidad percibida por parte de los usuarios de la consulta externa del primer nivel de atención, por lo que es necesario utilizar otra metodología aparte de las encuestas para indagar su percepción. El uso de técnicas cualitativas, ayudarían a explicar los estados cognitivos y emocionales internos, la toma de decisiones y los cursos de acción que toman los sujetos en ciertas circunstancias.<sup>18,32</sup> Al realizar mejoras en los procesos y en la atención centrada en el paciente, se producirán mejoras en el bienestar de la población.

En cuanto a la diabetes mellitus, por tratarse de un padecimiento incurable, las personas deben recibir tratamiento durante toda su vida. Esto determina que una gran parte de ellos con el transcurso del tiempo manifiesten una baja adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control metabólico de la enfermedad. Sólo una pequeña fracción de los afectados acude regularmente a los servicios de salud y de estos entre el 25 y el 40% tienen un control metabólico de la enfermedad.<sup>38</sup>

El estudio de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial sistémica es importante, ya que estas enfermedades cumplen la función de “rastreadores” (o trazadores) clínicos en el estudio de los sistemas de salud. David Kessner, especifica que dichos rastreadores deben cumplir los siguientes criterios: 1) tener un impacto sobre las condiciones de salud dada la prestación de determinado servicio; 2) estar relativamente bien definidos y ser de fácil diagnóstico; 3) tener una prevalencia lo suficientemente alta para recopilar adecuadamente los datos en una población limitada; 4) ser una enfermedad con una historia natural que varíe según la utilización de la atención médica, y 5) permitir que el fenómeno de estudio se visualice mediante su análisis.<sup>39</sup>

A la fecha, no existen diagnósticos nacionales sobre la calidad de la atención que se brinda en las unidades médicas de primer nivel de los SESA a los pacientes con DM y HAS, centrada en la relación interpersonal, así como de los problemas o dificultades que encuentran en su proceso de atención. Sin embargo, es de especial importancia la evaluación de estas enfermedades trazadoras con el fin de cumplir las metas relacionadas a la DM y HAS incluidas en el Programa Sectorial de Salud, <sup>40</sup> especialmente la de reducir 20% la velocidad de crecimiento de la mortalidad por DM y reducir en 15% la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, mismas que están estrechamente asociadas con la HAS y la DM, en población menor de 65 años.<sup>41</sup>

Actualmente, se cuentan con estudios sobre calidad en la dimensión técnica de la atención de personas con diabetes mellitus, pero no se cuentan con estudios que hablen acerca de la dimensión interpersonal de la calidad en este sector de la población; por lo que existe la necesidad de determinar la calidad de la atención interpersonal en la consulta externa de los centros de salud del municipio de Cuernavaca, Morelos, ya que este es el primer paso para conocer los problemas de la calidad que este sector detecta durante su proceso de atención, es prioritario conocer estas condiciones para la formulación de instrumentos adecuados para la medición de la calidad interpersonal de la atención. Es necesario considerar estas condiciones para contribuir a que esta prestación sanitaria se lleve a cabo con un sentido humanitario, social y sea congruente con los indicadores de trato digno.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el estado de Morelos, periodo 2003–2006 se reportó un 96.31 % de satisfacción en cuanto al trato recibido.<sup>42</sup> En el tercer cuatrimestre de 2013, 216 unidades pertenecientes a la Secretaría de Salud, y adscritas a las tres jurisdicciones sanitarias (JS) (01 Cuernavaca, 02 Zacatepec y 03 Cuautla), reportaron al sistema INDICAS II los siguientes porcentajes de satisfacción con el trato recibido: JS No. 1 97.4 %, JS No. 2 97.9 %, JS No. 3 96.2 %.<sup>43</sup> La interpretación de estos datos debe tomar en consideración elementos que pueden afectar la satisfacción del usuario, como son la aceptabilidad de la respuesta o que la respuesta está fuertemente influenciada por el resultado técnico de la atención, a pesar de que pudieran haber tenido experiencias negativas con el respeto hacia su persona. Por lo tanto la monitorización de la calidad tiene debilidades, tanto en su metodología como en el análisis de la encuesta, además de que la respuesta a la pregunta sobre satisfacción usualmente no arroja resultados sobre las áreas con deficiencias y con frecuencia se enmascaran fallas en el servicio.<sup>18</sup>

En 2008 se realizó una evaluación de las unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud del estado de Morelos. En esta evaluación se consideraron los siete dominios correspondientes al trato digno en consulta externa, se observaron discrepancias entre la autonomía y la capacidad de elección con la que el usuario del sistema de salud cree que cuenta y la realidad de los hechos.<sup>18</sup> Se han realizado encuestas que al compararlas con la encuesta INDICAS se encuentra que en las variables de la comunicación con el médico, los datos, aunque están por encima del 80%, difieren hasta en 7 puntos.<sup>32</sup>

En un estudio de usuario simulado, sólo tres médicos de diez, explicaron con detalle el diagnóstico y la terapéutica a seguir; se mostró la existencia de un trato que denota poca calidad en la atención y falta de sensibilidad de parte del personal de salud.<sup>44</sup> En otro estudio realizado en 2014 en el estado de Morelos,

se reportó la satisfacción en cuanto al trato personal como muy bueno en un 12.17%, bueno en un 44.78%, regular 24.78%, malo 11.74% y muy malo en un 5.22%.<sup>45</sup>

El Instrumento (formato de recolección de datos) de INDICAS consta de 9 reactivos se aplica al usuario o al acompañante posterior a la consulta, previamente se especifica el turno en el que se está realizando dicha encuesta y el sexo de la persona que responde a las preguntas. Los reactivos son de opción múltiple, donde cuatro de ellos tienen las mismas opciones de respuesta, otros dos tienen otras opciones de respuesta y los demás reactivos tienen sus propias opciones de respuesta. El número de opciones para cada respuesta también varía, ya que en algunos reactivos existen 6 opciones de respuesta y en otros tres.<sup>9,12</sup> (Ver Anexo 1. Formato de recolección de datos en consulta externa INDICAS)

Las mediciones establecidas en el PNS 2007-2012 y en el actual PROSESA 2013-2018<sup>15</sup>, dejan de lado aspectos relacionados con la autonomía, confidencialidad, capacidad de elección, por lo que no se cuenta con una evaluación integral de todos los dominios del trato adecuado, además de problemas metodológicos en relación a la medición de la satisfacción, independientemente que dentro de sus estrategias esté la prevención y control de sobrepeso, la obesidad y la diabetes. SICalidad no señala las interacciones que existen entre sus principales componentes (calidad percibida, calidad técnica y seguridad del paciente, y calidad en la gestión de los servicios de salud), por lo que difícilmente puede apreciarse su condición de sistema.<sup>46</sup>

En relación a la diabetes mellitus tipo 2, de acuerdo a la ENSANUT 2012, existen 6.4 millones de adultos diagnosticados con diabetes mellitus, lo que representa al 9,7 % de la población de adultos en México.<sup>47</sup> En 2012 se registraron 419, 493 casos nuevos de diabetes mellitus no insulino dependiente y en 2013 se registraron 397,192. Específicamente en el estado de Morelos se registraron 11, 384 casos nuevos en 2013, de los cuales 2,506 fueron reportados por la SSA, con

una incidencia de 742.81 por 100,000 habitantes mayores de 9 años, lo que colocó al estado de Morelos como el estado con la mayor incidencia de México.<sup>48</sup>

En cuanto a la mortalidad secundaria a diabetes mellitus, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) la coloca como la segunda causa de muerte en la población mexicana, con una tasa de mortalidad de 75 defunciones por 100,000 habitantes. Actualmente las dos principales causas de muerte en el grupo de edad de 65 años y más fueron: enfermedades del corazón y diabetes mellitus, y en el de 45 a 64 años: diabetes mellitus y tumores malignos.<sup>49</sup> A pesar de que la mortalidad entre las personas diagnosticadas con diabetes está disminuyendo debido a la atención médica que reciben, esta sigue siendo alta. Cabe mencionar que si bien la disminución de la mortalidad significa un aumento en la longevidad, no conduce necesariamente a un aumento del número de años saludables en la vida de una persona, ya que estos pacientes presentan una disminución en su calidad de vida y un aumento en el uso de los servicios de salud a largo plazo.

Esta patología se caracteriza por originar graves daños y complicaciones micro vasculares (retinopatía, cardiopatía, nefropatía, neuropatía, etc.) y macro vasculares (infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral y enfermedad vascular periférica), incrementando el riesgo de enfermedades potencialmente mortales como las cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal y posiblemente, trastorno del estado de ánimo y demencia.<sup>48</sup> Dichas comorbilidades conducen a una mala calidad de vida, muerte prematura, reducción de la esperanza de vida al nacer (EVN) y de la esperanza de vida ajustada por salud (EVAS). Panorama que nos indica el impacto económico que origina la diabetes en los sistemas de salud. En México en 2010 un estudio de micro-costeo, reportó un gasto anual en costos directos de atención médica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de US \$452 064 988, un costo promedio anual por paciente de US \$ 3 193,75.<sup>48, 50</sup>

La transición epidemiológica del país se caracteriza por el predominio de las enfermedades no transmisibles; en materia de salud se caracteriza por dos

desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes. El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención.<sup>51</sup>

Los programas puestos en marcha en las instituciones reflejan el peso que la diabetes representa para las mismas. No obstante, un porcentaje importante de personas con protección en salud decide atenderse en el sector privado, lo cual indica un reto importante para el sector público en términos de mejorar la calidad de los servicios. Si bien los retos de la calidad de la atención no son exclusivos de la diabetes, la magnitud del reto para la atención de personas con diabetes mellitus, llama a estrategias que incidan principalmente en la calidad del proceso de atención, que mejoren la adherencia al tratamiento y dé lugar a mejoras sustanciales en las condiciones de salud.<sup>50</sup>

### Pregunta de Investigación

¿Cuál es la problemática que perciben las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 durante el proceso de atención en los centros de salud del municipio de Cuernavaca, Morelos?

¿Cuáles son los dominios de la atención centrada en el paciente que se abordan en el instrumento actual INDICAS en comparación con los que se abordan en el estudio?

## 4. OBJETIVOS

### Objetivo general

- Conocer los dominios de la atención centrada en el paciente en el proceso de atención de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud del municipio de Cuernavaca, Morelos y compararlos con los que se indagaron en el instrumento actual del INDICAS en el periodo de septiembre 2014 - junio 2015

### Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a los centros de salud, así como el tiempo de evolución, comorbilidades y uso de los servicios de salud
- Describir el contexto de la búsqueda de atención de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- Descubrir los dominios de la atención centrada en el paciente en el proceso de atención de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- Comparar los dominios de la atención centrada en el paciente presentes en el estudio vs los dominios de la atención centrada en el paciente del instrumento actual del INDICAS

## 5. MARCO TEÓRICO

### La calidad y sus dimensiones

La calidad está en relación con aspectos del acto médico, donde se busca satisfacer o rebasar las expectativas de los pacientes mediante acciones basadas tanto en el conocimiento médico, la relación médico-paciente, así como en los principios éticos y legales, con el único fin de lograr los resultados deseados y de minimizar los no deseados.<sup>52</sup> El concepto de calidad ha cambiado a lo largo de estos años, desde el propuesto por Donabedian que aún es considerado como uno de los que refleja la riqueza del concepto: “Calidad es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud”<sup>53</sup>, posteriormente Deming propone definir la calidad “en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio”,<sup>54</sup> ya que quien utiliza el servicio lo realiza en función de sus necesidades y expectativas, que son las que van a determinar si lo que se recibe es o no de calidad. Para alcanzar esta calidad es necesaria una labor ardua, con compromiso por parte del prestador de servicio y del usuario, por lo que esta sincronía debe mantenerse con el cumplimiento de las obligaciones y respetando los derechos enmarcados para cada uno de los actores.<sup>54</sup>

Así como existen diversas definiciones de calidad, las hay también para definir la calidad de la atención en servicios de salud; el Programa Ibérico la define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tienen en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción de usuario”, entendido dentro de un marco de accesibilidad y equidad<sup>55</sup>, en el presente estudio la definiremos como “grado en que las propiedades de la estructura y los procesos de los servicios de salud para pacientes y poblaciones son coherentes con el conocimiento profesional actual y aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados”.<sup>56</sup>

En cuanto a los atributos o dimensiones de la calidad de la atención, uno de los esquemas más recientes es el propuesto por el Institute Of Medicine (IOM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2006; el cual ha tomado relevancia porque sirve para la búsqueda de indicadores para la monitorización de la calidad en los sistemas de salud <sup>55</sup>.

**Tabla 1. Dimensiones de la calidad**

<b>1. SEGURIDAD</b>	Ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria, la cual por naturaleza debe buscar el beneficio.
<b>2. EFECTIVIDAD</b>	Provisión de servicios, basado en el conocimiento científico, a todos los que pueden beneficiarse de ellos, y evitar proveer servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán de ellos.
<b>3. OPORTUNIDAD</b>	Reduciendo las esperas y los retrasos que en muchas ocasiones pueden ser perjudiciales, tanto para los que reciben como para los que proveen la atención sanitaria
<b>4. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE</b>	Provisión de la atención sanitaria que es respetuosa con y que responde las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas.
<b>5. EQUIDAD</b>	Provisión de servicios que no varían en calidad según características personales, tales como género, etnia, localización geográfica y estatus socioeconómico
<b>6. EFICIENCIA</b>	Evitando el desperdicio de equipamiento, insumos, ideas y energía

Fuente: Saturno PJ. Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de Salud. Módulo 2: Conceptos básicos. Unidad temática 1. 2da Edición Universidad de Murcia, 2008.

Es importante resaltar que para la práctica de las evaluaciones estas seis dimensiones se pueden ver reducidas a tres componentes: calidad científico técnica, calidad interpersonal y accesibilidad. Los elementos técnicos están constituidos por los tratamientos e intervenciones, los elementos interpersonales incluyen características tales como la comunicación, la dignidad del paciente y las

relaciones humanas en el otorgamiento de la atención.<sup>55, 57</sup> La accesibilidad se refiere a la facilidad con la que se inicia y se mantiene la atención, la cual depende de las propiedades de los proveedores (instituciones o individuos) y de las habilidades de los usuarios para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que puedan interponerse entre ellos ya la recepción de la atención.<sup>58</sup>

### Atención centrada en el paciente (ACP)

Partiendo de la definición de “atención centrada en el paciente” como la “provisión de la atención sanitaria que es respetuosa con y que responde las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas”, podemos identificarla como una de las dimensiones más importantes de la calidad, ya que esta sirve para medir el desempeño del sistema en los aspectos no médicos de su relación con el usuario.<sup>55, 58</sup>

Al inicio no se definía como “atención centrada en el paciente”, sino como “satisfacción”, posteriormente se buscó ampliar el concepto, por lo que se le denominó “aceptabilidad de la atención”. Ante la búsqueda del grado de satisfacción, se dieron cuenta que la medición era un proceso complejo de carácter subjetivo, por lo que se buscó la utilización de otra metodología de búsqueda y por ende de otro tipo de instrumento que fuera objetivo y medible. Así es como “los informes del paciente” marcaron la diferencia. Ante esta evolución también evolucionó el hecho de buscar no sólo la calidad desde una perspectiva del individuo, sino también a nivel familiar (acompañantes) y de manera más reciente en la comunidad.<sup>59</sup>

La atención centrada en el paciente se compone de ciertos elementos denominados dominios, que si bien difieren en la estructura de su nombre el concepto es el mismo. El modelo utilizado en México se basa en el establecido por la OMS<sup>7</sup> y se compone de ocho dominios, relacionados con derechos

universales de los individuos. Los dominios son: autonomía, trato digno, comunicación, confidencialidad, atención pronta, acceso a redes de apoyo social (sólo contemplada en ambiente intrahospitalario), capacidad de elección del proveedor de servicios y la calidad de las comodidades básicas.<sup>58</sup>

**Tabla 2. Dominios de la Atención centrada en el Paciente**

<p><b>1. Autonomía.</b></p>	<p>Significa libertad para “auto dirigirse”. Concretamente, se refiere a que el sistema respete el derecho del usuario para rehusar algún tratamiento y de ser consultado en relación a las decisiones que se tomen con respecto a su salud.</p>
<p><b>2. Trato digno.</b></p>	<p>Derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes. Involucra el derecho de libertad de movimientos, el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratado cordialmente por todo el personal – médico y no - del sistema.</p>
<p><b>3. Confidencialidad.</b></p>	<p>Se refiere a que la información provista por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe salvaguardarse y no ser divulgada sin consentimiento expreso de los individuos.</p>
<p><b>4. Comunicación</b></p>	<p>Es el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento en forma clara para él.</p>
<p><b>5. Atención pronta</b></p>	<p>La atención médica requerida debe ser provista lo suficientemente rápido para que no cause molestia o agrave el padecimiento subyacente. Es importante agregar que deben incluirse los tiempos de traslado ya que la evaluación no debe limitarse a la interacción en el ambiente clínico sino al sistema como un todo, incluyendo las condiciones de accesibilidad y disponibilidad de recursos físicos y humanos.</p>
<p><b>6. Acceso a redes sociales</b></p>	<p>Los servicios de salud deben tomar en cuenta que el bienestar del usuario se ve favorecido al permitir que se mantenga el contacto con sus familiares y amigos, así como el respetar sus creencias religiosas cuando este sea el caso y no altere la dinámica de la atención médica.</p>

<b>7. Capacidad de elección</b>	Ya que ciertos individuos pueden tener preferencias sobre el sexo o edad – entre otros aspectos – de las personas que le van a tratar, la capacidad de elegir al proveedor institucional y personal de la atención requerida debe ser un derecho contemplado y respetado por el sistema de salud.
<b>8. Calidad de las comodidades básicas.</b>	Este es un dominio que algunos han llamado de “hotelería”. Se refiere al hecho de que la alimentación proporcionada debe ser de calidad y provista en cantidad suficiente, que los baños, salas de espera y consultorios deben estar limpios y bien ventilados además de ser confortables

Fuente: Puentes E, Garrido F. Secretaria de Salud. Coordinación General de planeación estratégica. Dirección General de Información y Evaluación del desempeño. Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no medicas de los usuarios de servicios de salud

La atención centrada en el paciente es un elemento de importancia fundamental, ya que a través de ella el paciente transmite la información necesaria para llegar a un diagnóstico correcto y la terapéutica más adecuada; también a través de esta comunicación, el médico proporciona información acerca de la enfermedad, sus causas, consecuencias y tratamiento; alentando al enfermo para que colabore de manera activa con su tratamiento. Una buena conducción interpersonal conlleva a una adecuada conducción técnica, de la cual, sin duda depende el éxito. El análisis de esta dimensión presenta retos importantes, ya que su evaluación está sujeta a diversos aspectos que son considerados subjetivos, por lo que para su estudio es necesario contar con criterios y estándares que permitan una precisa medición, así como el rediseño no sólo de los instrumentos sino de la estructura y del proceso en conjunto. Otro de los retos importantes es contar con la participación de los usuarios en el proceso de la búsqueda de la información.<sup>59</sup>

Para la exploración de la atención centrada en el paciente, existe una clasificación metodológica de las principales formas en que los clientes externos (usuarios) pueden participar. La forma de participación puede ser activa, por medio de la

elección de clientes, realizando quejas y reclamaciones, formando asociaciones de usuarios y consumidores, siendo parte de consejos de salud u otros órganos de participación comunitaria en salud o siendo parte activa del proceso asistencial. La forma de participación pasiva, se caracteriza porque la participación de los usuarios es solicitada explícitamente por el sistema de salud; esta participación se puede realizar por medio de técnicas cualitativas como grupos focales, entrevistas a profundidad o semiestructuradas, encuestas de satisfacción y expectativas e informes de los usuarios <sup>59</sup>, siendo una tarea importante del sistema favorecer, fomentar y hacer posible esta última.

### Entrevista a profundidad

La entrevista es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre un problema determinado. En la entrevista en profundidad el entrevistador desea obtener información sobre determinado problema y a partir de él se establece una lista de temas, en relación con los que se focaliza la entrevista, quedando ésta a la discreción del entrevistador, quien podrá sondear razones y motivos, pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano. En estas entrevistas no se busca contrastar una teoría, un modelo o supuestos determinados como explicación a un problema; lo que se desea es profundizar en ciertas ideas hasta hallar explicaciones convincentes. Puede ser que en ocasiones sólo se desee conocer el problema o acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros, ya que la entrevista a profundidad supone un proceso de aprendizaje mutuo.<sup>60</sup>

A este tipo de entrevistas también se les suele identificar como entrevistas informales, porque se realizan en circunstancias diversas, ya sea ayudando en alguna tarea al entrevistado o en el trascurso de cualquier acontecimiento que se comparta con el mismo. A su vez también se les denomina informales porque en

ellas no se adopta el rol de un entrevistador inflexible, ya que los entrevistados pueden hablar sobre la conveniencia o no de alguna pregunta, corregirla y/o hacer alguna puntualización.<sup>60</sup>

### Calidad percibida y su medición

De manera reciente el concepto de “grado de satisfacción” ha sido modificado por el de “calidad percibida”, esta modificación no sólo involucra cambio de terminología, se pretende analizar los problemas que el usuario percibe con respecto al servicio así como su experiencia a través del proceso de atención, desde la búsqueda del mismo hasta los resultados, es decir, pasar de una búsqueda subjetiva a una objetiva. De este modo, un instrumento para identificar esta información de carácter objetivo es el “informe de los usuarios”, siendo complemento de los que exploran el lado subjetivo, como las encuestas de satisfacción y de expectativas.<sup>59</sup>

En los estudios de satisfacción se obtienen sólo respuestas subjetivas de valoración sobre la atención recibida y suelen ser graduadas por niveles evaluados por escalas. El informe, al ser de carácter objetivo, es un instrumento que se puede operacionalizar y por lo tanto, se puede determinar de manera concreta dónde existe un problema que requiere de intervención. Otra ventaja de estos últimos, es que los factores que pueden determinar un sesgo son menores que los que se presentan en las encuestas de satisfacción. Actualmente, lo que se pretende es realizar encuestas de calidad percibida con componentes de la valoración objetiva; realizando preguntas tipo informe, sobre las cuestiones que se determinaron de manera previa como problema con técnicas cualitativas.<sup>59</sup>

Resulta importante explicar algunos conceptos relacionados con esta exploración cualitativa, para lograr comprender los procesos cognitivos y afectivos que tienen lugar al considerar el bienestar personal y la calidad percibida. La “percepción” es el proceso que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e

interpretar la información proveniente de su entorno. El proceso de la percepción es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente, así como la información que viene de la memoria tanto empírica como genética y que ayuda a la interpretación y a la formación de representaciones. Con base en la percepción, se constituye la experiencia y se formulan opiniones.<sup>61</sup> Las preocupaciones son modalidades de las percepciones: a partir de un estímulo, se produce la sensación de intranquilidad, inquietud o temor que motiva una respuesta de interés, atención o incluso ofuscación ante una situación problemática.<sup>36</sup>

## 6. METODOLOGÍA

### a. Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo transversal, en donde se aplicó la técnica de entrevistas a profundidad.

### b. Población

Usuarios que tienen diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y que se atendieron en el primer nivel de atención en los servicios de salud del municipio de Cuernavaca, Morelos. Se identificaron cuatro centros de salud del municipio de Cuernavaca que presentaron la mayor morbilidad de diabetes mellitus tipo 2 en los años 2012 y 2013, además de dos centros de salud que se sugirieron por parte de los responsables del programa de diabetes mellitus a nivel estatal.

### c. Muestra

El muestreo fue por conveniencia buscando representación del tipo de persona con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que normalmente utiliza los servicios de salud.<sup>62</sup>

#### c.1 Criterios de selección

Es importante señalar que los criterios de selección fueron los mismos que actualmente se aplican en las encuestas de trato digno en la consulta externa de los centros de atención de primer nivel, correspondiente al sistema INDICAS; por lo que no se hizo diferenciación entre sexo, edad, no se distinguió entre personas con complicaciones micro o macro vasculares o en el grado de control metabólico.

## **Criterios de inclusión**

- Personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudieron a consulta de control
- Personas que firmaron el consentimiento informado

## **Criterios de exclusión**

- Personas que se negaron a firmar el consentimiento informado
- Personas que presentaban alguna discapacidad auditiva, de lenguaje o intelectual que limitaba la comunicación

### **c.2 Acercamiento e invitación**

Se realizó el acercamiento e invitación en cuatro centros de salud del municipio de Cuernavaca que presentaron la mayor morbilidad de diabetes mellitus tipo 2 en 2012 y 2013, además de dos centros de salud que se sugirieron por parte del responsable del programa de diabetes mellitus a nivel estatal. Dicho acercamiento e invitación, se realizó por medio de la asignación de un centro de salud por cada día de la semana (lunes a sábado) y en ambos turnos (matutino y vespertino), independientemente de que el centro de salud no tuviera consulta en ese horario.

No se dispone de un listado nominal actualizado del número de personas con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a control en cada unidad, o en su defecto los datos no se encontraban actualizados al momento de la visita, por lo que se consideró basarse en la agenda de citas que maneja cada médico en cuatro de los seis centros de salud, donde se especifica el motivo de la consulta para el control de las personas con enfermedades crónicas. En los dos centros de salud restantes la única manera de determinar que acudían a cita de control era posterior a que el personal de enfermería entregara la ficha de consulta al inicio de la jornada laboral y se informara que era una persona con diagnóstico de

diabetes mellitus tipo 2 y que acudía a cita de control de su enfermedad. A manera de colaboración, uno de los centros de salud convocó a personas con diabetes que quisieran participar en la investigación. Previo a esto, fueron entregados los oficios y solicitudes pertinentes para el acceso a la información al encargado de cada centro de salud, así como en la Jurisdicción Sanitaria número 1 del municipio de Cuernavaca, Morelos.

El criterio de elegibilidad fue exactamente el mismo que se sigue en las encuestas de trato digno que se aplican en los centros de salud como parte del programa INDICAS, por lo que no se distinguió entre personas con complicaciones micro o macro vasculares, grupo de edad, sexo, grado de control metabólico o tiempo de adscripción al centro de salud de su correspondencia. Se sabe que el no contar con la información de las personas que no acuden a la consulta, genera un sesgo de la información, pero se buscó que la metodología fuera lo más parecida a la que se aplica para las encuestas de trato digno del sistema INDICAS, en donde sólo se considera la información de las personas que acuden en búsqueda de atención a los centros de salud.

Se realizó el acercamiento con los usuarios de manera directa, se les comentó cuál era el objetivo de la investigación, los temas a tratar, se les explicaron las implicaciones éticas de dicha investigación. Se les entregó una invitación, la cual incluía el nombre del proyecto a realizar, el objetivo de la investigación, consideraciones generales sobre la técnica de recolección de la información y los teléfonos de contacto. Cuando la persona a la que se le hacía la invitación, decidía no participar, la invitación se realizaba a la siguiente persona que estaba agendada o a la siguiente persona que acudía en búsqueda de atención médica para su cita de control mensual.

Al momento de realizar la invitación, se informó que el entrevistador podía realizar la entrevista en ese momento, a su salida del centro de salud, o que existía disposición de acompañarlo a la realización de sus actividades, o reunirse en su

hogar, si así lo deseaba, o en algún sitio de su preferencia, tipo cafetería o fuente de sodas, donde se les invitaría una bebida (té o café).

#### d. Técnicas e instrumentos de recolección

Para la obtención de la información se realizaron entrevistas a profundidad, donde lo que se buscó fueron los problemas de calidad percibidos por las personas con diabetes mellitus tipo 2 en el proceso de búsqueda de atención. Para realizar dichas entrevistas se requirió de la firma de un consentimiento informado, el cual se les leyó en voz alta y cuando ya no existían dudas del contenido se les pidió que lo firmaran con su nombre y en el caso de las personas que no sabían escribir, se les solicitó dibujaran una cruz en la zona de la firma.

Después de la firma del consentimiento informado, se realizó la introducción a la entrevista, en donde se explicó nuevamente el objetivo de la misma y se reiteró que la entrevista era completamente libre y en donde ellos podían aportar en el momento que ellos lo creyeran conveniente. Posterior a esto, se realizó la entrevista a profundidad. La guía de la entrevista a profundidad contempló un listado de temas de diferentes categorías, como fueron: trato respetuoso, autonomía, confidencialidad, comunicación, atención pronta, capacidad de elección y calidad de las comodidades básicas, todo esto a lo largo del proceso de la búsqueda de atención, iniciado por el acceso al centro de salud, recepción, sala de espera, consulta, farmacia y administración (Ver Anexo 2 Guía de entrevista a profundidad para personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2).

Al término de la sesión se les agradeció su participación, se les entregó una tarjeta informativa, la cual contenía los datos del investigador a cargo y el contacto del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, por si surgían dudas de la investigación en cuestión.

## e. Categorías de análisis

**Tabla 3. Categorías de Análisis**

<p><b>1. Autonomía.</b> Significa libertad para “auto dirigirse”.</p>	<p>Se refiere a que se respete el derecho del usuario para rehusar algún tratamiento y de ser consultado en relación a las decisiones que se tomen con respecto a su salud</p>
<p><b>2. Trato digno.</b> Derecho de los usuarios a ser tratados como personas</p>	<p>Involucra el derecho de libertad de movimientos, el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratado cordialmente por todo el personal – médico y no - del sistema.</p>
<p><b>3. Confidencialidad.</b> Que se hace o se dice en la confianza de que se mantendrá la reserva de lo hecho o lo dicho.</p>	<p>Se refiere a que la información provista por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe salvaguardarse y no ser divulgada sin consentimiento expreso de los individuos.</p>
<p><b>4. Comunicación</b> Trato, correspondencia entre dos o más personas.</p>	<p>Es el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento en forma clara para él.</p>
<p><b>5. Atención pronta</b> Se refiere a que la atención médica sea provista lo suficientemente rápido</p>	<p>Se refiere a que el servicio sea otorgado de manera rápida, ya sea para que no cause molestia o agrave el padecimiento subyacente.</p>
<p><b>6. Acceso a redes sociales</b> Estructura social integrada por personas, organizaciones o entidades que se encuentran conectadas entre sí por una o varios tipos de relaciones como ser: de amistad, sexuales, parentesco, económicas, intereses comunes, mismas creencias, entre otras posibilidades</p>	<p>Se refiere a que se debe tomar en cuenta que el bienestar del usuario se ve favorecido al permitir que se mantenga el contacto con sus familiares y amigos, así como el respetar sus creencias religiosas cuando este sea el caso y no altere la dinámica de la atención médica.</p>

<p><b>7. Capacidad de elección</b>  <b>Capacidad de elegir al proveedor institucional y personal de la atención requerida</b></p>	<p>Se refiere a la capacidad de respetar el derecho de elección de las personas que le van a tratar, considerando que ciertos individuos pueden tener preferencias sobre el sexo o edad – entre otros aspectos – de las personas que le van a tratar.</p>
<p><b>8. Calidad de las comodidades básicas.</b>  <b>También llamado de “hotelería” o “amenidades”.</b></p>	<p>Se refiere al hecho de que instalaciones resulten agradables, confortables, seguras y limpias y el equipamiento se encuentre bien conservado</p>
<p>Fuente: Puentes E, Garrido F. Secretaria de Salud. Coordinación General de planeación estratégica. Dirección General de Información y Evaluación del desempeño. Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no medicas de los usuarios de servicios de salud</p>	

#### f. Plan de análisis

Se creó un archivo Excel en el que se tabularon las características generales de los informantes lo cual permite identificar el contexto de los participantes. La información recolectada por el audio fue transcrita, para realizar el análisis de la información basada en la transcripción. Esta información fue ordenada en matrices, todo ello para organizar la información en categorías y poder realizar el análisis de las mismas. Se realizó análisis de contenido.

Cada una de las preguntas realizadas en las entrevistas a profundidad se situó dentro de una tabla, en donde se cruzaron los dominios del trato adecuado con cada etapa del proceso de atención dentro de los servicios de atención en el primer nivel. Esto con la finalidad de categorizar la información y facilitar el posterior análisis. (Ver Anexo 3. Dominios del trato adecuado y proceso de atención). Con esta información recolectada se realizó una comparación con técnica de contrastación constante, donde se buscaron convergencias y divergencias de la información acerca de cada uno de los dominios del trato adecuado a lo largo del proceso de atención dentro de los centros de salud. Así

como una comparativa entre los problemas específicos percibidos por las personas con diabetes mellitus tipo 2 y los que se abordan en el instrumento que se utiliza actualmente para la evaluación del trato digno, además de identificar que dominios del trato adecuado se abordan y cuáles no; con el fin de lograr la identificación de las áreas de oportunidad y la emisión de recomendaciones acerca de la evaluación actual.

#### g. Consideraciones éticas

El presente estudio se ajusta a las Normas del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, así como en los Principios Éticos de Belmont, para la selección de los participantes. Para fines de esta investigación fue indispensable obtener una carta de consentimiento informado con el objetivo de que las personas entrevistadas conocieran de manera detallada los objetivos de la investigación y las actividades a realizar con una explicación detallada y clara. Así mismo, que autorizaran la realización de las actividades propuestas, y que tuvieran la información de con quién dirigirse en el caso de que la investigación les hubiese generado alguna duda o inconformidad, para lo cual se les entregó una tarjeta con los datos del investigador, de los asesores y del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Es importante señalar que se les explicó que no se obtendrían beneficios directos, que no se expondrían a ningún riesgo y que tenían completa libertad de no contestar o de retirarse en el momento que lo desearan. La información otorgada por los entrevistados, es de carácter confidencial, la información recabada sólo fue utilizada para esta investigación y ninguna persona sin autorización puede tener acceso a la misma. La investigación se llevó a cabo bajo los fundamentos del razonamiento moral, y basada en los principios éticos de autonomía, beneficencia, no mal-eficiencia y justicia.

## 7. RESULTADOS

Se realizaron 23 entrevistas a profundidad a personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a los centros de salud correspondientes a la jurisdicción sanitaria Núm. 1 del Municipio de Cuernavaca, Morelos. Se alcanzó la saturación teórica a partir de la entrevista número 18 y se continuaron las entrevistas en espera de obtener información diferente, lo cual no aconteció. Se contó con un total de 1288.83 minutos (21:48:05 horas) de grabación, los cuales se transcribieron en su totalidad.

### 1. Datos de información general

En su mayoría se entrevistaron mujeres entre 50 y 59 años de edad casadas, en su mayoría con escolaridad básica completa y las cuales se dedicaban al hogar. La mayoría refirió haber nacido en otros estados de la república, pero haber migrado al estado desde la infancia o hace muchos años, en su mayoría de estados cercanos como Guerrero, Puebla y el estado de México. Todos los entrevistados cuentan con seguro popular, y refirieron no contar con ninguna otra derechohabiencia y sólo siete de ellos refirieron contar con el apoyo del programa PROSPERA. (Tabla 4)

**Tabla 4. Características sociodemográficas de los informantes**

<b>Edad</b>	La edad mínima fue de 35 años y la máxima de 73 años con una media de 52.5 años, la mayoría de las personas se encontraron en el rango de edad de 50 a 59 años (10 personas)
<b>Sexo</b>	El predominio fue mujeres, con un total de 19 mujeres y 4 hombres
<b>Edo civil</b>	El predominio fue de personas casadas, con un total de 14, mientras que el número de personas divorciadas, separadas y en unión libre fue de 3 personas en cada rubro

<b>Escolaridad</b>	Del total, 5 personas refieren no tener ninguna escolaridad, 8 personas reportaron contar con un nivel básico completo de estudios, 6 reportaron un nivel básico incompleto, 3 reportaron un nivel superior completo y sólo una persona reporto un nivel superior incompleto
<b>Ocupación</b>	12 de los participantes no cuenta con un trabajo remunerado y 10 de ellos si cuentan con un trabajo remunerado.
<b>Afiliación al SPSS</b>	Todos los participantes
<b>Lugar de nacimiento</b>	8 de ellos reportan haber nacido en el estado de Morelos, y el resto en otras entidades federativas, con un promedio de 33.73 años viviendo en el estado de Morelos

Fuente: Datos obtenidos de entrevistas a profundidad a personas con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud del municipio de Cuernavaca, Morelos 2015

En cuanto a lo interrogado acerca de su enfermedad se encontró que la mayoría de los entrevistados contaban aproximadamente con más de 8 años de diagnóstico, aunque el rango fue amplio abarcando desde personas con diagnóstico reciente hasta aquellas que contaban con veinte años de un diagnóstico. Por otra parte se encontró que algunas personas de recién diagnóstico llevaban utilizando por años los servicios de salud, por lo que conocían el proceso de atención del centro de salud. Al preguntarles sobre la regularidad de acudir a sus citas la mayoría reportó acudir de manera mensual, dado que era necesario “ir por su medicamento” y aquellos que no acudían con regularidad mencionaron que contaban con familiares o vecinos que tomaban las mismas pastillas y que si se les terminaba su medicamento pedían o en su defecto compraban el medicamento, la consulta sólo se percibe en su mayoría como un medio para obtener el medicamento. En su mayoría reportaron que además de su diagnóstico de diabetes tienen un diagnóstico de hipertensión arterial, en el que dicho diagnóstico de hipertensión arterial precedió al de diabetes. Sólo una persona mencionó tener un diagnóstico de Insuficiencia cardiaca.(Tabla 5)

**Tabla 5. Características de los informantes en torno al Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2**

<b>Tiempo de diagnóstico</b>	Se reporta que la media de conocimiento del diagnóstico es 100.95 meses (8.4 años) con un tiempo mínimo de un mes y un máximo de 240 meses (20 años)
<b>Tiempo de acudir a su Centro de Salud</b>	Se reporta que la media de atención es de 47.78 meses (4.9 años) con un tiempo mínimo de un mes y un máximo de 180 meses (15 años)
<b>Regularidad de la atención</b>	15 de los 23 participantes reportan acudir de manera regular (mensual) a sus consultas de control en el centro de salud
<b>Hipertensión Arterial</b>	11 participantes reportan tener un diagnóstico de hipertensión arterial bajo tratamiento médico

Fuente: Datos obtenidos de entrevistas a profundidad a personas con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud del municipio de Cuernavaca, Morelos 2015

## 2. Valoración de Contexto

En este rubro se abordaron dos temas, el tiempo de planeación para acudir en búsqueda de una cita al centro de salud y las dificultades ante la búsqueda de esta atención. Ante esta valoración se encontraron dos escenarios, el primero donde las personas acuden al centro de salud con un control de citas instaurado en el centro de salud y el segundo donde al no existir dicho control de citas se busca la atención por medio de la obtención de una “ficha” matutina. Ante estos dos escenarios tan distintos las respuestas sobre la planeación y las dificultades ante la búsqueda de la atención fueron muy diversas.

En cuanto al proceso de planeación, las personas que cuentan con sistema de citas sólo mencionaron acudir a su cita cuando les correspondía, fecha y hora, tenían un mes para planearla, teniendo la fecha en consideración para no agendar ninguna otra cosa o solicitar permiso en su trabajo, mencionaron nunca dejar perder su cita, y que si surgía algo inaplazable mencionaron acudir al centro de

salud a hablar con su médico y solicitarle el cambio de cita con anticipación, en todas las ocasiones los médicos re agendaron la cita. En los centros de salud donde no se cuenta con sistema de citas, la mayoría refiere que para planear su consulta se basan en el número de pastillas que restan en los envases, con un aproximado de 5 pastillas restantes cuando acuden en búsqueda de su consulta.

Ante la pregunta *¿Ha pensado que se puede encontrar con algún problema o dificultad en la búsqueda de esa consulta?* En los centros de salud donde no existe sistema de citas, opinaron que el problema con el que temen encontrarse es una carencia de fichas o que el médico no acuda y por lo tanto el reparto de fichas se vea disminuido, además de una marcada referencia a la inseguridad con la que pueden encontrarse al acudir de madrugada a un centro de salud. (Fig. 1) En contraste las personas que acuden a los centros de salud con control de citas, refieren que sus preocupaciones se relacionan con su estado de salud, “que el médico me encuentre bien” y con la evolución de su enfermedad.

### 3. Dimensiones del Trato Adecuado

A continuación se enlistan los dominios del trato adecuado cada uno con sus convergencias y divergencias encontradas a lo largo del proceso de atención dentro de los centros de salud. Es importante mencionar que muchos de los dominios se encontraron relacionados entre sí, por lo que es imposible diferenciarlos en algunas etapas del proceso de atención.

**Fig. 1 Testimonios dificultades en la búsqueda de atención**

---

*“Es que ahí afuera peligramos mucho, imagina a una dama que va a las cuatro de la mañana en lunes, a una señorita a las cuatro de la mañana... solita, creo yo que podría haber otro medio para que ya no suframos eso” E3*

---

*“...el carrito lo veíamos todavía y se quedó y se bajaron, eran dos, y se quedaron viendo pero para donde estábamos nosotros y yo me hacía ¡así! a la barda, creo que quería estamparme ahí, bien, para que no me vieran, ...¡no mija que no te vean!, creo que se van a regresar... y luego platicábamos así con las señoras, no pues si quiera nos dejaran entrar, como debía de ver alguien que abriera el portón temprano, aunque esté lloviendo” E7*

---

## Autonomía

Considerando la alimentación como una necesidad y una decisión individual, se encontró la existencia de un marco regulatorio el cual prohíbe la ingesta de alimentos dentro de la sala de espera, normado para los usuarios así como para los empleados del centro de salud, por lo que los informantes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 refieren que no se les permite consumir alimentos dentro de la sala de espera, pero que se pueden consumir alimentos fuera del centro de salud, aunque las características de los alimentos que se venden las consideran poco adecuadas para el control de su diabetes. A su vez mencionan que las horas de ayuno son prolongadas, llegando a ser hasta de más de doce horas; dado que al acudir a su cita de control y su correspondiente glucosa capilar, es necesario acudir sin ingesta de alimentos ni de sus medicamentos. Sin embargo, existen situaciones en las que aunque no exista explícitamente un reglamento donde se prohíba la ingesta de alimentos dentro de la sala de espera, el personal adscrito al centro de salud lo realiza, y es por ello que las personas que acuden a consulta consideran

### Fig. 2 Testimonios dominio autonomía

*“...cuando yo este venía así en las mañanas pues no me inyectaba, ni comía nada ni agua, para que me checaran la sangre...sí a veces, por eso ya les digo, pues ya quiero pasar, porque ya no aguanto, me siento toda desmayada” E2*

*“...no nos permiten pero todo el mundo come [Risas] el personal sí. Ellas sí, luego uno está ahí con nuestra cara de hambre y ellas entran con su torta o su taco ¿no? Pero toca la mala suerte que si uno se mueve en ese momento le llaman...”E6*

*“Es su decisión” dijeron, porque “por algo se la estamos mandando” entonces les dije “bueno, si no hay otra solución, la voy a aceptar, pero va a ser bajo su responsabilidad” ¡y mira lo que pasó!...me desmayé, me puse mal, me la bajó” E9*

*“o sea lo que ella me diga yo lo acepto... porque está, ahora sí que estoy como quien dice, como al cuidado de mi salud ella, pero si yo veo que yo mismo me niego, pues yo mismo me estoy perjudicando, porque no quiero curarme como debe ser” E5*

que es posible hacerlo. En este rubro se encontraron diferencias entre las personas que acuden a su control con un sistema de citas y las que tienen que ir por la mañana a buscar ficha para su atención médica, dado que en el primer caso no se hace referencia a un periodo prolongado de ayuno, sino que en estos casos sólo se les pide que la ingesta de alimentos sea como mínimo dos horas antes de acudir a su toma de glucosa capilar (post prandial).

En cuanto a la autonomía en la toma de decisión dentro de la consulta para la realización de estudios, elección de algún tratamiento, y/o vías de administración no se encontraron diferencia entre los participantes. Se mencionó que los estudios de laboratorio son por orden médica, en donde muchas veces al no consultarles sobre la disponibilidad de acudir a su realización, no se los realizan ya sea por algún imprevisto o por encontrarse trabajando, mencionan verse limitados por los horarios de atención en los laboratorios. En cuanto a la elección de algún tratamiento refieren que ellos solamente son notificados en la receta del tipo de tratamiento a seguir, y ante la limitación de la lectura por el grado de escolaridad, muchas veces no cambian las dosis, ni toman el nuevo medicamento porque no se les informó acerca de la realización del cambio ni los motivos. En contraste, algunas personas mencionaron que existen ocasiones donde el médico si les pregunta si es posible que para la próxima consulta acudan con laboratorios recientes y les hacen sugerencias o les plantean alternativas de solución a su problema. En cuanto a la autonomía para las decisiones correspondientes a medicamentos algunas personas mencionan que no consideran necesario que se les informe, ni se les tome en cuenta, dado que los médicos son los que poseen el conocimiento y ellos delegan la autonomía en la toma de decisiones (Fig. 2)

Como se menciona previamente, una opinión buena en el dominio de autonomía en la primera parte del proceso de atención (recepción y sala de espera) tiene una relación estrecha con la existencia de un sistema de citas. En contraste, en aquellos centros de salud donde no se cuenta con sistema de citas este dominio se ve claramente ausente. En lo correspondiente a la autonomía para la toma de

decisiones en la consulta médica (toma de laboratorios médicos, tratamientos y/o vías de administración) no se encontró una diferencia entre los centros de salud que cuentan con sistema de citas y aquellos que no lo tienen. Es importante mencionar que el otorgar al personal médico el poder de decisión es también una forma de autonomía más no de participación.

### Trato digno

Dentro de este rubro existió marcada diferencia entre el trato que reciben las personas que acuden a centros de salud con sistema de citas y en aquellos donde no existe. En el área de recepción algunas personas mencionan que existe poca cordialidad por parte del personal que se encarga de otorgar las fichas en el centro de salud, donde la queja se centralizó en aquellos centros de salud donde es el personal de vigilancia el que otorga las fichas. En algunos casos se hizo referencia a la preferencia que tiene el personal [de enfermería] al momento de asignar las fichas, o de oportunidad de atención dependiendo de la relación que se mantenga con el personal del centro de salud.

A diferencia de otros entrevistados que refirieron un trato cordial que el trato con el personal de enfermería y vigilancia es. Se les preguntó a los participantes acerca de cómo se lleva a cabo el llamado para entrar a consulta y quien era el encargado de realizar dicho llamado. El total de los participantes mencionó que el encargado de hacer el llamado a consulta es el médico tratante, y que la manera en que lo realiza es llamándole por su nombre completo. Y que a lo largo de la consulta el trato es el mismo, por su nombre y de manera respetuosa.

**Fig. 3 Testimonios dominio trato digno**

*“tienes que pedir favor, porque no tenemos dinero, por eso debemos de pedir el favor que nos atiendan... ya fui y les dije: es que esta mujer se siente bien mal, y me dice la enfermera “Si doña Mary, por usted la voy a atender, si no fuera por usted no la atendemos”*  
E19

---

*“¿Qué le duele o en que le puedo ayudar?”  
“Pues muchas cosas” “ah, no, pues a mí me dices una porque solamente cuando se sienten mal es cuando vienen”. Entonces me dio como una impotencia...ya le dije de rápido lo de mi dolor del pecho nada más, me dio medicamento y ya”* E22

---

*“...es una persona paciente, que lo sabe a uno escuchar y este es muy atento, se ocupa y preocupa por la salud. A mí al menos, en cuanto a mi diabetes me revisa de pies a cabeza ya creo que está haciendo bastante bien su trabajo”* E21

---

En cuanto al trato recibido dentro de la consulta, los testimonios son muy diversos, no diferenciándose entre las personas que acudieron con cita o aquellos que acudieron por su ficha el mismo día. Entre los testimonios se encontró con aquellos donde se refiere un trato cordial, respetuoso, con paciencia en donde la dignidad como ser humano se respeta por completo. A diferencia de otros testimonios en donde se denota un trato carente de respeto, en donde las personas refieren salir de la consulta con un sentimiento de “intranquilidad” y en donde muchas veces a causa de esto desisten de la asistencia constante a su control mensual. De todos los entrevistados que reportaron este tipo de trato, sólo en una ocasión se mencionó que se levantó una queja al maltrato, el resto de las personas no mencionó levantar queja al respecto.

En cuanto al trato que se recibe por parte del personal adscrito al área de farmacia, se menciona que la entrega la realiza el personal de enfermería o en su caso el médico tratante, por lo que no existe una evaluación diferente del trato al percibido dentro de la consulta médica.

Ante cuestionarles acerca de las sugerencias para el centro de salud, las sugerencias fueron diversas, se encontró que fueron diferentes entre el sector que acude a consulta médica con cita, a las sugerencias que realizó la gente que no cuenta con cita mensual. Dado que las primeras, mencionan la necesidad de contar con un apoyo psicológico y/o atención especializada en el tema de

diabetes. Otra parte de los participantes sugirió se otorguen espacios para la realización de actividad física o de apoyo con equipo para ejercitarse y de manera contundente, que persista el sistema de citas con el que cuentan.

*“...un apoyo psicológico, mucho problema emocional de mucha gente, veo que hay gente muy herida, muy herida por la situación...mucho dolor en este país, en este mundo, en esta sociedad” E21*

*“...no estaría por demás algún especialista, sobre todo en áreas de mayor demanda en cuanto a determinadas enfermedades, puede ser la diabetes que es una de las que más va creciendo” E22*

*“...pues que nos hicieran un lugar donde hacer ejercicio. Porque nos trajeron bicicletas pero se las llevaron desgraciadamente “ E10*

*“...pues igual nada más que sigamos con lo que son las citas que no nos quiten lo que son las citas. Para que este uno, uno como persona enferma de diabetes tenga que, no tenga que estarse desvelando de venir temprano, estar ahí parado en el frío...” E23*

Por otra parte, el sector de los participantes que no cuentan con el sistema de citas comentó la necesidad de que se amplié el número de fichas que se otorgan para la consulta médica, así como la implementación de un sistema de citas. En contraste, también refirieron estar agradecidos con la atención que hasta el momento se les está otorgando.

*“Pues para mí en este caso pues siento que sería más cómodo que nos pusieran cita ¿no? en este caso para nosotros que vamos seguidos...” E15*

*“...pediría de favor que me siguieran atendiendo como hasta ahorita porque yo no tengo de donde curarme...le pido a dios y a los que están dentro de esto, que siempre nos atiendan porque a veces no tenemos las facilidades para pagar en otros lados...” E19*

*“...pues que atendieran más a la gente que viene, o sea, que luego la regresan. O sea, que hubiera más, que atendieran más gente pues porque muchas luego no quieren atender más, porque nada más que atienden a diez y a las demás las regresan...” E14*

## Confidencialidad

Esta dimensión se exploró con preguntas referentes a la disponibilidad del expediente, así como si en algún momento se ha hecho pública la información que se maneja en la consulta. Los participantes refirieron no haber tenido problemas con su expediente médico, ya que siempre que acuden a consulta el médico lo contempla para la toma de decisiones médicas. Así como tampoco se refirió la pérdida de algún documento que integre su expediente clínico. El resto de las preguntas exploradas para esta dimensión no arrojaron respuestas que lograran identificar alguna particularidad.

De manera peculiar en este rubro algunas personas hicieron comentarios sobre situaciones que ocurren dentro del centro de salud, acerca de los prestadores de servicio se expresan de otras personas, incluyendo usuarios, trabajadores del centro y visitantes (Fig. 4)

**Fig. 4 Testimonios dominio confidencialidad**

*E: "Su expediente, siempre ha... ¿ha tenido algún problema con su expediente? ¿Que se haya perdido o que se haya extraviado algunos laboratorios o algo en su atención en el centro de salud?"*

---

*P: no, no, gracias a dios no. Ahora sí que con mi carnet, mi expediente y mi hoja, todo ha salido bien, ahí no ha pasado nada de eso" E5*

---

*"...Oí que dijo ¿Qué crees?... que el este señor... ya se estaba enredando a la doctora, y yo me quedé así de... ¿enredando en que forma?... es que ellas hacen comentarios de la gente... a mí nunca me han metido en revolturas ni nada... pero..." E16*

## Comunicación

Entendido como el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento en forma clara para él. Este dominio se interrogó en el área de consulta, ya que es dentro de este proceso donde se desencadena la mayor cantidad de problemas. Para explorar este dominio se preguntó *¿Se le permite hablar durante la consulta acerca de su estado de salud? ¿El médico le explica de manera clara y con un lenguaje sencillo sobre su problema o estado de salud? ¿Sobre el tratamiento que debe seguir? ¿Le ha explicado las indicaciones o cuidados que debe seguir? ¿Qué le comenta respecto a su alimentación y al ejercicio?* En este rubro no se encontraron diferencias en cuanto a la utilización o no de citas mensuales para el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2.

Los participantes refirieron que se les permite hablar a lo largo de toda su consulta médica, es una tribuna libre,

### Fig. 5 Testimonios dominio comunicación

*“...cuando me diagnosticaron la diabetes me dijeron que era por estrés, no por alguna enfermedad específicamente, me dijo el doctor que era por estrés” E6*

*“...pues no, no explica, nomás que tengo la diabetes, pues todo eso pero a veces voy me checa estoy bien y si ahí voy nada más pues...” E1*

*“...cuando tú platicas con una persona es platicar porque las dos hablan, porque hay muchas veces que tú hablas y hablas y hablas... “ajá” “ajá” eso no es hablar...ella me platicó, me preguntaba, me decía, o sea, me pregunta le contesto, le platico me platica...” E23*

*“...me quito tortillas, todo, todo, todo, no podía comer nada y la dejé que hablará y cuando terminó de hablar le digo:: “oiga doctora, oiga, ¿no hay una pastillita para que ya no les de lata? es que me está matando poco a poco” E10*

*“...pues, a veces pues que no tengo dinero para llevar una alimentación sana porque tampoco sale barato, lo que me abstengo a decírselo pues, si ellos nos pagaran nuestra dieta, porque, pues la verdad porque no tengo dinero para comprarme unas verduras y como tengo dos chiquillos lo primero es comprar la alimentación para ellos” E22*

por lo que ellos se encuentran satisfechos con esta parte de la consulta. En cuanto a la segunda pregunta de si la explicación que otorga su médico es clara y con un lenguaje sencillo, refieren que “es clara la información, pero que siempre preguntan”, esta ambigüedad de información la vemos reflejada en el poco o nulo conocimiento que tienen muchos de ellos acerca de su padecimiento, desde el origen de su enfermedad, el tratamiento, las complicaciones, la alimentación y el ejercicio.

A lo largo de esta parte del proceso nos encontramos con la creencia de que el origen de su enfermedad es a causa de alguna situación de “susto”, por lo que se asume que es una enfermedad de inicio independiente a sus hábitos y costumbres de vida. Esta misma situación se refleja en el poco conocimiento de las complicaciones, donde la única a la que se hizo referencia durante las entrevistas fue al “pie diabético”. Otra de las situaciones donde se refleja la falta de comunicación entre el prestador de los servicios de salud y los usuarios, es la falta de información acerca del tratamiento que actualmente reciben, o los cambios en algunas dosis (situación planteada anteriormente en el rubro de autonomía), dado que como no se les hace partícipes ni se les comunican las decisiones a tomar, se ve afectada su autonomía a causa de una comunicación poco asertiva, lo cual origina que algunas personas decidan no hacer caso de las recomendaciones o indicaciones médicas, ya que no se les exponen las razones de los cambios ni de los beneficios de su realización.

Otro de los rubros que se encontraron carentes de información es el de recomendaciones de ejercicio y dieta. Dado que existe información errónea acerca de la alimentación que deben mantener, así como de los alimentos en los que se debe hacer hincapié sobre su suspensión y promoción al momento de un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Esto genera que las personas, como lo refieren en las entrevistas, se encuentren con sentimientos de intranquilidad y de frustración ante la imposibilidad de mantener una dieta que ellos consideran es la adecuada, dado que mencionan que para ellos es económicamente inaccesible. Al

explorar el rubro de actividad física, refieren no haber recibido información sobre el tipo de ejercicio recomendado, así como en otras ocasiones los médicos les han hecho recomendaciones acerca del ejercicio a realizar, como caminatas de veinte a treinta minutos diarios (Fig. 5)

Se hizo referencia a médicos involucrados en el proceso de escucha, con empatía y acercamiento, lo cual es valorado por algunas personas que consideran que un diálogo claro es una muestra de respeto y en la medida en que ellos obtienen más información tienen más herramientas para afrontar su situación, condición de salud, etc.

### **Atención pronta**

Las preguntas sobre este dominio incluyeron lo referente a los tiempos de traslado desde sus hogares a los centros de salud, así como los tiempos de espera para recibir la atención médica, incluyendo las condiciones de accesibilidad y disponibilidad de recursos físicos y humanos. Las respuestas de los entrevistados fueron muy contrastantes en los dos primeros pasos del proceso de atención (acceso y recepción) esta diferencia dependía en su totalidad si las personas acudían a su cita de control mensual con o sin cita.

Las personas que acudían al centro de salud sin contar con una cita médica, mencionaban problemas en el acceso al centro de salud, dado que para conseguir una ficha se veían en la necesidad de salir de sus casas aproximadamente a las cuatro o cinco de la mañana. Por lo que ante este panorama, es necesario para su traslado que algún familiar los lleve en automóvil particular, o en su defecto, solicitar el servicio de taxi, que en promedio implica un gasto aproximado de treinta a cuarenta pesos. En el caso de no contar con este tipo de traslado, es necesario esperar hasta la hora en que inicia el servicio de camiones urbanos o

caminar al centro de salud. Toda esta situación enmarcada en una clara manifestación de inseguridad, tanto en el traslado, como en la espera fuera del centro de salud, ya que mencionaron que han sufrido situaciones en donde se pone en riesgo su seguridad para ir en búsqueda de la atención médica necesaria o incluso afuera de los centros de salud, en su mayoría refirieron los asaltos.

Se mencionó que al llegar al centro de salud es necesario esperar a que abran las instalaciones para la entrega de fichas, por lo que el sitio en donde se esperan es en el exterior, por lo regular en la acera, donde el grupo de gente que espera por consulta médica es variado tanto en edad como en sexo. La mayoría de las personas entrevistadas mencionó que acuden acompañados por algún familiar, dada la misma inseguridad antes mencionada. En cuanto a la etapa de la recepción se mencionó que los centros de salud abren a las ocho de la mañana, algunos a las siete, y que la entrega de fichas se realiza automáticamente, a excepción de un centro de salud donde se abre a las siete de la mañana, pero se entregan las fichas para consulta a las ocho.

Los participantes refirieron que sólo se otorga una ficha por familia para la consulta médica, por lo que se ven en la necesidad de priorizar su atención entre la misma familia. Otro dato importante fue el número de fichas para atención médica que se otorgan, los valores van entre las 8 fichas a 12 fichas por médico, en cada uno de los centros de salud. Es por ello que muchas de las veces esto condiciona a que la búsqueda de la atención sea cada vez más temprano, no sólo con el afán de salir más pronto de la consulta sino para alcanzar atención médica, ya que refieren que son muchas las veces en que las personas se quedan sin atención médica, ante esto se ven obligados a acudir a otro centro de salud o buscar consulta médica en algún consultorio adjunto a farmacia.

*“...adultos mayores... si y ahí están esperando afuera en el frío hasta que abran el portón...a las ocho...más de dos horas casi... afuera... en la calle, en la banqueta... no, no hay bancas ni nada así nomás parados... otros sentados en la banqueta... hasta niños envueltos... a veces sí y a veces no, él es muy puntual y una enfermera que llega también es puntual, pero no todas., unos van llegando ya tarde” E1*

*“Ahora sí que, las veces que yo me ha tocado ir en la mañana, que luego a veces pues mi esposo no puede, yo luego me voy temprano a las cinco de la mañana, hay gente que llegan en taxi hasta ahí...llega alguna persona joven, pero llega con su esposo, acompañados porque luego dicen nos venimos caminando de... o de... y luego se encuentra uno cada maleante, y los asaltan o cualquier cosa” E3*

*“... si está un poquito mal eso de que, más que nada por lo que es temprano ¿no?, por la inseguridad en primera, luego lo otro de que no hay donde te puedas tapar del frío porque estamos todos en el frío, entonces quiera tener un cuartito meterte y decir bueno aquí ya no me preocupo, ya estoy adentro me siento y ya hay más seguridad, estoy más seguro, pero afuera pues he oído que llegan carros y ¡órale! ¡Pum! los asaltan ahí parados, entonces está peliaroso” E5*

Esta situación contrasta con lo que le acontece a las personas que acuden a su control médico con una cita, ya que este grupo de personas no atraviesan por los problemas antes mencionados. Refirieron en las entrevistas que al acudir a su cita médica ya se les tiene asignada una hora, regularmente es posterior a las consultas que el médico recibe del día a día, por lo que las citas son en su mayoría a partir de las once de la mañana. A esa hora se les pide acudir con un mínimo de dos horas de haber consumido alimentos, para considerar su control de glucosa capilar la toma postprandial. Refieren que a esta hora les es posible acudir a su consulta solas o acompañadas por algún familiar, donde ellas son las que fungen como tutela (nietos) y que se sienten con la tranquilidad de acudir al centro de salud caminando o en el transporte público urbano. Al ingresar al centro de salud, son recibidos por el personal de enfermería, los cuales los pesan y los miden, para posteriormente entrar a su consulta médica. Mencionan que aproximadamente entre el tiempo que les es asignado para pasar a su consulta y

la hora de entrada, pasan aproximadamente un máximo de 15 a 20 minutos en la sala de espera.

Dentro de esa sección se buscó información acerca de algunos aspectos de la calidad técnica en la revisión dentro de la consulta médica *¿Cuando acude a consulta el médico le realiza exploración? ¿Cuando acude a visitas de control de su diabetes el médico le explora sus pies, la planta de los pies o sus uñas? En lo que va de este año ¿el médico ha revisado su ojo?* La mayoría de las personas refirió que se les realiza auscultación cardio pulmonar en la mayoría de sus consultas médicas mensuales, algunas personas refirieron que el médico nunca los revisa a excepción de que ellos les mencionen alguna molestia en particular. En cuanto a la revisión de pies, trece de los participantes mencionaron que no se les ha revisado nunca sus pies, así como ocho de ellos mencionan que sí, pero al cuestionarles acerca del cómo se realiza dicha revisión mencionaron que en algunos casos es “sólo con la mirada” o en algunos otros casos sólo se hace búsqueda de onicomiosis o de edema periférico. Sólo dos personas refirieron que se les ha practicado revisión de sensibilidad con el uso del monofilamento de Semmes-Weinstein. Otra de las cuestiones relevantes, es que de los veintitrés participantes sólo dos refirieron que se les ha realizado exploración de fondo de ojo, y esto a causa de un diagnóstico previo de glaucoma y en otro caso por iniciativa médica; el resto comentó nunca haber sido revisados por su médico ni por ningún especialista.

*“...no, nomás nos da la consulta así nada más... a veces cuando lleva uno la tos o la garganta y todo eso...”*

*E: en sus consultas de cada mes ¿le han revisado sus pies?*

*P: no...solamente cuando yo le digo... ¡Ay me duelen los pies, los huesitos!” E1*

*“E: ¿le han revisado sus piecitos?*

*P: No*

*E: ¿O que le hayan pedido que se quitara sus zapatitos o algo?*

*P: Para pesarme nada más, para pesarme nada más” E11*

*“...como ver, como medio borroso así, como si fuera como una tela blanca*

*E: ¿y que le han dicho los doctores? ¿Les ha comentado?*

*P: sí, le dije al doctor, y dice que por lo mismo de la “unemia...” no sé cómo le llama, no me acuerdo como se llama la que me dijo...*

*E: ¿le revisó? ¿Con una lamparita su ojo?*

*P: no*

En cuanto a la pregunta de *Cuándo acude a solicitar su medicamento ¿se le entrega completo? ¿se lo han intentado cambiar por otro? ¿qué hace cuando no lo tienen? ¿regresa por el medicamento, lo mandan a otro CS u Hospital para conseguirlo, lo compra aparte o no lo compra?* En este rubro se mencionó que existe un desabasto en algunos medicamentos, los cuales son medicamentos hipolipemiantes en su mayoría, medicamentos para el tratamiento de glaucoma, la acarbosa y algunos tipos de insulina (mixta). Por lo que ante la carencia de estos medicamentos en algunas ocasiones se ven en la necesidad de comprarlos, siempre y cuando el costo no sea elevado, o simplemente dejan de usarlo dadas las limitaciones económicas, ya que los costos van desde los treinta pesos hasta los setecientos pesos. Ante esta carencia, han buscado apoyo del Sistema de Protección Social en Salud para solicitar la adquisición de estos medicamentos, donde muchas veces obtienen una respuesta negativa. Otra de las soluciones que ellos perciben como benéfica ante la inexistencia del medicamento, es que el médico les realice el cambio del medicamento, por alguno en existencia (sustitución).

*“...ahorita dicen que apenas van a mandar esta semana, a pedir y en 15 días llegan. En esos 15 días hay mucha gente a la que no le dan medicamento, que no lo hay. Pero luego te lo revalidan por otro, similar, o igual lo compras” E23*

*“...es el de naucoma...estuvo bien durante seis meses, pero ahorita...ya tengo por ahí más de dos meses que no me lo dan...yo hablé ayer y le comenté a la señorita, porque hasta eso son medios malos al contestar, no todos pero si una que otra, contestan mal... uno por la necesidad y pues para eso están, y le contestan a veces mal, mejor uno dice mejor que se quede así, pero vamos a ver, porque dice que el proveedor que le surtía ese medicamento ya no está surtiendo ese medicamento” E5*

*“P: ...muchos usan la verde, pero yo ya uso la mixta...”*

*E: Y ahí si no se la lograban conseguir aproximadamente como ¿cuánto se echaba de gasto?*

*P: Como 480 esa vez que yo la compré. Ahorita dicen que vale más. Así yo tengo que tener mi guardadito, pero a veces por mucho que quieras guardar ya sale una cosa, ya sale otra y no se puede” E10*

Al pedirles su opinión acerca de los horarios de atención en el centro de salud, existió la misma opinión referente a la necesidad de un horario vespertino para la atención médica, sobre todo por parte de las personas que acuden con control de cita, ya que mencionan que es difícil acudir dado sus horarios de trabajo. En cuanto a los días de atención no existió referencia a la necesidad de contar con atención los días sábados ni domingos, ya que fue claro que saben a dónde acudir en caso de una urgencia médica.

*“...a la farmacia del ahorro o de los similares...yo he ido anteriormente, sí. De vez en cuando llego a ir. Cuando son días festivos cuando no abren el centro de salud, o que se enferma uno en domingo o sábado. Pues ahí también atienden más o menos bien y rapidito te compones, pero porque no hay forma de irse a atender al centro de salud” E19*

*“...obviamente tenemos que trabajar...tenemos que trabajar pues para poder sobrevivir, entonces ¿o trabajas o vas al médico? hay gente que trabaja que tal vez sale a las dos, tres de la tarde tendría la oportunidad de venir a lo mejor por ese dolor de cabeza que a veces no le tomamos tanta importancia...”E17*

Se les preguntó acerca de si consideraban que el número de médicos y de enfermeras era el adecuado para atención médica. Las respuestas variaron entre las personas que acuden sin cita y las que cuentan con ella. El primer grupo siente la necesidad que el número de médicos aumente, dado que muchas personas no obtienen la ficha para entrar a consulta médica, en tanto que el segundo grupo mencionó encontrarse satisfecho con el número de médicos y de enfermeras, refiriendo que son suficientes para la cantidad de gente que acude a solicitar los servicios médicos.

## Acceso a redes sociales

Se exploró esta dimensión que regularmente es de carácter intrahospitalario, dado el marco regulatorio que se encontró en los centros de salud se convirtió en un dominio de carácter importante para su identificación. En este marco regulatorio se especifica que solo los menores de 18 años, las mujeres embarazadas y los adultos mayores pueden acudir a consulta acompañados de un familiar, así como también se especifica que sólo podrán tener acceso a las salas de espera aquellas personas que acudan a la consulta médica.

Se observó que en la búsqueda de atención, el acompañamiento se determina dependiendo de si las personas cuentan o no con sistema de citas dentro de los centros de salud. Dado que en las personas que no cuentan con un sistema de citas, el acompañamiento se realiza por algún familiar del sexo masculino en el caso de las mujeres. Las mujeres, refirieron requerir de dicho acompañamiento a causa de la inseguridad percibida por las madrugadas en la búsqueda de la atención médica. Mencionaron que las personas que fungen como acompañantes esperan con ellos afuera del centro de salud mientras llega más gente o hasta que abren el centro de salud. Durante las visitas y la observación no participativa, fue importante el número de adultos mayores que se observó acudían solos a sus citas de control mensual.

Como antes se mencionó existe un reglamento interno para los centros de salud, en este caso cuatro de los seis centros cuentan con él. En este reglamento interno se prohíbe la entrada a la sala de espera a familiares, a excepción de que sean personas que acuden a consulta y que tiene menos de 18 años, mujeres embarazadas y adultos mayores, y por ende a la consulta médica. En muchos de los centros se desconoce por parte de los usuarios la existencia de este reglamento interno, saben lo que está prohibido porque unos a otros se hacen partícipes de esta información.

*“E: ¿Se permite que estén los familiares adentro acompañando?”*

*P: A veces no más una persona se pasa con el médico, el enfermo*

*E: ¿Piensa usted que es importante que se les permita el acceso a los familiares dentro de la consulta?”*

*P: Sí, creo que es importante...a veces las personas que padecen cierta enfermedad no captan, no entienden y se les olvida alguna cuestión y siempre tener el cuidado, el apoyo, el respaldo de alguien es alentador” E21*

Ante la pregunta *¿En algún momento algún médico o enfermera ha hecho algún comentario negativo u ofensivo acerca de sus creencias religiosas?* La totalidad de los informantes mencionó que se respeta su religión y que no es un tema que ellos aborden dentro de la consulta, dado que cada uno tiene sus propias creencias, los entrevistados mencionaron profesar la religión católica y cristiana.

## **Capacidad de elección**

Ya que ciertos individuos pueden tener preferencias sobre el sexo o edad – entre otros aspectos – de las personas que le van a tratar, la capacidad de elegir al proveedor institucional y personal de la atención requerida debe ser un derecho contemplado y respetado por el sistema de salud. La aplicación de este derecho, se enfrenta en la práctica a barreras de tipo organizacional. Por ejemplo, la condición de derechohabiente o afiliación, es un requisito para la utilización de uno u otro servicio de salud y la asignación del médico tratante prácticamente escapa a la decisión de los usuarios, sobre todo en unidades de atención de un solo núcleo.

En cuanto a la primera pregunta de *¿Acude a consulta por las mañanas o por las tardes?, dicho turno: ¿lo tiene asignado? ¿Estuvo en libertad de elegirlo? (En el caso de que no: ¿Está contento con el turno asignado?)* La mayoría de los

entrevistados acude al turno matutino, de manera excepcional han llegado a acudir en el turno vespertino a causa de alguna situación de urgencia, ya que sólo uno de los centros de salud cuenta con consulta vespertina establecida, el otro cuenta con ella sólo de manera ocasional. Es relevante esta información dado que como pudimos identificar que casi la mitad de las personas tiene trabajos que son remunerados y muchas de las veces las personas que acuden a la búsqueda de atención dejan sus labores el día de la consulta, lo cual le implica disminución del sueldo o en su defecto a cuenta de días de descanso.

En cuanto a la pregunta referente a si ellos eran capaces de elegir la hora de su consulta, la respuesta fue negativa. En este rubro no se encontró diferencia entre el sistema de citas o el de fichas diarias. En la primera situación es el médico que con base a su agenda le asigna el día y la hora para la siguiente consulta, y en el caso de las personas que acuden con ficha diaria, al momento de su repartición se les va asignando el número dependiendo de la hora y turno en que hayan llegado. Se comentó que en algunos centros de salud se cuenta con la flexibilidad de retrasar, más nunca adelantar el horario de su consulta.

#### **Fig.6 Testimonios dominio capacidad de elección**

*“Lo que sí, los que ya nos toca la doctora o doctor, ahí pues tenemos que pasar, pero apenas que no sé qué estaban de vacaciones, que no habían muchas doctoras doctores y ni modo, me toco de aquí donde ayer pase...”*  
E2

---

*“No, uno elige con el doctor que, que quiere pasar pero si ya no hay, que digan “ya no hay para tal doctor” y hay otra opción con otro doctor, ya uno sabe si quiere entrar con el otro doctor o no...”* E23

---

*“...Bueno yo, yo veo más que nada la atención, por ejemplo como ella, este me ha atendido bien y yo para mí que siga ahí ¿no?... Nos han preguntado, ¿con qué doctora queremos pasar? pero yo solamente vengo por mí, mi medicamento entonces a mí me da lo mismo”* E13

---

*“No, uno elige con el doctor que, que quiere pasar pero si ya no hay, que digan “ya no hay para tal doctor” y hay otra opción con otro doctor, ya uno sabe si quiere entrar con el otro doctor o no”* E23

En cuanto a la pregunta de *¿Puede decidir con cuál médico pasar a consulta? ¿En algún momento usted ha sentido la necesidad de solicitar el cambio del médico/médica que le atiende?* Las respuestas fueron variadas, ya que en algunos centros de salud sí se puede elegir con qué médico pasar a consulta y en algunos otros simplemente por orden de llegada se va asignando el médico tratante. Algunas personas manifestaron que independientemente de que ellos no hubiesen decidido a su médico tratante se encontraban satisfechos, mientras que algunos otros si denotaron insatisfacción con algún médico por lo que al momento de la asignación del prestador de servicios y de la hora, solicitaban explícitamente el pase con el médico de su elección. (Fig. 6)

### **Calidad de las comodidades básicas**

Se refiere al hecho de que los baños, salas de espera y consultorios deben estar limpios y bien ventilados además de ser confortables, ya que el trato que se ofrece a los usuarios de los servicios de salud no sólo debe limitarse a la relación entre los usuarios y el personal de salud. Dentro de estas entrevistas y ante la pregunta *¿Qué problemas observan en las instalaciones del centro de salud? Incluyendo accesos, sala de espera, baños, consultorios, etc. ¿Considera las instalaciones limpias? ¿Considera a las instalaciones seguras?*

Las respuestas correspondientes a las características de las comodidades en el acceso al centro de salud, fueron diferentes dependiendo si contaban o no con sistema de citas en el centro de salud, dado que aquellas personas que no cuentan con citas mensuales coincidieron en que hacen falta lugares donde sentarse mientras esperan la entrada a su centro de salud, por otra parte mencionan que por la inseguridad o por la temporada de frío y lluvia, podría evaluarse la posibilidad de que se les dejara pasar al centro de salud antes de que

se abriera para repartir fichas, no directamente dentro del sitio de atención médica, sino que se adaptara algún área de resguardo. A diferencia de las personas que cuentan con sistema de citas, que no refirieron ninguna necesidad en esta área, dado que el acceso al centro de salud es directo y no tienen que esperar afuera de las instalaciones.

En cuanto a la sala de espera surgió la sugerencia, de contar con un mayor número de sillas, dado que en ocasiones se ven en la necesidad de mantenerse de pie, o en el caso de algunos otros centros de salud que se inundan en temporada de lluvias, los usuarios suelen sentarse en los escalones. En contraste con el otro grupo de usuarios que refirieron que el inmobiliario médico les parece suficiente, teniendo en cuenta el número de gente que se encuentra en el centro de salud en el momento en que acuden a su cita médica. Mencionaron que en su mayoría observan los centros de salud limpios y con buena ventilación tanto en la sala de espera como en el área del consultorio médico. La única queja se limitó al área de los sanitarios, donde refirieron existen ocasiones donde el aseo es deficiente.

*“Pues ahí mientras sentadita porque pues tenemos que esperar tantito, pero pues yo digo que... que igual a lo mejor si me pudieran mandar unas sillitas más yo creo que no sería en vano, al contrario porque ahora sí que entre más tiempo va pasando pues se van necesitando más las cositas...está bueno el suelo” E19*

*“En realidad siempre la he visto limpia, fresca... el sanitario es el que veo un poco descuidado a veces, y lo entiendo porque pues creo que no tienen personal de limpieza, y bueno, a veces habemos personas que no somos tan pulcras en esas cuestiones” E21*

*“Muy, muy incómodas las sillas, en tiempo de lluvias se inundan...todo eso se inunda, y hasta que llega, porque pasan todas, pasan las enfermeras pasan las que toman la fichita, nadie limpia...le estoy hablando de que somos más o menos entre 25 y 30 personas diarias, entonces sillas hay como, como 10 ha de haber. Entonces a veces nos sentamos en los escaloncitos...todos ahí amontonados” E6*

## Cierre de la entrevista

Para finalizar la entrevista se les preguntó si existía alguna cuestión que quisieran comentar o agregar. En esta última sección los participantes hicieron comentarios acerca del trato que reciben en los centros de salud. Se externaron comentarios tanto en el sentido de mejorar el trato así como de mantenerlo.

En el caso de las personas que acuden a centros de salud con sistema de citas hicieron referencia a su deseo de que dicho sistema continúe, y en los centros de salud donde no existe se hizo referencia a la necesidad de dar más fichas para consulta médica o instaurar un sistema de citas.

Por otro lado los participantes externaron su agradecimiento con la oportunidad de darles voz durante la entrevista y así externar sus pensamientos. (Fig. 7)

Fig. 7 Cierre de la Entrevista

*“yo también entiendo a las doctoras, yo sé que al estar atendiendo mucha gente pues es problema para ellas ¿no? Pero al final de cuentas a ellas les gustó estudiar eso, es su trabajo...” E3*

---

*“estoy yo agradecido...para mí ha sido bendición...me han tocado buenas personas para atenderme, ellos cumplen con su deber como trabajador, trabajadora y como servicios para uno, porque realmente lo necesitamos” E5*

---

*“...para mí la única sugerencia sería esa, que sigan dando las citas y pues que si hubiera otro doctor no estaría mal porque si de repente hay mucha gente...” E13*

---

*“Señor tu sabes y tu mandas tus ángeles para que nos cuiden...ojalá y nos sigan apoyando...pues yo nada más le doy gracias a dios y a ustedes y a ti en especial porque... nos viniste a dar un aliento, o por lo menos pude disipar lo que yo siento...” E19*

---

*“Uno...no cuenta lo que te está pasando como que lo tiene y no lo puede sacar y yo ahorita como que me sentí más tranquila, más relajada” E11*

## Dominios de la ACP identificados vs dominios de la ACP de INDICAS

De los reactivos que se incluyen en el instrumento de medición de trato digno INDICAS, y de acuerdo a los ocho dominios de la ACP, dos reactivos se refieren al trato digno, cinco al dominio de la comunicación y dos de al de atención pronta.

Por lo que observamos que sólo se indagan tres dominios de los ocho existentes para trato adecuado.

El Instrumento de INDICAS para trato digno consta de nueve reactivos de opción múltiple, donde el número de opciones para cada respuesta es diferente. Las preguntas se encuentran en el mismo orden en que se abordaron los temas en la guía de entrevista a profundidad; en primer lugar se pregunta acerca del grado de satisfacción con el tiempo de espera, las respuestas se encuentran en escala tipo Likert para determinar el grado de satisfacción. Las siguientes cinco preguntas corresponden al dominio de comunicación, siendo este el que más se pregunta dentro del cuestionario, y en donde las opciones de respuesta son: “sí, no o no contestó”. Durante las entrevistas se preguntó *¿El médico le explicó sobre su estado de salud?* a lo que los entrevistados respondían con un “sí”, pero al indagar sobre la información que han recibido a través de la pregunta: *¿Qué le ha explicado el médico sobre su estado de salud?* se identificó que sólo hacen mención de su enfermedad, es decir, sólo confirman que tienen diabetes y desconocen el tratamiento, indicaciones sobre ejercicio y alimentación y posibles complicaciones.

La siguiente pregunta es sobre la satisfacción del usuario con el número de medicamentos entregados, con opciones de respuesta tipo Likert para determinar el grado de satisfacción. Las últimas dos preguntas se refieren al dominio de trato digno, donde la primera de ellas es acerca de la calidad del trato recibido, en general, dentro de la unidad, sin previa mención de los recursos humanos que conforman la “unidad”; posterior se pregunta *¿En qué áreas del “servicio” (servicio) el personal le dio mal trato?* , en esta pregunta se da por hecho que existe un mal trato, y es hasta esta parte final donde se especifican las áreas de interacción a lo largo del proceso de atención. (Ver Anexo 1. Formato de recolección de datos en consulta externa INDICAS)

A continuación se aborda de manera comparativa lo que se indaga en el instrumento para trato digno instaurado en los centros de primer nivel de atención y la problemática que se encontró en las entrevistas a profundidad realizadas

**Tabla 6. Dominios de la ACP identificados vs dominios de la ACP de INDICAS**

DOMINIO		PROBLEMAS IDENTIFICADOS DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN
¿SE INDAGA EN INDICAS?	¿SE INDAGA EN LA ENTREVISTA?	
<b>AUTONOMÍA</b>		<p><b>Las personas que acuden sin cita refieren:</b> Periodos prolongados de ayuno ante la obtención de una cita médica</p> <p><b>Independientemente del sistema de citas refieren:</b> No se les considera para la toma de decisión de tratamientos (tipo y/o vías de administración)</p>
INDICAS	ENTREVISTA	
x	✓	
<b>TRATO DIGNO</b>		<p><b>Las personas que acuden sin cita refieren:</b> Mal trato por parte del personal de la unidad que entrega fichas en los centros de salud</p> <p><b>Independientemente del sistema de citas refieren:</b> Existen problemas de mal trato por parte del personal adscrito al centro de salud (personal médico y de enfermería)</p>
INDICAS	ENTREVISTA	
✓	✓	
<b>CONFIDENCIALIDAD</b>		<p><b>Independientemente del sistema de citas refieren:</b> Al estar en la sala de espera oyen lo que el personal (médico y de enfermería) hablan acerca de otros usuarios (padecimientos) o del mismo personal.</p>
INDICAS	ENTREVISTA	
x	✓	
<b>COMUNICACIÓN</b>		<p><b>Independientemente del sistema de citas refieren:</b> No se les explica de manera clara y sencilla su padecimiento, no se les explica el tratamiento y no se les hace partícipe de su proceso de atención, no se les explica sobre los cuidados de ejercicio y/o alimentación que deben seguir.</p> <p>Existe discordancia de información entre los médicos de un mismo centro de salud por lo que ante dicha inconsistencia se genera intranquilidad y abandono del tratamiento.</p>
INDICAS	ENTREVISTA	
✓	✓	

<b>ATENCIÓN PRONTA</b>		<p><b>Las personas que acuden sin cita refieren:</b>            Los tiempos de espera para el acceso y la obtención de una ficha para atención médica son prolongados            El número de fichas para atención médica es reducido            No hay puntualidad para el inicio de la consulta médica</p> <p><b>Independientemente del sistema de citas refieren:</b>            La repartición de fichas para el turno vespertino es en horario matutino            No se realiza exploración física general, de pies y fondo de ojo            No se entrega el medicamento completo            No hay suficiente personal médico</p>
INDICAS	ENTREVISTA	
✓	✓	
<b>ACCESO A REDES SOCIALES</b>		<p><b>Independientemente del sistema de citas refieren:</b>            No se les permite el acceso a los familiares a la sala de espera            No se les permite el acceso a los familiares a la consulta médica</p>
INDICAS	ENTREVISTA	
x	✓	
<b>CAPACIDAD DE ELECCIÓN</b>		<p><b>Independientemente del sistema de citas refieren:</b>            No pueden elegir la hora de su consulta            No pueden elegir para su atención al médico de su preferencia            No hay confianza para solicitar el cambio de médico</p>
INDICAS	ENTREVISTA	
x	✓	
<b>CALIDAD DE LAS COMODIDADES BÁSICAS</b>		<p><b>Las personas que acuden sin cita refieren:</b>            Las personas refieren que al esperar prolongados periodos de tiempo fuera de las instalaciones del centro de salud se enfrentan a cuestiones de inseguridad y climatológicas            Refieren que hay deficiencias en el mobiliario (sillas)</p> <p><b>Independientemente del sistema de citas refieren:</b>            Refieren que existen deficiencias en la higiene del centro de salud (sanitarios y sala de espera)</p>
INDICAS	ENTREVISTA	
x	✓	

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) INDICAS Consulta externa. Formato de recolección y concentración de datos. Entrevistas a profundidad realizadas a personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en centros de Salud de Cuernavaca Morelos

## 8. DISCUSIÓN

La atención centrada en el paciente es un elemento de importancia fundamental dentro del proceso de atención, ya que busca que la provisión de la atención sanitaria sea respetuosa, dando respuesta a las preferencias individuales, necesidades y valores de la persona.

En la presente investigación se identificó que la atención que se brinda actualmente en los centros de salud de primer nivel a las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, no es una atención centrada en el paciente, o mejor dicho en la persona; esto se identificó al indagar los ocho dominios del trato adecuado a través del proceso de atención.<sup>7</sup> En este estudio se consideró el dominio de acceso a redes sociales, que en algunos de los estudios no se incluye, a excepción de que se evalué en atención hospitalaria<sup>18, 30, 58, 63, 64,</sup> se consideró incluirlo dadas las características particulares de la enfermedad en donde el contar con el apoyo y respaldo familiar es indispensable y un factor relacionado con el éxito.<sup>23</sup>

La población que se entrevistó es un reflejo de lo que refiere la ENSANUT 2012<sup>17</sup>, ya que en su mayoría se entrevistó a mujeres en el rango de edad de 50 a 59 años, las cuales sólo cuentan con nivel de escolaridad básico y con ocupación no remunerada, todos los entrevistados cuentan con SPSS. En cuanto a las características de la enfermedad, existen personas con un diagnóstico de casi 20 años de evolución y otras de reciente diagnóstico, lo que nos da un panorama amplio y diverso del proceso de atención para las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Más de la mitad de los entrevistados refieren acudir de manera regular (mensualmente) al centro de salud a su cita de control o “por el medicamento” (que es así como ellos lo consideran), a diferencia de lo que menciona ENSANUT 2012<sup>17</sup> en donde el 14.2% dijeron no haber acudido al médico para el control de la diabetes en los 12 meses previos a la entrevista, es decir, se puede considerar

que no se encontraban en tratamiento. De acuerdo con lo que menciona ENSANUT 2012 <sup>17</sup> casi la mitad de las personas entrevistadas refieren tener hipertensión arterial y no presentar diagnóstico de complicaciones como nefropatía, retinopatía o pie diabético, independientemente de los años de evolución. Esta información es relevante dado que se estima que el inicio de las complicaciones de la diabetes mellitus ocurre de cuatro a siete años antes del diagnóstico clínico <sup>25</sup>, y las personas que se entrevistaron tienen elevadas posibilidades de presentar complicaciones, siempre y cuando se realice una búsqueda intencionada de las mismas.

Un hallazgo importante dentro de la investigación fue el relacionado al contexto de la búsqueda de atención en los centros de salud, dado que se encontró que existen centros de salud que funcionan con sistema de citas y existen otros donde la búsqueda es por ficha en el mismo día. Cada centro de salud lo adopta si así lo considera y cada médico del centro gestiona su agenda de citas. Esta diferencia resultó muy importante al momento de la exploración de los dominios de trato adecuado, ya que en los centros de salud donde **existe sistema de citas** fueron mejor valorados los dominios referentes a:

- *autonomía* en lo correspondiente a la toma de decisiones en la sala de espera en específico en la ingesta de alimentos, ya que dentro de la consulta la valoración es independiente
- *trato digno* por parte del personal no sanitario adscrito al centro de salud (vigilancia y/o administración), dado que el trato por parte del personal sanitario es independiente al sistema de citas
- *atención pronta*, en donde se valoró positivamente la parte de accesibilidad y disponibilidad de recursos humanos, y no así la parte de recursos físicos, valorado independientemente del sistema de citas
- *calidad de las comodidades básicas*.

Existen problemas en todos los dominios del trato adecuado, que ambos grupos identifican independientemente de la existencia o no de un sistema de citas para la

atención médica. Como se mencionó anteriormente, las evaluaciones que se han realizado en México, y de manera particular la encuesta INDICAS, no contemplan los ocho dominios del trato adecuado para su análisis; INDICAS recoge la información solamente del dominio de comunicación, atención pronta (tiempo de espera y satisfacción con el número de medicamentos recibidos) y trato digno,

Evaluaciones previas de trato adecuado que se han realizado en México contemplan siete de los ocho dominios del trato adecuado para su análisis y han sido de carácter cuantitativo, como INDICAS. En ellas se observa que el dominio de autonomía siempre se ha encontrado dentro de los tres dominios con la calificación más baja del trato adecuado en todas las evaluaciones<sup>18, 30, 58, 63, 64</sup> así como el dominio de atención pronta, que en dos de las evaluaciones se colocó como el de peor calificación<sup>18,63</sup>. Dentro de los dominios mejor calificados para trato adecuado se encontró el de trato digno y el de comunicación<sup>30, 63, 64</sup>, este último será abordado a detalle por la relación estrecha entre la enfermedad que se aborda y su relevancia en el proceso de atención. (Ver Anexo 4. Comparación de las calificaciones de los dominios de Trato Adecuado)

## **Autonomía**

Independientemente de que actualmente se intenta avanzar hacia un modelo en donde se busca que las personas participen activamente en las decisiones en torno a su salud, el modelo paternalista de atención a la salud es el que predomina. Esta situación se ha analizado a lo largo de los años y se ha visto reflejado en otras evaluaciones en donde el dominio de autonomía se coloca como uno de los dominios con las peores calificaciones desde 2001<sup>58</sup> y hasta 2005<sup>64</sup> esto evidencia la falta de capacidad del sistema de salud para permitir la participación de las personas en la toma de decisiones con respecto a su salud.

Este punto es interesante dado que actualmente el hablar de autonomía no sólo significa la permisión sino la promoción de una participación activa en la toma de

decisiones, siempre de manera informada. Esto implica recibir información clara y suficiente sobre las diferentes alternativas de tratamiento, para tomar decisiones basadas en esta información, y con esta, incluso optar por rehusar algún tratamiento. También puede implicar la facultad de transferir todo el poder de decisión al profesional médico a cargo <sup>65</sup>. Se menciona que incluso en el modelo paternalista de atención sería deseable conocer el punto de vista de la persona antes de tomar cualquier decisión, excepto en casos donde explícitamente ella haya expresado lo contrario. El respeto a la autonomía ha demostrado tener favorables efectos en las personas ya que reduce la ansiedad, aumenta los conocimientos referentes a su enfermedad o a los cuidados de la misma, aporta expectativas realistas y los motiva para un autocuidado efectivo <sup>66</sup>. En ausencia de información completa y objetiva, un individuo no puede tomar decisiones autónomas respecto a los servicios médicos que está adquiriendo<sup>30</sup>.

### **Atención pronta**

Dentro de las quejas más frecuentes entre los usuarios de los servicios de salud son los tiempos de espera para recibir atención, además de otras cuestiones que en las evaluaciones actuales no se contemplan como “atención pronta”. Las condiciones de accesibilidad y disponibilidad de recursos físicos y humanos deben incluirse en este concepto y no sólo los tiempos de espera. En el instrumento actual del INDICAS, sólo se considera la medición de los minutos en la sala de espera, desde el momento de la solicitud de la consulta, hasta el momento de entrar al consultorio médico <sup>9,12</sup>, no considerando el tiempo antes de llegar a la unidad de salud (traslados), el tiempo de espera afuera de las instalaciones de la unidad de salud y por último el tiempo que esperan ya dentro de las instalaciones para recibir la consulta médica.

En el presente estudio se indagó acerca del tiempo de espera desde el inicio de la búsqueda de atención médica hasta la entrada a la consulta médica. Es de esta

manera que se identificaron problemas de ayuno prolongado, hasta de 8 horas en donde como refiere la literatura existen otras técnicas de análisis con mayor especificidad, mayor estabilidad pre-analítica, menos perturbaciones durante los periodos de estrés y de enfermedad en donde el ayuno no es necesario <sup>67</sup>.

Dentro de la evaluación de la disponibilidad de recursos humanos y físicos en donde lo que se busca es no agravar la situación de salud con una pronta atención, se encontró como hallazgo lo correspondiente a la calidad técnica de la atención, en donde se destaca que en cuanto a la revisión de pies, que trece de los participantes mencionaron que no se les ha revisado nunca sus pies, y sólo dos personas refirieron que se les ha practicado revisión de sensibilidad con el uso del monofilamento de Semmes - Weinstein. Esto difiere enormemente con lo que establece la Guía de Práctica Clínica (GPC) para prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en los centros de atención de primer nivel, en donde se debe evaluar la presencia de poli neuropatía simétrica distal a través de pruebas cónicas al menos cada año, a través de la inspección, valoración de los pulsos y una prueba de pérdida de sensibilidad con monofilamento más la vibración con diapason 128 Hz, punción con alfiler, reflejos de tobillo o umbral de percepción de la vibración De los veintitrés participantes sólo dos refirieron que se les ha realizado exploración de fondo de ojo, en contraste con lo que la GPC recomienda como punto de buena práctica, que es realizar a toda persona recién diagnosticada al menos una vez al año la valoración de fondo de ojo por un médico especialista en oftalmología <sup>68</sup>.

Una de las cuestiones relevantes dentro de la atención pronta es lo relacionado a los recursos físicos, específicamente en el rubro de medicamentos. Dentro del CAUSES 2014 <sup>69</sup> en la intervención CIE-10 correspondiente a diagnóstico y tratamiento de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2, se enlista lo que el catálogo contempla en dicha intervención. De acuerdo a lo mencionado por parte de los entrevistados, los medicamentos que no se les entregan y se ven en la necesidad

de comprar, son medicamentos que deberían de otorgárseles dada su afiliación (insulina NPH, atorvastatina, bezafibrato).

## Comunicación

Un diálogo claro es una manifestación de respeto y sobre todo es una situación deseable, ya que en la medida en que las personas cuentan con mayor información tienen más herramientas para afrontar su situación, además de que es más probable que se adhieran a un tratamiento que entienden <sup>63</sup>. Bajo este contexto, los resultados que se encontraron dentro de este dominio, independientemente de ser uno de los mejores calificados en casi todas las encuestas nacionales y en las internacionales (donde se ubicó como uno de los tres dominios mejor calificados en 41 países) <sup>70</sup> en esta investigación fue uno de los dominios donde se encontraron mayores áreas de oportunidad.

Este dominio se evaluó solamente en el área de la consulta médica, en donde el intercambio de información es el pilar fundamental. Es importante retomar que se encontró que los informantes desconocen el origen de su enfermedad, las causas que la originaron y es por ello que atribuyen su inicio a “alguna causa” externa y ajena a su estilo de vida. Esta situación trae como consecuencia que no se asuma la responsabilidad de ejercer los cuidados en relación a las causas que realmente la originaron y por ende falta de adherencia al tratamiento médico. Existen estudios en donde se demuestra que una comunicación efectiva conlleva a cambios significativos en el control de la diabetes mellitus tipo 2, ya que se ha demostrado un incremento en la adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico y las personas que tienen una comunicación efectiva con su médico mantienen niveles de hemoglobina glucosilada de 1.01% menor que aquellos que la refieren como pobre <sup>71</sup>.

Se encontró que la información proporcionada con mayor frecuencia a los entrevistados fue la referente al tratamiento, mientras que la menos frecuente fue

la relativa a las posibles complicaciones y a los cuidados o medidas no farmacológicas que deben seguir. Un hallazgo relevante fue la poca información acerca de la alimentación y de actividad física. Esto difiere completamente con el tratamiento establecido en las guías de práctica clínica para diabetes mellitus tipo 2,<sup>68</sup> en donde se recomienda realizar programas de educación para conocer su enfermedad, llevar un control adecuado y mejorar el apego al tratamiento, evitando la aparición temprana de complicaciones, además de asesoría por parte del nutriólogo con el objetivo de optimizar los resultados clínicos y bioquímicos además del autocuidado (pilar dentro del tratamiento médico no farmacológico). En esta misma guía se hace referencia a la importancia de la actividad física, con la recomendación de 150 minutos/semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada 3 días a la semana, con no más de 2 días sin ejercicio<sup>68</sup>.

### **Acceso a redes sociales**

En este estudio se incluyó el dominio de acceso a redes sociales, ya que se encontró que existe una normatividad en algunos centros de salud en donde se limita la entrada de los acompañantes a la sala de espera y por ende a la consulta médica, con excepción de los menores de 18 años, las mujeres embarazadas y los adultos mayores, que pueden acudir a consulta acompañados de un familiar. Este dominio está sumamente relacionado con el dominio de autonomía y de trato digno, ya que los valores de las personas deben guiar todas las decisiones clínicas del proceso de atención para considerar que se cuenta con una atención centrada en la persona.<sup>59</sup>

En cuanto a los beneficios de contar con el acceso a las redes sociales en la atención médica ambulatoria, la literatura refiere que la normo glucemia se asocia al apoyo familiar, en donde la información que tiene el familiar sobre la diabetes es determinante para que otorgue su apoyo<sup>72</sup>. Existe literatura que refiere que la familia y los roles que juegan pueden ser barreras para el autocuidado y control metabólico del paciente diabético. Se señala que el principal factor relacionado

con el autocuidado se encuentra en la familia, por lo que es necesario promover la integración y apoyo familiar a través del desarrollo de un proceso de educación sobre la diabetes dirigido a modificar las actitudes, y mejorar las habilidades y conocimientos de la persona y sus familiares, para reforzar las acciones de apoyo familiar como uno de los factores relacionados con la salud en las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.<sup>73</sup>

Es definitivo que el trato adecuado en sus ocho dominios influye directamente en el control metabólico de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a los centros de salud. El hecho de no contar con una atención centrada en la persona en los servicios de primer nivel de atención para las personas que tienen un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, es decir, no respetarse los ocho dominios que la componen, conlleva a tener personas con un control metabólico deficiente, ya que la falta de información y de resolución de dudas, dada por la poca comunicación entre el proveedor-usuario y proveedor-familia, origina el desarrollo de complicaciones a nivel micro y macro vascular, que culmina con una disminución en la calidad de vida y en la pérdida de los años saludables, lo cual repercutirá directamente en su economía y estabilidad psicosocial.

Ante este escenario las personas tendrán dos opciones: seguir acudiendo a los servicios de salud sólo para la obtención de medicamento y no para el control de su enfermedad, o dejar de acudir y buscar la atención médica en algún otro sitio, aunque esto conlleve directamente a un incremento en el gasto de bolsillo; el cual puede estar presente aun dentro de los servicios de salud, cuando el medicamento prescrito no se otorga. Todo esto ocurre sin pasar por alto las altas probabilidades que existen hoy por hoy, bajo el contexto actual de violencia en nuestro país, de sufrir algún acto de delincuencia ante la búsqueda a deshoras de consulta médica.

Es importante mencionar que en las encuestas suelen observarse calificaciones altas en cuanto al trato adecuado en los servicios de salud, ya que los usuarios suelen temer a algún tipo de represalia, responder afirmativamente por deseabilidad, influenciados por el resultado dentro de la consulta médica o por las pocas expectativas que tienen del servicio.<sup>18, 58, 64</sup>. Además, de lo que se observó en el presente estudio, no se puede conocer lo que no se pregunta, y si el instrumento actual de medición no contempla los problemas que las personas se encuentran en su proceso de atención seguiremos obteniendo calificaciones altas en la satisfacción. Todo esto puede generar sesgos, ya que al no conocer cuáles son las áreas de mejora no se toman las medidas pertinentes para mejorar el trato que se ofrece en los servicios de salud y por ende puede afectar la salud de la población a largo plazo, en el particular caso de la diabetes, incrementar las complicaciones. Es por ello que debe valorarse el uso de otra metodología que indague de manera asertiva el trato adecuado que se oferta en los servicios de salud, para la atención de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

A pesar de que se realizó la búsqueda intencionada de los dominios del trato adecuado de manera individual, se observó que todos los dominios se encuentran entrelazados a lo largo del proceso de atención y son dependientes uno del otro, por lo que no pueden evaluarse de forma individual, tal como lo ejemplifica Ricard Meneu de Guillerna al hablar de la dependencia entre el dominio de comunicación, autonomía y capacidad de elección donde menciona que *“compartir información no es lo mismo que la toma de decisiones, pero lo primero es un requisito para lo segundo”*.<sup>74</sup> No se puede “priorizar” o señalar cuál de ellos tiene más importancia dentro de la atención centrada en el paciente, pero sí se puede mencionar en cuál de los dominios se encuentran elevadas más oportunidades de mejora. Todos los dominios son evaluables a lo largo del proceso de atención, algunos con elevada claridad en su búsqueda, mientras que otros, a pesar de los esfuerzos realizados, no arrojaron información suficiente sobre su desarrollo.

## Limitaciones

En primer lugar se puede mencionar que una de las limitaciones del estudio fue el sesgo de selección en los participantes. Ya que se contó con la información de las personas que acuden a los centros de salud y no así, de aquellas personas que decidieron dejar de acudir a ellos. Sería importante conocer las razones por las cuales este grupo de personas decidió abandonar la atención médica en los centros de salud o incluso si así lo hizo con su tratamiento médico.

El estudio se limitó a conocer los problemas que perciben las personas con diagnóstico de diabetes mellitus y no discutió la percepción acerca del trato adecuado que poseen los prestadores de los servicios de salud. Es importante considerarlo para investigaciones futuras dado que el contar con una visión más global del problema nos puede orientar a encontrar las áreas de oportunidad para mejorar la atención centrada en la persona.

Ya que en el presente estudio el análisis se limitó a los ocho dominios del trato adecuado, es recomendable para investigaciones futuras no adherirse a una estructura previamente establecida, cuando lo que se busca es conocer en su sentido más amplio los problemas a los que se enfrentan las personas al momento de entrar a la dinámica de un proceso de atención.

## 9. CONCLUSIONES

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 plantea como principal objetivo contar con un Sistema Nacional de Salud universal equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque en los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad, a través de la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y de la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad. Actualmente no se está cumpliendo con este objetivo, a pesar de los importantes esfuerzos que se están realizando en esta área; ya que la atención que se brinda actualmente en los servicios de atención primaria a las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 no es una atención centrada en la persona. Esto es un reflejo de la complejidad y falta de organización con que operan los sistemas de salud, específicamente los centros de primer nivel de atención, con sobrecarga en la consulta de enfermedades crónicas, la poca integración de los equipos de salud, la falta de continuidad de la atención debida a la rotación del personal y las restricciones en la capacidad de elección.

La existencia de un sistema de citas dentro de los centros de salud condiciona una mejor valoración de los dominios del trato adecuado, en contraste con la valoración que realizan las personas que no cuentan con un sistema de citas en su centro de salud. Independientemente de esto, ambas figuras organizativas son disfuncionales, dado que se encontraron problemas en todos los dominios del trato adecuado, incluso en aquellos en donde no se requiere de cambios muy sofisticados, como de un trato cortés, amable y empático, por parte del personal adscrito al centro de salud, particularmente del personal médico a cargo de la atención médica para las personas con enfermedades crónico degenerativas, dado que la falta de un trato adecuado afecta directamente la satisfacción y con

ello la adherencia a las recomendaciones, prescripciones de salud y de manera importante con el autocuidado.

Los problemas a los que las personas se enfrentan, en su mayoría, son problemas relacionados con el acceso, comunicación y trato digno. Los problemas de acceso no se indagan en el instrumento actual del INDICAS. Lo más parecido es lo referente a los tiempos de espera, que no contemplan el tiempo invertido previamente en los traslados y en cómo se realizan los traslados. Algunos de los problemas que pueden existir en el proceso de comunicación se indagan en el INDICAS, pero el problema reside en cómo se preguntan, ya el instrumento lo hace solamente a través de preguntas referentes al grado de satisfacción con escalas establecidas. Lo mismo ocurre con los problemas de trato digno, en donde sólo se hace referencia al trato recibido en la unidad de atención, entendiendo la unidad como un todo.

Es por todo esto que debe ser una prioridad para el sistema de salud replantearse cómo se lleva a cabo la medición de la calidad interpersonal, concretamente la atención centrada en la persona dentro del proceso de atención. Es necesario incorporar estrategias de medición adecuadas y fiables en torno a la calidad interpersonal, ya que si no se mide adecuadamente, no se puede evaluar ni tomar decisiones oportunas y congruentes con las necesidades existentes, así como tampoco se pueden detectar áreas de mejora sustanciales. Es importante recalcar la importancia de la formación en torno a este tema en los servicios de primer nivel de atención, así como nuevamente enfocar los esfuerzos que se plantean en el actual PROSESA 2013-2018

## 10. RECOMENDACIONES

- Es necesario considerar la reforma del instrumento actual de medición de trato digno del INDICAS que se aplica en la consulta externa de los centros de primer nivel de atención, así como es necesaria la estandarización de su metodología. Lo anterior, dado que ya se conocen los sesgos que pueden estar originando los elevados porcentajes de satisfacción que se reportan.
- Es importante considerar la formación del personal adscrito a los centros de salud (médico y no médico) en materia de trato adecuado. Dada la relevancia y los múltiples beneficios en salud, de contar con una atención centrada en la persona.
- En vista de que se observó una mejor valoración de los dominios del trato adecuado en las personas que acuden a su control mensual con un sistema de citas, es importante valorar el instaurar este sistema en los demás centros de salud, con una óptima organización en la gestión de este sistema, todo con el fin de que la oportunidad en la atención médica sea equitativa y conforme a las necesidades de las personas.
- Es relevante rescatar una de las solicitudes realizada con mayor frecuencia por parte de los entrevistados, contar con atención psicológica o de acompañamiento en el proceso de su enfermedad.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998; 21:1414-1431.
2. Barcelo A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The Cost of Diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organ* 2003; 81:19-27.
3. Arredondo A. Diabetes: A Global Challenge with High Economic Burden for Public Health Systems and Society. doi:10.2105/ AJP.2012.301106).
4. Jiménez-Corona Aída, Aguilar-Salinas Carlos A, Rojas-Martínez Rosalba, Hernández-Ávila Mauricio. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Jul 20]; 55 (Suppl 2): S137-S143. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000800010&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800010&lng=es).
5. Saturno PJ. Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. *Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de Salud. Módulo 2: Conceptos básicos. Unidad temática 1. 2da Edición Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-752-3. Depósito legal: MU-1653-2008.*
6. Puentes E, Garrido F. Secretaria de Salud. Coordinación General de planeación estratégica. Dirección General de Información y Evaluación del desempeño. *Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no medicas de los usuarios de servicios de salud.* <http://dged.salud.gob.mx/interior/publi/docu/tratoadecuado.pdf> Revisado: Octubre 2014
7. Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB (2003) Health system responsiveness: concepts, domains and measurement. In Murray CJL, Evans DB (Eds) *Health systems performance*

- assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf> Revisado: Julio 2015
8. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. México: Sistema Integral de Calidad en Salud. Indicas en el programa Sicalidad. Disponible en: [http://dgces.salud.gob.mx/IndicasII/doctos/sist\\_Indicas\\_Sicalidad.pdf](http://dgces.salud.gob.mx/IndicasII/doctos/sist_Indicas_Sicalidad.pdf) Revisado: Octubre 2014
  9. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Programa de Acción Especifico 2007-2012. Sistema integral de calidad en salud Sicalidad. México 2008
  10. Fajardo G, Santacruz V. Evaluación de la calidad de los servicios de salud en México desde una perspectiva de salud pública. Revista CONAMED volumen 16, número 3, julio- septiembre, 2001 pág. 114-126
  11. Secretaría de Salud. La Calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. 12 años de experiencia. México 2012 Disponible en: [http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01A.pdf](http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01A.pdf) Revisado: Enero 2015
  12. Secretaría de Salud. Programa de Acción Especifico 2007-2012 Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). Documento de trabajo.
  13. Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Análisis del sistema Indica con proyección a la mejora de los servicios de salud. México 2005
  14. Observatorio de Calidad de la Atención y Seguridad del paciente OCASEP. Dgces.salud.gob.mx. México 2014 Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/> Revisado: Septiembre 2014
  15. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Sitio en internet. Disponible en: [http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce\\_salud/prosesa/pdf/programaD\\_OF.pdf](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programaD_OF.pdf). Revisado: Septiembre 2014

16. Dirección de Evaluación del Desempeño de los sistemas de Salud, Indicadores de resultado 2012. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/ecs.html> Revisado: Septiembre 2014
17. Gutiérrez JP, Rivera JA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca, México: Instituto nacional de Salud Pública, 2012 Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/> Revisado: Septiembre 2014
18. Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud Evaluación 2008. Disponible en: <http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/reporte-9junio.pdf> Revisado: Septiembre 2014
19. Valdés R, Molina J, et al. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Salud Pública Mex 2001; 43:444-454. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html> Revisado: Octubre 2014
20. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/estadistica/index.php?seccion=83> Revisado: Octubre 2014
21. King H, Aubert RE, Herman WH. Global Burden of Diabetes, 1995– 2025: Prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care 1998; 21 (9):1414-1431.
22. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Nota Descriptiva No.312. OMS; 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> Revisado: Septiembre 2014
23. International Diabetes Federation. Atlas de Diabetes. Update 2012. 5th edición. Disponible en:

[http://www.idf.org/sites/default/files/www\\_25610\\_Diabetes\\_Atlas\\_6th\\_Ed\\_S\\_P\\_int\\_ok\\_0914.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/www_25610_Diabetes_Atlas_6th_Ed_S_P_int_ok_0914.pdf) Revisado: Julio 2015

24. DeFronzo RA. Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. *Med Clin North Am* 2004; 88(4):787-835.
25. Donnelly R, Emslie Smith AM, et al. ABC of vascular disease: Vascular complications of diabetes. *BMJ* 2000; 320 (7245):1062-1066.
26. DiabetesUK. Diabetes in the UK 2010: Key statistics on diabetes. Diabetes UK; 2010. Disponible en: [http://www.diabetes.org.uk/Documents/Reports/Diabetes\\_in\\_the\\_UK\\_2010.pdf](http://www.diabetes.org.uk/Documents/Reports/Diabetes_in_the_UK_2010.pdf) Revisado: Octubre 2014
27. Córdova-Villalobos JÁ, Barriguete -Meléndez JA, Lara-Esqueda A, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Mex* 2008; 50:419-427.
28. Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso-Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S129-S136 Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/7Diabetes.pdf> Revisado: agosto 2015
29. Ortiz-Domínguez ME, Garrido-Latorre F, Orozco R, Pineda-Pérez D, Rodríguez-Salgado M. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. *Salud Pública Mex* 2011; 53(4):436-444 Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s4/a07v53s4.pdf> Revisado: agosto 2015
30. Puentes E, Ruelas E, et al. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Pública Mex*. 2005; 47 suplemento 1:S12-S21.
31. Sánchez C, Salado P. Evaluación del trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital general Zona 11 del IMSS. Universidad Veracruzana, Inst. De Salud Pública. 2009. 2014. Disponible

en: <http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/coleccion8MarthaSanchezCh.pdf>

Revisado: Septiembre 2014

32. Hamui S., Fuentes G. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. Universidad Nacional Autónoma de México, México 2013. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf> Revisado: Septiembre 2014.
33. Saturno PJ, Gutiérrez JP, et al. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
34. Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud. Reporte Nacional. Cuernavaca México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2014. Disponible en: <http://michoacanseguropopular.gob.mx/pdf/estudio/ESTUDIO%20SATISFACCION%202013.pdf> Revisado: Octubre 2014
35. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Management Vol. 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980
36. Kearley KE, Freeman GF, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. Br J Gen Pract 2001; 51:712-718.
37. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. Gen Intern Med 2005;20:226-233
38. Ortiz-Domínguez ME, Garrido-Latorre F, Orozco R, Pineda-Pérez D, Rodríguez-Salgado M. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. Salud Pública Mex 2011;53 suplemento 4:S436-S444
39. Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. Diabetes Care 2006; 29:1007-1011.

40. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. México: Secretaría de Salud, 2007. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/ProNaSa\\_2007-2012.pdf](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/ProNaSa_2007-2012.pdf)  
Revisado: Septiembre 2014
41. Secretaría de Salud. Programa de acción específico 2007-2012. Riesgo cardiovascular. México: Secretaría de Salud, 2008. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/riesgo-cardiovascular> Revisado: Octubre 2014
42. Secretaria de Salud. Sistema Nacional de Investigación en Salud. Directorio de Unidades Médicas del Sector Salud. Noviembre 2006. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/indicall.php?P=201401&N=00&G=TD&E%20=E00017&J=0&radiobutton=J&l=G1&C=0&V=0&Submit=Consultar>  
Revisado: Septiembre 2014
43. Secretaria de Salud. Sistema Nacional de Investigación en Salud. Directorio de Unidades Médicas del Sector Salud. Unidades que reportaron al sistema INDICAS II. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/consultarecibidas1.php> Revisado: Septiembre 2014.
44. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. México, D.F: SS-CNEGySR; 2007.
45. Aguilar N., Avelar P. Diagnóstico Integral de Salud Poblacional en Galeana Centro, Zacatepec Morelos 2014. Instituto Nacional de Salud Pública. México 2014.
46. Dirección General de Evaluación del desempeño. Evaluación Externa de SICALIDAD, 2012. Secretaría de Salud. [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion\\_programas/sicalidad.html](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/sicalidad.html). Revisado: Septiembre 2014
47. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública 2012.

48. Secretaría de Salud. Anuarios de morbilidad. Epidemiología Secretaria de Salud 2014. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>  
Revisado: Octubre 2014
49. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Estadística a Propósito del Día Mundial de la Diabetes. Noviembre 2013. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>. Revisado: Noviembre 2014
50. Hernández-Ávila M, Gutiérrez JP, et al. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Pública Mex 2013; 55 supl 2:S129-S136.
51. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud de las Américas, Indicadores Básicos 2014. OMS 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/angela/Downloads/basic-indicators-2014-esp.pdf> Revisado: Octubre 2014.
52. Consejo de la Comisión estatal de conciliación y arbitraje médico del estado de Nayarit. Evaluación del acto médico. Primera edición 2005. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/coesamed\\_nayarit/publicaciones/pdf/evaluacionactomedico.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/evaluacionactomedico.pdf) Revisado: Octubre 2014
53. Aguirre-Gas H. Calidad de la Atención Médica, op. Cit. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01D.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01D.pdf)  
Revisado: Septiembre 2014
54. R.W. Hoyer y Brooke B.Y. Hoyer. ¿Qué es calidad? Revista Quality Progress. Julio, 2001. Disponible en: <http://www.hacienda.go.cr/centro/datos/Articulo/Qu%C3%A9%20es%20calidad.pdf> Revisado: Octubre 2014
55. Saturno PJ. Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de Salud. Módulo 2: Conceptos básicos. Unidad temática 1. 2da Edición

Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-752-3. Depósito legal: MU-1653-2008.

56. Vértiz, J. Definición de calidad [apuntes] Curso de calidad de la atención en los servicios de salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México: Sede Tlalpan 2014-2015 [inédito] Basada en la definición de Lohr, K., Editor; Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare, Institute of Medicine (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I. Washington D.C.: National Academy Press. Págs. 20-25.
57. Aranguren E. A. y Rezzónico, R.A, Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la atención de la Salud. Curso de auditoría médica. Hospital Alemán 2010. Centro Editor de la Fundación Favaloro. Disponible en: [http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/calidad\\_de\\_la\\_atencion\\_medica%20%20Niotti.pdf](http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/calidad_de_la_atencion_medica%20%20Niotti.pdf) Revisado: Octubre 2014
58. Puentes E, Garrido F. Secretaria de Salud. Coordinación General de planeación estratégica. Dirección General de Información y Evaluación del desempeño. Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no medicas de los usuarios de servicios de salud. <http://dged.salud.gob.mx/interior/publi/docu/tratoadecuado.pdf> Revisado: Octubre 2014
59. Saturno PJ. Métodos de participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Participación activa y participación solicitada por el sistema. Gestión de quejas y reclamaciones. Manual del master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 7: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 35. Universidad de Murcia, 2008.
60. Rodríguez G, Gil F. Entrevista a profundidad\_\_Metodología de la Investigación Cualitativa, México. Editorial Aljibe 1997

61. Rincón Verdugo C, Arredondo Marín H. Convenio de Colaboración entre la UNAM, Facultad de Filosofía y Letras y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas de Bogotá- Colombia del Programa Alternativas Pedagógicas y Prospectiva Educativa en América Latina (APPEAL, México-Argentina-Colombia. 2010: 11-19
62. Bertaux, D. (1993). La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades. En J. Marinas y C. Santamarinas, La historia oral: métodos y experiencias (pp. 149-170). Madrid: Editorial Debate.
63. Subsecretaría de innovación y calidad. Secretaría de Salud. Salud: México 2004. 2da edición México 2005
64. Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Rev. Panam Salud Pública. 2006; 19(6):394–402
65. Ruiz Moral R *et al.* Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. Revista de atención primaria. Elsevier España. 2014; 44(1): 5-12
66. Gené Badia Joan, Costa Alcaraz Ana, García Vicente ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? 2008. Revista de atención Primaria. Valencia, España. Vol. 40 (2):97-9. Localizador web 217.164
67. Barquilla García A, Mediavilla Bravo J, et al. Recomendaciones de la Sociedad Americana de Diabetes para el manejo de diabetes mellitus. Rev. Med de Fam SEMERGEN. 2010; 36(7):386-391. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/40/40v36n07a13154406pdf001.pdf> Revisado: julio 2015
68. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2 en adultos en el primer nivel de atención. México: Secretaría de Salud 21/marzo/2013 disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
69. Comisión Nacional de protección Social en Salud. Catalogo Universal de Servicios de Salud CAUSES 2014. México

70. Valentine Nicole, Darby Charles, et al. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social Science & Medicine* 2008; (66) 1939-1950. Disponible en: <http://218.248.31.202/journal/article/J00000051.pdf> Revisado: julio 2015
71. Ciechanowski S, J. Kanton, E. Russo et al. The patient-provider relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 29-35. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.158.1.29> Revisado: julio 2015
72. Rodríguez Moran M, Guerrero Romero J. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud pública Méx* 1997, vol.39, n.1, pp. 44-47. ISSN 0036-3634. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36341997000100007&lng=en&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000100007&lng=en&tlng=pt). Revisado: julio 2015
73. Díaz A, Márquez C, Sighler S. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos de Medicina Familiar. México* 2007. Volumen 9(1) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf> Revisado: julio 2015
74. Meneu Ricard. La perspectiva de los pacientes. *Rev de Gestión clínica y Sanitaria. Valencia* 2002. Vol 4; núm 1 (3-4) Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion11.pdf> Revisado: Agosto 2015



## **Anexo 2. Guía de Entrevista a profundidad para personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2**

### **II. GUÍA DE LA ENTREVISTA**

Se propondrá a los entrevistados recordar la última vez que acudió a consulta a su Centro de Salud, se preguntará acerca de los recuerdos que guarda de esta experiencia, es importante que la entrevista siga un orden cronológico, por lo que los apartados en los que se dividirá la entrevista serán los siguientes:

#### 1. Perfil de las y los participantes.

- Edad, estado civil, escolaridad, etnia, ruralidad.
- Tiempo de padecer diabetes mellitus tipo 2 (¿desde hace cuánto tiempo tiene el diagnóstico? ¿Cómo se lo diagnosticaron? ¿Cuántas veces al año acude al control de su enfermedad? ¿El control lo realiza sólo en el centro de Salud? ¿Cuenta con Seguro Popular?)
- Presencia de otras enfermedades
- Motivo de asistencia a la consulta médica (¿control o algún problema en particular?)

#### 2. Acceso al Centro de Salud

- Antes de acudir al centro de salud para solicitar una consulta médica, ¿ha pensado que se puede encontrar con algún problema o dificultad en la búsqueda de esa consulta? ¿Por qué? ¿La ha tenido antes?
- ¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al centro de salud? ¿Qué transporte utiliza para llegar al centro de salud? ¿Acude acompañado (a) al centro de Salud? En relación con el (la) entrevistado (a), ¿parentesco de su acompañante?

- ¿Acude a consulta por las mañanas o por las tardes?, dicho turno: ¿lo tiene asignado? ¿estuvo en libertad de elegirlo? (En el caso de que no: ¿Está contento con el turno asignado?)

### 3. Recepción

- ¿A qué hora llega aproximadamente al centro de Salud? ¿hay más gente esperando? Si la hay, ¿Son mujeres, hombres o niños (as)? ¿Hay adultos mayores? ¿La gente acude con compañía?
- ¿Cuánto tiempo pasa aproximadamente desde que llegan al centro de salud, hasta que le otorgan su ficha o les dan cita?; ¿Durante este tiempo, en qué lugar espera?; ¿Son puntuales para iniciar la entrega de ficha/cita?; ¿Quién entrega las fichas/citas? ¿Cuántas fichas/citas dan a cada persona? En su experiencia, ¿Ha visto gente que se va sin recibir ficha/cita?; ¿puede elegir la hora de su consulta?; En el caso de que haya más de un médico en la unidad: ¿Puede decidir con cuál médico pasar a consulta? ¿En algún momento usted ha sentido la necesidad de solicitar el cambio del médico/médica que los atienden? ¿Por qué? ¿Qué sucedió?
- En su experiencia ¿Ha visto gente que se forma para después recibir pago por la ficha? ¿Ha visto preferencias para la entrega de fichas o citas, por parte del personal encargado? ¿Ha recibido mal trato por parte del personal que entrega las fichas?

### 4. Archivo

- ¿Ha tenido algún problema o conflicto ante la solicitud de su expediente?
- ¿Cómo considera el trato que recibe por parte del personal que se encuentra en esta área?

### 5. Espera

- ¿Qué problemas observan en las instalaciones del centro de salud? Incluyendo accesos, sala de espera, baños, consultorios, etc.
- ¿Considera las instalaciones limpias?
- ¿Considera a las instalaciones seguras?

- Durante esta espera ¿Se le permite estar acompañado por algún acompañante? ¿Piensa que es importante este aspecto?
- Durante esta espera ¿Se le permite ingresar e ingerir algún tipo de alimento? ¿Piensa que es importante este aspecto?

## 6. Consulta

- ¿Es importante que la enfermera o médico les hablen por su nombre o apellido?
- ¿Se le permite hablar durante la consulta acerca de su estado de salud? Durante la consulta ¿el médico le da oportunidad de que hable en más de una ocasión? ¿Cuándo acude a consulta el médico le realiza exploración? ¿Cuándo acude a visitas de control de su diabetes el médico le explora sus pies, la planta de los pies o sus uñas? En lo que va de este año ¿El médico ha revisado su ojo?
- ¿El médico le explica de manera clara y con un lenguaje sencillo sobre su problema o estado de salud? ¿sobre el tratamiento que debe seguir? ¿Le ha hablado de la Insulina? ¿Qué sabe de este tratamiento? ¿Le ha explicado las indicaciones o cuidados que debe seguir? ¿Qué le comenta respecto a su alimentación y al ejercicio?
- Durante la consulta médica, ¿usted es capaz de tomar alguna decisión, con respecto a estudios, tipos de tratamiento y/o vías de administración? ¿El médico le pregunta si están de acuerdo con la realización de estudios, tipos de tratamiento y/o vías de administración?
- ¿Se resolvió su problema de salud? ¿Tuvo la sensación de seguridad de que el médico sabía lo que hacía?
- ¿En algún momento ha sentido que el personal médico o no médico, han hecho pública la información que se maneja en la consulta, por ejemplo que hablen de su padecimiento sin ser discretos?
- ¿En algún momento algún médico o enfermera ha hecho algún comentario negativo u ofensivo acerca de sus creencias religiosas?

7. Farmacia

- Cuándo acude a solicitar su medicamento ¿Se le entrega completo? ¿Se lo han intentado cambiar por otro? ¿Qué hace cuando no lo tienen? ¿regresa por el medicamento, lo mandan a otro CS u Hospital para conseguirlo, lo compra aparte o no lo compra?
- ¿Se le especifica cuáles son los medicamentos que está recibiendo?
- ¿Cómo lo trata el personal que le hace entrega de los medicamentos? ¿Usted detecta algún otro problema en esta área?

8. Administración

- ¿Cómo consideran los horarios y días de atención?
- ¿Qué opina acerca del número de médicos y enfermeras del Centro de Salud?
- Opinión sobre las normas del Centro de Salud y su cumplimiento
- ¿Qué sugerencias haría usted en torno a la atención que reciben los pacientes con diabetes en el Centro de Salud?

9. ¿Existe algo que quiera comentar u agregar que no se le haya preguntado?

### Anexo 3. Dominios del Trato Adecuado y Proceso de atención

Dimensiones	Acceso al CS	Recepción	Espera	Consulta	Farmacia	Administración	
ANEXAS	Antes de acudir al centro de salud para solicitar una consulta médica, ¿ha pensado que se puede encontrar con algún problema o dificultad en la búsqueda de esa consulta? ¿Por qué? ¿La ha tenido antes?			¿Cuándo acude a consulta el médico le realiza exploración? ¿Cuándo acude a visitas de control de su diabetes el médico le explora sus pies, la planta de los pies o sus uñas? En lo que va de este año ¿El médico ha revisado su ojo? ¿Qué sabe de este tratamiento?			
Autonomía			Durante esta espera ¿Se le permite ingresar e ingerir algún tipo de alimento? ¿Piensa que es importante este aspecto?	Durante la consulta médica, ¿usted es capaz de tomar alguna decisión, con respecto a estudios, tipos de tratamiento y/o vías de administración? ¿El médico le pregunta si están de acuerdo con la realización de estudios, tipos de tratamiento y/o vías de administración?			
Trato digno		¿Cómo considera el trato que recibe por parte del personal que se encuentra en esta área? ¿Ha visto preferencias para la entrega de fichas o citas, por parte del personal encargado?		¿Es importante que la enfermera o médico les hablen por su nombre o apellido?	¿Cómo lo trata el personal que le hace entrega de los medicamentos? ¿Usted detecta algún otro problema en esta área?	Opinión sobre las normas del Centro de Salud y su cumplimiento ¿Qué sugerencias haría usted en tomo a la atención que reciben los pacientes con diabetes en el Centro de Salud?	
Confidencialidad		¿Ha tenido algún problema o conflicto ante la solicitud de su expediente?		¿En algún momento ha sentido que el personal médico o no médico, han hecho pública la información que se maneja en la consulta, por ejemplo que hablen de su padecimiento sin ser discretos?			¿Existe algo que quiera comentar u agregar que no se le haya preguntado?
Comunicación				¿Se le permite hablar durante la consulta acerca de su estado de salud? Durante la consulta ¿el médico le da oportunidad de que hable en más de una ocasión? ¿El médico le explica de manera clara y con un lenguaje sencillo sobre su problema o estado de salud? ¿sobre el tratamiento que debe seguir? ¿Le ha hablado de la Insulina? ¿Le ha explicado las indicaciones o cuidados que debe seguir? ¿Qué le comenta respecto a su alimentación y al ejercicio?	¿Se le especifica cuáles son los medicamentos que está recibiendo?		

Atención pronta	¿Cuánto tiempo tarda aproximadamente en llegar desde su casa al centro de salud? ¿Qué transporte utiliza para llegar al centro de salud?	¿A qué hora llega aproximadamente al centro de Salud? ¿Cuánto tiempo pasa aproximadamente desde que llegan al centro de salud, hasta que le otorgan su ficha o les dan cita? ¿Son puntuales para iniciar la entrega de ficha/cita? ¿Cuántas fichas/citas dan a cada persona? ¿Ha visto gente que se va sin recibir ficha/cita?			Cuándo acude a solicitar su medicamento ¿Se le entrega completo? ¿Se lo han intentado cambiar por otro? ¿Qué hace cuando no lo tienen? ¿Pregresa por el medicamento, lo mandan a otro CS u Hospital para conseguirlo, lo compra aparte o no lo compra?	¿Cómo consideran los horarios y días de atención? ¿Qué opina acerca del número de médicos y enfermeras del Centro de Salud?	
Acceso a redes sociales	¿Acude acompañado (a) al centro de Salud? En relación con el (la) entrevistado (a), ¿parentesco de su acompañante?	¿La gente acude con compañía?	Durante esta espera ¿Se le permite estar acompañado por algún acompañante? ¿Piensa que es importante este aspecto?	¿En algún momento algún médico o enfermera ha hecho algún comentario negativo u ofensivo acerca de sus creencias religiosas?			
Capacidad de elección	¿Acude a consulta por las mañanas o por las tardes?, dicho turno: ¿lo tiene asignado? ¿estuvo en libertad de elegirlo? (En el caso de que no: ¿Está contento con el turno asignado?)	¿Puede elegir la hora de su consulta? ¿Puede decidir con cuál médico pasar a consulta? ¿En algún momento usted ha sentido la necesidad de solicitar el cambio del médico/médica que los atienden? ¿Por qué? ¿Qué sucedió?					
Calidad de las comodidades básicas		¿Durante este tiempo, en qué lugar espera?	¿Qué problemas observan en las instalaciones del centro de salud? Incluyendo accesos, sala de espera, baños, consultorios, etc. ¿Considera las instalaciones limpias? ¿Considera a las instalaciones seguras?				

Fuente: Entrevistas a profundidad a personas con diabetes mellitus tipo dos en centros de salud del municipio de Cuernavaca, Morelos 2015

## Anexo 4. Comparación de las calificaciones de los dominios de Trato Adecuado

ENCUESTA	DOMINIOS CON BAJA CALIFICACIÓN	DOMINIOS CON ALTA CALIFICACIÓN
Encuesta INSP/OMS 2001 <sup>58</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Autonomía</u></li> <li>2. Capacidad de elección</li> <li>3. <u>Atención pronta</u></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trato digno</li> <li>2. Calidad de las comodidades</li> <li>3. Confidencialidad</li> </ol>
ENED 2002-2003 <sup>30</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacidad de elección</li> <li>2. Confidencialidad</li> <li>3. <u>Autonomía</u></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Comunicación</u></li> <li>2. Trato digno</li> <li>3. Calidad de las comodidades</li> </ol>
Salud: México 2004 <sup>63</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Atención pronta</u></li> <li>2. Calidad de las comodidades</li> <li>3. <u>Autonomía</u></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trato digno</li> <li>2. <u>Comunicación</u></li> <li>3. Confidencialidad</li> </ol>
ENSATA 2005 <sup>64</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Calidad de las comodidades</li> <li>2. Capacidad de elección</li> <li>3. <u>Autonomía</u></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confidencialidad</li> <li>2. Trato digno</li> <li>3. <u>Comunicación</u></li> </ol>
Evaluación Unidades de 1er nivel de atención 2008 <sup>18</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Atención pronta</u></li> <li>2. <u>Autonomía</u></li> <li>3. Calidad de las comodidades</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacidad de elección</li> <li>2. Trato digno</li> <li>3. Confidencialidad</li> </ol>

Fuente:

18. Dirección de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud Evaluación 2008.

30. Puentes E, Ruelas E, et al. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. Salud Pública Mex. 2005; 47 suplemento 1:S12-S21.

58. Puentes E, Garrido F. Secretaría de Salud. Coordinación General de planeación estratégica. Dirección General de Información y Evaluación del desempeño. Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no medicas de los usuarios de servicios de salud.

63. Subsecretaría de innovación y calidad. Secretaría de Salud. Salud: México 2004. 2da edición México 2005).

64. Puentes Rosas E, Gómez Dantés O, Garrido Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Rev. Panam Salud Pública. 2006; 19(6):394-402)