



Universidad Autónoma de Querétaro  
 Facultad de Medicina  
 Especialidad de Medicina Familiar

**CALIDAD DE ATENCIÓN MEDICA EN EL PACIENTE CON DIABETES  
 MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la  
 Especialidad en Medicina Familiar

**Presenta:**

Médico General: Isis Ix-chel Alvarez Rivas Solorio.

**Dirigido por:**

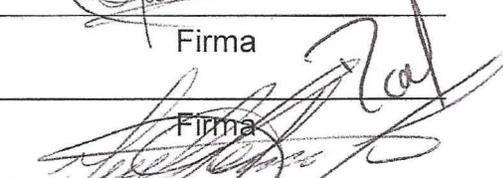
Med. Esp. Leticia Blanco Castillo.

**SINODALES**

Med. Esp. Leticia Blanco Castillo  
 Presidente

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma

Med. Esp. Patricia Flores Bautista  
 Secretario

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma

Dr. Guillermo Enrique Leo Amador  
 Vocal

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma

Med. Esp. Santiago Aritio Gómez  
 Rocha

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma

Suplente  
 M. en C. María Teresita Ortiz Ortiz  
 Suplente

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma

Méd. Esp. Javier Ávila Morales  
 Director de la Facultad de Medicina

  
Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña  
 Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario  
 Querétaro, Qro.  
 Febrero 2016  
 México.

## RESUMEN

**Introducción:** La calidad de la atención médica es imprescindible en los diferentes niveles de atención; en el primer nivel debe ser el pilar fundamental en la atención de enfermedades crónicas como la Diabetes tipo 2, la cual se ha convertido en un problema de salud pública en México ya que se conoce que sólo 1 de cada 4 pacientes se encuentran bajo control metabólico, presentando complicaciones de la enfermedad, incrementando el costo del tratamiento y convirtiéndose en un reto para el sistema de salud a nivel mundial. **Objetivo:** Determinar la calidad de la atención médica en el paciente con diabetes tipo 2 en el primer nivel de atención. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal, en médicos familiares de la UMF 16, ambos turnos y en pacientes que reciben atención en dicha institución. Realizado de febrero a octubre de 2015. Con n=225 pacientes, fórmula para población infinita. Muestreo por conveniencia. Se aplicó la cédula de evaluación de calidad de la atención en el primer nivel en el IMSS a 34 médicos y se cotejó el cumplimiento de 13 indicadores de proceso y 2 de resultados en expedientes electrónicos de 225 pacientes. Se aplicó estadística descriptiva, los resultados fueron plasmados con porcentajes. **Resultados:** De acuerdo al jefe, la oportunidad de la atención es de 73.52%, respeto a los principios éticos 84.02%, competencia profesional 60.9%. De acuerdo al subalterno, la oportunidad de la atención es 91.18%, respeto a los principios éticos 96.32%. La oportunidad de la atención de acuerdo a los pacientes es de 93.42%, la satisfacción es de 82.57%. De los 15 indicadores de proceso y resultado se encontró que el 44.9% se apegan a ellos. **Conclusiones:** De acuerdo a la cedula de calidad de la atención, la oportunidad de la atención es de 89%, la seguridad del paciente es del 79%, el respeto a los principios éticos es de 92%, la competencia profesional es de 65% y la satisfacción del paciente es de 81.5%. De acuerdo a los indicadores de resultado los pacientes que se encuentran cumpliendo las metas son en 67.5%

(Palabras clave: Calidad de la atención, Diabetes tipo2, indicadores)

## SUMMARY

**Introduction:** Quality of attention is essential at the different levels of care; on the first level should be the fundamental pillar in the care of chronic diseases such as type 2 diabetes, which has become a public health problem in Mexico since it is known that only 1 in 4 patients are under metabolic control presenting complications of the disease, increasing the cost of treatment and becoming a challenge for the health system worldwide. **Goal:** To determine the quality of medical care in patients with type 2 diabetes in primary care. **Material and methods:** Cross-sectional descriptive study on family physicians from the UMF 16, both shifts and on patients receiving care in this institution. Conducted from February to October 2015. With n = 225 patients, formula for infinite population. Convenience sample. The certificate of assessment of quality of care at the first level in the IMSS was applied to 34 doctors, the compliance of 13 process indicators and 2 results in electronic records of 225 patients were compare. Descriptive statistics were applied, the results were reflected in percentages. **Results:** According to the head, the opportunity of care is 73.52%, in relation to the ethical principles 84.02%, professional competence 60.9%. According to the deputy, the opportunity of care is 91.18%, in relation to the ethical principles 96.32 %. The opportunity of care according to the patients is 93.42%, satisfaction is 82.57%. Of the 15 process indicators and outcome was found that the 44.9% adheres to them. **Conclusions:** According to the certificate of quality of care, the opportunity of care is 89%, patient safety is 79%, the respect for ethical principles is 92%, professional competence is 65% and patient satisfaction is 81.5%. According to the outcome indicators patients who are accomplishing the goals are 67.5%

(Key words: Quality of care, type 2 Diabetes, indicators)

## DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mis padres por haberme forjado con valores y ser un modelo de ciudadanos a seguir.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a dios por nunca abandonarme y siempre ser la vela que guía mi camino, aun en mis decisiones erróneas.

A mis padres Bertha Alicia y Benjamín les agradezco por cuidarme desde mi primer aliento ,así como día a día en mi andar por la vida y el país; quienes me exhortan a continuar superándome aún en tiempos difíciles; por apoyarme económica, moral y físicamente en mi preparación académica así como darme su amor incondicional.

A mi hermano por ser siempre mi ejemplo a seguir y por estar constantemente al pendiente de mí aun en horas de la madrugada.

A mi cuñada Laura y a Helios por su apoyo y cuidar mis alegrías.

A mis profesoras Leticia Blanco Castillo y Luz Dalid Terrazas Rodríguez por dirigir mi paso por la residencia y por su apoyo total para poder finalizar este proyecto.

A mis abuelitas y todos mis tíos por siempre desear lo mejor para mí y así expresarlo.

A mis amigos que siempre están en contacto conmigo aun en la distancia, en especial a Jan, Jessica y Tomás.

A mis compañeros de la residencia por permitirme conocerlos, especialmente a mi guardia quienes compartieron su tiempo.

A Itazami y Jhenny por haber sido pieza fundamental para poder superar la prueba más difícil de la residencia, el servicio social.

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 OBJETIVO GENERAL	3
I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
I.1.2 Hipótesis de trabajo	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
II.1 Definición de calidad	4
II.2 Evaluación de calidad de la atención	6
II:3 Indicadores de calidad	11
II.4 Diabetes tipo 2	13
III. METODOLOGÍA	24
III.1 Diseño de la investigación	24
III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	25
III.3 Procedimiento o estrategia	26
III.4 Consideraciones éticas	27
III.5 Análisis estadístico	28
IV. RESULTADOS	29

V. DISCUSIÓN	46
VI. CONCLUSIONES	50
VII. PROPUESTAS	51
VIII. LITERATURA CITADA	52
ANEXOS	55

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
IV.1	Evaluación de la cedula de calidad de la atención por el jefe. Oportunidad de la atención y seguridad del paciente.	33
IV.2	Evaluación de la cedula de calidad de la atención por el jefe. Respeto a los principios éticos	34
IV.3	Evaluación de la cedula de calidad de la atención por el jefe. Competencia profesional	35
IV.4	Evaluación de la cedula de calidad de la atención por el jefe. Competencia profesional. Parte 2	36
IV.5	Evaluación de la cedula de calidad de la atención por el jefe. Competencia profesional. Parte 3	37
IV.6	Evaluación de la cedula de calidad de la atención por el subalterno. Oportunidad de la atención y seguridad del paciente	38
IV.7	Evaluación de la cedula de calidad de la atención por el subalterno. Respeto a los principios éticos	39
IV.8	Evaluación del paciente de la oportunidad de la atención, seguridad del paciente, respeto a los principios éticos.	40
IV.9	Evaluación de acuerdo a satisfacción del paciente	41
IV.10	Evaluación de acuerdo a satisfacción del paciente. Parte 2	42
IV.11	Indicadores de proceso	43
IV.12	Indicadores de proceso parte 2	44
IV.13	Indicadores de proceso y resultado.	45

## I. INTRODUCCIÓN

La Diabetes tipo 2 en la actualidad ya es considerada un problema de salud pública. A nivel mundial se conoce que existen 360 millones de personas con esta enfermedad, se calcula que para el 2030 se duplicará esta cifra. A nivel nacional en 2012, se habían diagnosticado 6.5 millones de personas (Hernández, 2012). Se ha estimado que la esperanza de vida de individuos con diabetes se reduce entre 5 y 10 años, la edad promedio de las personas que murieron por esta causa en 2010 fue de 66.7 años, lo que sugiere una reducción de 10 años (Hernández, 2013).

En la Ensanut 2012, se reportó que solo el 63% de pacientes con diabetes acudió a consulta con periodicidad y de estos pacientes no todos llevaron un seguimiento adecuado. Se tiene evidencia de que solo 1 de cada 4 pacientes se encuentra en control metabólico a pesar de que se encuentren bajo tratamiento médico. También se sabe que si se tiene un control metabólico estricto se pueden evitar desenlaces como complicaciones y muerte.

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 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012). Las complicaciones de la diabetes incrementan el costo del tratamiento para esta enfermedad por lo que el sistema de salud en México invierte 3 430 millones de dólares para el control de diabetes y sus complicaciones (Hernández, 2013).

Para que un paciente logre un control óptimo de niveles de glicemia se requiere de la conjunción de varios factores, intrínsecos que dependen del paciente, como el cambio de estilo de vida, su adherencia al tratamiento farmacológico, el ambiente que rodea tal como sus redes de apoyo, el acceso a los servicios de salud y de forma extrínseca la intervención del médico quien debe otorgar una atención médica de calidad.

De la atención médica se originan dos aspectos: el primero es la atención técnica, la cual es la aplicación de ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud. El segundo es la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente (Coronado, 2013).

La calidad de la atención médica se mide de forma integral de acuerdo a lo establecido por Avedis Donabedian, a través de indicadores de estructura, de proceso, de resultados, de acceso a los servicios y satisfacción del paciente. Los indicadores de estructura se refieren a instalaciones, recursos humanos y financieros. Los de proceso, son actividades relacionadas con la salud del paciente y pueden ser llevadas a cabo por el paciente o el médico, como tratamiento, rehabilitación, prevención. Los indicadores de resultado, son: el desenlace, la morbilidad, mortalidad o discapacidad (Revilla E, 2012). En fechas recientes dentro de la calidad se incluye el acceso, definiéndose como el logro de la atención de forma oportuna y la satisfacción del usuario en este caso el paciente (Calsbeek, 2013).

Medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque se ha comprobado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud (Serrano del Rosal, 2008).

Actualmente la mayoría de los estudios vigentes que evalúan la calidad de la atención médica en diabetes, se han realizado a través de indicadores de resultados, tomando en cuenta el control de parámetros bioquímicos como la Hemoglobina glucosilada, triglicéridos y colesterol. No obstante el paciente puede no tener un buen control glucémico por factores intrínsecos como falta de apego al tratamiento, entre otros aunque, la intervención del médico de primer nivel durante el proceso de atención médica sea de calidad. Es por ello que en este trabajo se pretende determinar la calidad de la atención médica en el primer nivel de atención durante el proceso, de forma tangible a través de indicadores denominados de proceso, de resultados, y mediante la opinión de los usuarios.

## I.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de la atención médica en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención

### I.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la calidad de la atención médica a través de las siguientes dimensiones:

- 1.- Oportunidad de la atención
- 2.- Seguridad del paciente
- 3.- Respeto a los principios éticos
- 4.- Competencia profesional
- 6.- Satisfacción del paciente
- 7.- Indicadores de proceso
8. Indicadores de resultado

## 1.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Ho: La calidad de la atención médica en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención es menor o igual al 30%.

Ha: La calidad de la atención médica en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención es mayor al 30%.

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### II.1 Definición de Calidad

La palabra calidad proviene etimológicamente del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. El diccionario de la Real Academia Española la define como «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor». En esta definición se concibe a la calidad como un atributo o característica que distingue a personas, bienes y servicios. Lift y Hunt en el contexto de salud la definen como el grado mediante el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos (Coronado, 2013).

La calidad de la atención médica es de acuerdo a la OMS, de forma generalizada, «el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (Fajardo, 2012).

La atención médica se define como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado. De esta atención se originan dos aspectos: el primero es la atención técnica, la cual es la aplicación de ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud. El segundo es la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente (Coronado, 2013)

Avedis Donabedian introdujo en 1966 el esquema tripartito en la atención médica: la estructura, el proceso y los resultados. A partir de sus trabajos de 1981

se inició la evaluación de la calidad de la atención médica, con base en la *teoría de sistemas*, mediante el análisis de la estructura disponible para otorgar la atención, el proceso mismo de la atención y sus resultados, para los cuales se seleccionan y organizan indicadores de calidad ( Revilla ,2012).

Los indicadores de la estructura son variables objetivas y cuantificables, que miden componentes necesarios para la buena calidad, pero no suficientes por sí solos para garantizarla; por ejemplo, instalaciones, todo tipo de materiales, recursos humanos y financieros y la estructura de la organización. Los indicadores de proceso se vinculan con lo que se hace por los pacientes en relación con el diagnóstico, otra forma de definir el proceso: una actividad relacionada con el cuidado de la salud llevada a cabo por un paciente, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención, etcétera. Dentro de calidad también se forma parte del proceso el acceso, el cual es el logro de la atención de salud oportuna y apropiada por los pacientes o afiliados de una organización de servicios de salud o médico (Revilla, 2012; Calsbeek, 2013).

Finalmente, se pueden definir los resultados (productos, desenlaces e impacto) como la consecuencia de poner la estructura y el proceso a trabajar para atender a los pacientes. El resultado también puede observarse como el estado de salud de un paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria. Los indicadores clásicos de los resultados son la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad (Jiménez, 2004).

Una parte fundamental sobre la calidad es la experiencia del paciente ("informe de observaciones de una inscripción del paciente o del y la participación en el cuidado de la salud, o la evaluación de cualquier cambio resultante en su salud ") y la estructura de cuidado ("una característica de una organización de servicios de salud o el médico relacionada con la capacidad de proporcionar atención médica de alta calidad (Calsbeek, 2013).

Se ha implementado evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios. El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene, al menos, una triple justificación: por un lado, desde la óptica de la participación social, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria. Por otro lado, en muchos ámbitos existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio, aportando a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas. Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud (Serrano del Rosal, 2008).

## II.2 Evaluación de Calidad en la atención

En el IMSS, en México, los trabajos en pro de la calidad de la atención médica se iniciaron en el Hospital «La Raza» *hacia 1956* mediante la revisión de expedientes clínicos y como resultado en el mismo año se obtuvo en la Subdirección General Médica con la edición del documento *Auditoría médica* que sirvió de inspiración a otras instituciones del sector salud para establecer sus propios instrumentos de autoevaluación (Revilla, 2012).

Posteriormente se forma el Sistema de Evaluación integral y mejora continua de la calidad de la Atención Médica dentro del IMSS definiendo la calidad de atención médica de la siguiente forma:

“Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional y seguridad, con respeto a los principios éticos de la práctica médica, tendente a satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas” (Revilla, 2012)

En el sistema de evaluación integral se evalúan los siguientes rubros:

*Oportunidad:* lleva implícito el compromiso de otorgar la atención médica en el momento que el paciente la necesita, para satisfacer sus necesidades de salud, sin tiempos de espera no justificados y sin diferimientos. (Revilla, 2012)

*Competencia profesional* del personal de salud, congruente con las necesidades de salud de los pacientes que se atiende, incluyendo su calidad científico-técnica, determinada por la vigencia de sus conocimientos médicos, sus habilidades para realizar los procedimientos requeridos y su experiencia, que le dé la capacidad de actuar y resolver situaciones imprevistas (Revilla, 2012)

Para el mantenimiento de la competencia profesional se dispone de programas de capacitación y actualización continua, cursos y congresos, de tal forma que sea factible para los profesionales de la salud alcanzar la certificación y recertificación requeridas por el Consejo de Especialidad correspondiente y sobre todo, el cumplimiento del compromiso moral y la responsabilidad legal que se asume con el paciente (Aguirre, 2008)

*Seguridad* en el proceso de atención, implica la ausencia de daño como consecuencia de la atención misma; que esté libre de riesgos, eventos adversos y que sea confiable.

Especial cuidado deberá tenerse con la identificación e informe de los eventos adversos ocurridos, tendentes a la puesta en práctica de acciones para su prevención y solución. Si bien un evento adverso puede ser justificable, su ocultamiento nunca lo es.

*Respeto a los principios éticos de la práctica médica*, partiendo del concepto de ética médica que la define como: la “disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”. Se propone considerar los siguientes principios: beneficencia, equidad, autonomía, confidencialidad, respeto a la dignidad, solidaridad, honestidad y justicia (Aguirre, 2008)

*Satisfacción de las necesidades de salud* del paciente, en congruencia con sus condiciones particulares y de la gravedad de su enfermedad, para estar en condiciones de ofrecer curación de la enfermedad, control del padecimiento, mejoría del paciente, paliación de sus síntomas, especialmente dirigida a quitarle el dolor y la angustia, el apoyo moral en las etapas terminales y, en su caso, una muerte serena, preferentemente en el ambiente familiar.

Desde el enfoque de la salud pública, la calidad de la atención incluye cobertura de la población, disminución de la morbilidad, disminución de la mortalidad e incremento en el tiempo y calidad de vida. Es relevante la desaparición y control de las enfermedades prevenibles por vacunación, la disminución de las secuelas y la prevención y rehabilitación de las discapacidades.

Una atención con calidad debería incluir invariablemente la *satisfacción de los usuarios* (pacientes y familiares), con los resultados de la atención y con la calidad de los servicios recibidos. Para lograr esta satisfacción debe tenerse en cuenta la accesibilidad de los servicios, la oportunidad de la atención en cuanto a tiempos de espera y diferimientos; la congruencia de las instalaciones con los servicios que se requiere otorgar; la suficiencia y capacidad profesional del personal, con el nivel de atención que se requiere otorgar y la suficiencia de los recursos materiales para otorgarla (Aguirre, 2008)

Se han realizado más recientemente algunos trabajos encaminados a calificar la calidad de la atención médica percibidos directamente en usuarios del

país como el llevado a cabo por Ramírez-Sánchez y colaboradores, quienes encontraron que el porcentaje más alto de percepción de buena calidad se presentó entre los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas (90%), seguido de las personas que acudieron a la Secretaría de Salud (82%), a otras instituciones públicas (81%), y por último los usuarios que recibieron atención en servicios de seguridad social (73.5%) obtuvieron la percepción más baja de calidad de la atención ( Revilla, 2012).

La calidad de la atención en salud no reside en una persona, dispositivo o unidad en particular, sino en las interacciones entre todos los componentes del sistema, así como de la promoción de intereses profesionales por parte de los servicios de salud, en las orientaciones a la educación y en el estímulo a la participación tanto de los integrantes del equipo médico como la corresponsabilidad de los usuarios (Fajardo, 2012)

En México, desde el año 2000 se ha enfatizado en establecer un programa de calidad en los servicios de salud federal, desde el primer nivel de atención y hasta los hospitales de alta complejidad.

A finales del 2010 se crea un programa que se denominó SI CALIDAD el cual tiene por objetivo contribuir a la mejora de los servicios de salud para impactar directamente sobre las condiciones en las que los usuarios del Sistema Nacional de Salud reciben atención. Dicho programa busca la participación de todas las instituciones de salud del país: ISSSTE, IMSS, Servicios de Salud de PEMEX, SEDENA y MARINA (Revilla, 2012)

Surge como una herramienta para llevar a cabo el Plan Nacional de Desarrollo 2007. Dentro de los indicadores más importantes que califica este programa están la evaluación de la calidad técnica de los profesionales de la salud bajo estándares convenidos; el monitoreo de la satisfacción de los usuarios a través de los Avaes Ciudadanos( los cuales son personas encargadas de recabar

encuestas de satisfacción de la atención); la revisión periódica de los expedientes clínicos; la vinculación con hospitales públicos de mediana y alta complejidad para la seguridad del paciente; la implementación de un programa de uso racional de medicamentos y la Acreditación de Unidades Médicas. (Revilla, 2012)

El Sistema ISO (*International Organization for Standardization*) surgió en 1947 como una necesidad de la industria para unificar las normas internacionales para asegurar y certificar la calidad de los procesos de producción de una empresa y estar en condiciones de garantizar la calidad de los artículos que se producen; en él se exige documentar gran parte de los procedimientos, que son parte del acervo de conocimientos que el personal médico y de enfermería debe tener al haber acreditado durante su formación en una profesión, una especialidad o la capacitación para el puesto específico, mediante los exámenes o las certificaciones de competencias correspondientes (Aguirre, 2008)

Se puede afirmar que una Certificación por el Sistema ISO es útil para acreditar que un servicio o unidad médica estén en condiciones de otorgar una atención de calidad, pero no la puede garantizar (Aguirre, 2008)

Es por ello la importancia de que las unidades médicas se encuentren certificadas para poder cumplir uno de los pilares de calidad que es garantizar que la estructura se encuentre en condiciones óptimas.

La declaración de las Américas de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud pone de relieve la importancia cada vez mayor que tiene la diabetes como causa de morbilidad y mortalidad de la población y menciona que a nivel de la política sanitaria, las comunidades deben promover la alimentación saludable y el ejercicio físico, con el objeto de prevenir la enfermedad; a nivel de los servicios de salud sugiere mejorar la calidad de atención así como velar por el acceso a la insulina, para prevenir las complicaciones en los pacientes diabéticos. (Zarate, 2012)

### II.3 Indicadores de Calidad

Los indicadores de calidad de la atención clínica se pueden agrupar en proceso, el acceso, el resultado, la estructura, opinión del paciente.

Se han realizado diversos estudios en los que se mide la calidad de la atención en el paciente con diabetes, existe un estudio donde se realizó una revisión sistemática de la literatura científica indexada, donde se encontró que son 10 los indicadores internacionales medidos con mayor frecuencia en los estudios analizados, los cuales fueron en su mayoría de proceso y resultados, siendo los siguientes:( Calsbeek, 2013)

1. Glucosa en sangre (resultados)
2. Control del colesterol (proceso)
3. Control de glucosa en sangre (proceso)
4. Metas de colesterol (resultados)
5. Presión arterial (resultados)
6. Examen de fondo de ojo (proceso)
7. Examen de pies (proceso)
8. Medición de la presión (proceso)
9. Test de orina (proceso)
10. Consejería estilo de vida

Sin embargo en la revisión se concluye que se debe emplear métodos más rigurosos para la selección de los indicadores de calidad, ya que es difícil comparar los estudios debido a que se utilizan diferentes indicadores de calidad. (Calsbeek, 2013)

Para las evaluaciones de calidad en la atención de diabetes, se incluyen indicadores de procesos y de resultados bajo la suposición de que están vinculados a los resultados de salud posteriores.

La medición de los indicadores de proceso denota lo que se hace realidad para el paciente como mediciones regulares de A1C [HbA1c] o prescripciones de IECA en la presencia de una indicación específica. Indicadores de resultados, refleja el estado de salud del paciente como consecuencia de la atención prestada, incluyen mediciones de laboratorio, señales físicas o síntomas.

Aunque los indicadores de resultado y proceso son ampliamente utilizados por muchas organizaciones en todo el mundo, para medir la calidad de la atención, no está claro si los indicadores seleccionados, que suelen incluir proceso y medidas de resultado, realmente reflejan la calidad de la atención entregada y a largo plazo complicaciones. Indicadores de resultado han sido criticados porque pueden ser afectados por factores ajenos a la calidad de la atención, tales como las características del paciente y actitudes. Sin embargo, las medidas de proceso por si solos, no describen completamente del todo el proceso de atención. Como un ejemplo, las pruebas regulares de los niveles de HbA1c no asegura que el médico ajustara el manejo medico de forma adecuada ante cifras elevadas de glucemia.

Además, los resultados positivos en el corto plazo podrían dejar de ser sostenidos durante largo tiempo, incluso en la presencia de indicadores científicamente validados. De hecho, aunque se encuentren ampliamente utilizados, no está claro en qué medida el proceso y medidas de resultados son capaces de predecir los efectos a largo plazo en la salud de los pacientes (Brancati, 2013).

## II.4 Diabetes Tipo 2

En el mundo existen 170 millones de personas afectadas por diabetes tipo 2 que se calcula se duplicaran en el 2030. Para ese año se calcula en América latina un incremento de 148% de los pacientes con diabetes. En México se estima que hay 6.8 millones con esta enfermedad y que su incremento para ese mismo año será del 175% lo cual es superior al del resto de América Latina. En un estudio reciente se demostró que la prevalencia acumulada( casos diagnosticados y no diagnosticados) aumentara de la que se tiene registro en 2010 que fue de 14% a 21% para el año 2025; además también se demostró que las intervenciones pueden reducir pero no eliminar la prevalencia fue así como a partir de los años 60, la Diabetes mellitus, comenzó a ubicarse dentro de las primeras causas de muerte en México, décadas más tarde, en los 80s comienza a colocarse específicamente dentro de las primeras diez, avanzado en 20 años hasta convertirse en la tercera causa de muerte para el 2000 y desplazando en el 2004 a los tumores malignos que se encontraban en el segundo lugar, siendo actualmente la segunda causa de muerte, con una mortalidad de 74 por cada 100 mil habitantes.(Revilla , 2012).

En México en el 2012 se detectaron 418 794 pacientes con reciente diagnóstico de DM2, de los cuales 5 536 fueron casos nuevos detectados en Querétaro, 1 942 pacientes atendidos por el IMSS, para el 2015 se han detectado a nivel estatal 4 648 casos nuevos, se tiene el registro en la UMF 16 de que hay un total 7 449 pacientes con esta enfermedad (Hernández, 2012; Boletín epidemiológico, 2016).

Se conoce que la neuropatía se presenta en el 50% de los casos y que ésta aumenta con la duración y el grado de descontrol metabólico, se estima que entre un 60 y 70% de los diabéticos tiene un daño moderado o severo. El pie diabético es de las principales causas de hospitalización y el 70% de estos casos termina en

amputación. La diabetes es responsable del 60% de los individuos con insuficiencia renal terminal, seguida de la hipertensión arterial. Considerando la cifra reportada por la ENSANUT para diabetes y señalando que el 30% presenta un problema renal, se estima que aproximadamente dos millones de estas personas desarrollarán nefropatía y 300,000 terminarán en insuficiencia renal terminal. La diabetes se ve asociada también con alteraciones macrovasculares que pueden clasificarse como enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral y claudicación vascular intermitente, la complicación crónica más frecuente es la enfermedad cardiovascular aterosclerosa, incluyendo la enfermedad coronaria, la cerebrovascular y la vascular periférica, siendo ésta la primera causa de muerte en diabéticos.

Los pacientes con diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus 2 tienen una prevalencia de retinopatía diabética de entre 16% a 21%; de nefropatía diabética entre 12 y 23%, neuropatía diabética entre 25% y 40%.

En la encuesta nacional en salud realizada en el 2012 se analizaron indicadores relacionados con la calidad de la atención médica en pacientes con diabetes, reportándose que un porcentaje pequeño de diabéticos tiene una vigilancia estricta del control metabólico, con determinación de glucosa en sangre el 21.7% y de Hemoglobina glucosilada el 7.7%. La revisión oftalmológica fue referida únicamente por 8.6% y la de pies por 14.7%. Los valores recomendados para las acciones antes descritas es de 100%. Únicamente 1 de cada 4 pacientes estaba en control metabólico al momento de la encuesta. También se encontró que el 24.7% estaba en riesgo alto (HbA1c entre 7% y 9%) y 49.8% en riesgo muy alto (HbA1c > 9%) de padecer las complicaciones del padecimiento.

Las cifras de HbA1c disminuyeron en promedio en 2.4%; esta reducción se traduce a largo plazo en importantes beneficios de prevención, ya que se evitaron 6 577 casos de infarto al miocardio(al primer año de seguimiento) y 1 316 casos al segundo año y, 5 262 y 3 946 casos de amputaciones, respectivamente.

Aunque las cifras indican que una proporción importante de personas que tienen un diagnóstico de diabetes está fuera de control metabólico a pesar de estar

recibiendo medicamentos, se documenta un avance importante con respecto a 2006.

Del 100% de cumplimiento esperado en los indicadores del proceso, en el indicador global de calidad de la atención se detectó un cumplimiento promedio en 31.9% de los indicadores de proceso. Los pacientes que reciben atención en el IMSS tuvieron una mejor calidad (35.9%) que aquéllos que acuden al Seguro Popular (29.1%) y a servicios privados (24.6%)(ENSANUT,2012)

La detección y control de pacientes con Diabetes Mellitus es responsabilidad del primer nivel de atención, cuyas funciones incluyen introducirlos al sistema de salud, iniciar el tratamiento temprano, evitar complicaciones y tener capacidad de referencia oportuna hacia otros niveles de atención (Calsbeek H, 2013)

Resulta evidente que para lograr tal propósito, estas unidades deben contar con personal de salud capacitado, equipamiento e insumos suficientes y adecuados, así como un sistema de información funcional y actualizada.

El conocimiento que se tiene actualmente de todas las enfermedades, desde su etiología, los factores de riesgo que las desencadenan, las pruebas que se han desarrollado para su diagnóstico, es el resultado del trabajo realizado por siglos, el cual sería imposible generar sin antecedentes o precedentes. Se tiene la información debido al trabajo de investigadores que se han dado a la tarea de llevar un registro de lo que al pasar de los años han observado, experimentado, confirmado y creando de esta forma referencias históricas.

La Diabetes mellitus 2 representa una enorme carga económica para los sistemas nacionales de atención de la salud teniendo un impacto en la economía, nacional y familiar. Los costos médicos directos consisten en los recursos que se utilizan para controlar la enfermedad. Los costos indirectos incluyen la pérdida de productividad causada por la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Además, los costos se refieren a la reducción de la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de evaluar y

mejorar permanentemente la atención de los pacientes con DM tipo 2. Se ha demostrado que un buen control de la presión arterial y glucosa reduce de forma significativa las complicaciones cardiovasculares entre los pacientes con DM tipo 2], lo que indica que la atención al paciente eficaz puede reducir significativamente las consecuencias perjudiciales asociados con esta enfermedad (Serrano del R, 2008)

Actualmente existe evidencia científica que apoya que el cuidado preventivo y el tratamiento adecuado de los pacientes diabéticos disminuyen la progresión a complicaciones y el riesgo de enfermedades asociadas. Para dar una atención con calidad a este tipo de pacientes, se han desarrollado guías de tratamiento de diversas organizaciones como la ADA y la OMS, además se han elaborado indicadores que permiten medir la calidad de la atención. Se necesita una buena calidad en la atención en los pacientes con diabetes.

Para ello deben realizarse acciones en los pacientes y realizar exámenes de indicadores de acuerdo a lo que recomiendan las guías internacionales de diabetes; las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes 2014 son las siguientes: (Iglesias, 2014)

Se recomienda la determinación de HbA1c al menos dos veces al año en pacientes que han conseguido los objetivos de tratamiento, y cuatro veces al año en pacientes en los que ha habido cambios de tratamiento o no están en objetivos glucémicos.

Reducir la HbA1c por debajo o alrededor de 7 % ha demostrado disminuir las complicaciones microvasculares de la DM y, si se aplica precozmente tras el diagnóstico, se asocia con una disminución de enfermedad macrovascular a largo plazo. Por ello, un objetivo razonable en adultos es HbA1c < 7 %.

Se podrían sugerir objetivos más rigurosos de HbA1c (< 6,5 %) en pacientes seleccionados, como aquellos con DM de corta evolución, esperanza de vida larga y ausencia de ECV, siempre que se consigan sin hipoglucemias significativas u otros efectos adversos del tratamiento. Objetivos menos rigurosos de HbA1c (< 8 %) pueden ser apropiados para pacientes con historia de hipoglucemias severas,

esperanza de vida limitada, complicaciones avanzadas micro o macrovasculares, comorbilidad y aquellos con DM de muchos años de evolución, en los que el objetivo general es difícil de lograr a pesar de la educación para el autocuidado, la monitorización adecuada de la glucemia y del tratamiento con dosis eficaces de múltiples agentes hipoglucemiantes, incluyendo la insulina.

El objetivo de PA sistólica (PAS) debe ser  $< 140$  mmHg y el de PA diastólica (PAD)  $< 90$  mmHg.

Objetivos más estrictos (PAS  $< 130$  mmHg) pueden plantearse en determinados pacientes, especialmente los más jóvenes, siempre que se consigan sin excesiva carga de tratamiento.

Se recomienda realizar un perfil lipídico, al menos una vez al año, en la mayoría de los pacientes con DM.

Los niveles de triglicéridos deseables son  $< 150$  mg/dl, y de c-HDL,  $> 40$  mg/dl en los hombres y  $> 50$  mg/dl en las mujeres.

En los pacientes con DM2, debe realizarse una exploración oftalmológica completa con dilatación pupilar en el momento del diagnóstico. En los pacientes con DM1, el examen debe hacerse dentro de los cinco primeros años tras el diagnóstico.

Si no hay evidencia de retinopatía en una o más exploraciones, es suficiente realizar el seguimiento cada año. Si se objetiva algún grado de retinopatía, debe repetirse anualmente, y si la alteración es progresiva, pueden requerirse revisiones más frecuentes.

Dentro de las recomendaciones de la Guía de práctica clínica debe tomarse en cuenta en el seguimiento de los pacientes con diabetes lo siguiente:

Para el control glucémico debe solicitarse: Glucosa plasmática en ayuno, glucosa a las 2 hrs posprandial, hemoglobina glucosilada determinada al menos dos veces al año. Realizar el automonitoreo del paciente de la glucosa capilar.

En pacientes adultos se debe realizar anualmente determinación de perfil de lípidos y repetirse al menos cada 2 años.

Debe calcularse el riesgo cardiovascular y en caso de sospecha de cardiopatía isquémica solicitar electrocardiograma de 12 derivaciones, radiografía de tórax.

Los valores de lípidos que deben mantener los adultos con bajo riesgo cardiovascular:

Colesterol LDL < 100 mg/dl, Colesterol HDL >50 mg/dl, triglicéridos <150 mg/dl

Realizar anualmente excreción urinaria de albumina y al inicio del diagnóstico.

La medición sérica de creatinina deberá ser al menos anualmente, además de registrar la tasa de filtración glomerular.

La detección y control de la diabetes tipo 2 debe ser responsabilidad del primer nivel de atención, cuyas funciones incluyen introducirlos al sistema de salud, iniciar el tratamiento temprano, evitar complicaciones y tener capacidad de referencia oportuna hacia otros niveles de atención. Resulta evidente que para lograr tal propósito, estas unidades deben contar con personal de salud capacitado, equipamiento e insumos suficientes y adecuados, así como un sistema de información funcional y actualizada (Wens, 2007)

La calidad de la atención de salud recibe actualmente gran importancia; debido a que la atención médica debe ser segura, eficaz, eficiente y aceptable para los pacientes. Pacientes con enfermedades crónicas como los portadores de diabetes mellitus, requieren de un manejo multidisciplinario y un seguimiento riguroso.

Debido a que la incidencia de diabetes va en aumento representa para los trabajadores de la salud de atención primaria un reto ya que estos pacientes deben, recibir una atención eficaz y apropiada.

En la práctica clínica, para dar un manejo a la enfermedad se busca mejorar la calidad de la atención mediante la educación a los pacientes y el apego a las

guías de práctica clínica, para saber qué tan eficaz está siendo este proceso es esencial realizar evaluaciones del mismo. Hay evidencia de variaciones regionales en el manejo de la diabetes en diferentes centros de atención primaria dentro de un mismo país. Lo anterior se puede atribuir a diferentes barreras como aspectos conductuales de los pacientes y las directrices que siguen los proveedores de atención de la salud (Ulrike,2008).

Por tal motivo surge la pregunta de: ¿Cuál es el mejor método para medir la calidad de la atención para los pacientes diabéticos en atención primaria?

La medición de la calidad de la atención a pacientes crónicos, el de las personas con diabetes en particular, no es una tarea fácil. La trampa para cada sistema de medición de la calidad es que se centran en lo que es fácil de medir, mientras que podría no ser el más aspecto importante de la atención.

Los indicadores de resultados, como el estado clínico de las personas con diabetes, mortalidad o las principales complicaciones son difíciles de usar porque este resultado está sujeto a la influencia de la casuística y otros factores fuera del control de profesionales de la salud.

Una forma de evaluar la calidad de atención es el uso de indicadores de calidad.

Un indicador de calidad es un elemento sujeto a mediciones de la práctica para la que hay evidencia o consenso que puede ser utilizado para evaluar la calidad, y por lo tanto cambiar la calidad, de la atención prestada.

En la actualidad, todavía no hay acuerdo internacional sobre lo que son o deberían ser indicadores de calidad para diabetes, y cuáles de ellos son necesarios y requeridos para evaluar el desempeño de los prestadores de servicios de salud. Se ha prestado recientemente la atención sobre los métodos de desarrollo de las guías para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la detección de las complicaciones de diabetes, prestando menos atención a la del desarrollo de indicadores de calidad.

Un grupo de investigadores en Bélgica realizaron un proyecto presentando un estudio de guías para la diabetes de la que se extraen un conjunto de indicadores de proceso. El método utilizado en este estudio fue una revisión de la Guías de práctica clínica para el proceso de atención. El estudio trató de responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué indicadores relacionados con diabetes mellitus tipo 2 se han publicado desde 1993 hasta las vigentes, para evaluar la calidad de proceso y el resultado? Las guías para el proceso y resultado tomadas en cuenta fueron las de los países de Bélgica, Países Bajos, Alemania, Francia, Reino Unido y Luxemburgo.

Las guías fueron evaluadas de forma independiente por dos investigadores, K. Dirven y J. Wens. En la evaluación, los investigadores utilizaron el instrumento AGREE que se encuentra validado para evaluar guías de práctica clínica.

Los indicadores de proceso establecen "¿quién hace qué, cuándo y con qué frecuencia?" Y los indicadores de resultado estipulan: "los resultados de las intervenciones"(Ortiz, 2011; Vrca-Botica, 2007)

Wens y Dirven proponen 34 indicadores validados del proceso de atención, que están garantizando el proceso y se asocia con un resultado final. Se clasifican en cinco temas de seguimiento de la siguiente manera:

- 1) Control de la glucemia - 14 indicadores
  1. Los pacientes deben tener (al menos) una revisión anual (Proceso)
  - 2 Los pacientes deben recibir evaluación y asesoría periódica del estilo de vida (Proceso)
  - 3 Los pacientes deben tener una medida regular de su concentración de HbA1c (Proceso)
  - 4 Los pacientes que no alcanzan su objetivo de HbA1 c bajo monoterapia con antidiabéticos orales deben recibir terapia en combinación (Proceso)
  - 5 Los pacientes deben recibir consejos de estilo de vida (Proceso)

- 6 Evitar una hipoglucemia grave (Proceso)
- 7 Los pacientes deben recibir educación sobre la diabetes de forma continua (Proceso)
- 8 Los pacientes deben tener un objetivo de concentración c HbA1 (Proceso)
- 9 Pacientes que no alcanzan su objetivo HbA1 c bajo tratamiento no farmacológico debe recibir Antidiabeticos orales (ADO) en monoterapia (Proceso)
- 10 Los pacientes que no alcanzan su objetivo HbA1 c bajo terapia óptima combinación ADO deberían recibir el tratamiento con insulina (Proceso)
- 11 Los pacientes deben recibir asesoramiento sobre la actividad física (Proceso)
- 12 Los pacientes en tratamiento con insulina deben recibir educación sobre el monitoreo de glucosa en sangre y autocuidado (Proceso)
- 13 Se debe realizar automonitoreo de glucemia capilar (Proceso)
- 14 Debe ser proporcionada anticoncepción a pacientes de sexo femenino (Proceso)
- 2) La detección temprana de complicaciones glucémicas- 2 indicadores
  - 15 Los pacientes deben tener evaluación oftalmológica (Proceso)
  - 16 Los pacientes deben someterse a un examen de pie diabético regular (Proceso)
- 3) Tratamiento de las complicaciones - 4 indicadores
  17. Los pacientes con microalbuminuria o proteinuria deben recibir tratamiento Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) , a menos que presenten estenosis de la arteria renal bilateral significativa (Proceso)
  18. Los pacientes deben recibir educación sobre cuidados del pie (Proceso)

19 Pacientes con pie diabético / pie de Charcot deben recibir un tratamiento adecuado (de liberación de presión, revascularización, antibióticos, la resección del tejido necrótico, amputación, etc.)(Proceso)

20 Pacientes con retinopatía diabética deben recibir un tratamiento adecuado (tratamiento conservador, la coagulación con láser, la vitrectomía, la extracción de cataratas) (Proceso)

#### 4) Enfermedades cardiovasculares - 11 indicadores

21 Los pacientes con enfermedad cardiovascular deberían estar en tratamiento hipolipemiante (Proceso)

22 El tratamiento a largo plazo debe considerarse después de un Infarto Agudo al Miocardio (IAM) (como agentes betabloqueantes, IECA, medicamentos depresores de lípidos y la terapia de anticoagulación) (Proceso)

23 Los pacientes con Evento Vascular Cerebral (ECV) deben recibir un tratamiento adecuado (betabloqueantes, IECA, antiagregantes, terapia hipolipemiante, de acción prolongada antagonista de los canales de calcio.)(Proceso)

24 Los pacientes deben recibir tratamiento intensivo con insulina después de un proceso de IAM. (Proceso)

25 Pacientes con cierto riesgo cardiovascular deben recibir un tratamiento adecuado (médico) (Agentes beta-bloqueantes, IECA, la terapia hipolipemiante, de acción prolongada antagonista de los canales de calcio,) (Proceso)

26 Los pacientes con hipertensión deben recibir un tratamiento antihipertensivo adecuado (Beta-bloqueante ± baja dosis de tiazida, IECA inhibidor, antagonista del receptor de la angiotensina II, de acción prolongada antagonistas canales de calcio) (Proceso)

27 Los pacientes deben tener una presión arterial deseada (Resultado)

28 Los pacientes deben tener una revisión periódica de los factores de riesgo cardiovascular. (Proceso)

29 Los pacientes deben recibir asesoramiento para dejar de fumar (Proceso)

30 Los pacientes deben tener una evaluación de su perfil lipídico (en ayunas, si es posible) al momento del diagnóstico (como parte de la detección de factores de riesgo cardiovascular) (Proceso)

31 El consumo de tabaco de los pacientes debe monitorizarse (Proceso)

5) Calidad de vida - 3 indicadores

32 Los pacientes deben ser evaluados regularmente para detectar problemas psicosociales (Proceso)

33 Profesionales de la salud deben ser conscientes de los efectos potenciales de los acontecimientos de la vida sobre el estrés y autocuidado (Proceso)

34 Los pacientes deben ser conscientes y recibir tratamiento para problemas psicosociales (Proceso) (Wens, 2007)

### III. METODOLOGIA

#### III.1 Diseño de la investigación:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes con diabetes tipo 2 adscritos a la UMF16 IMSS, delegación Querétaro del turno matutino y vespertino, en el periodo de enero-octubre del 2015.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula para estudios descriptivos.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$
$$N = \frac{(1.64)^2 (0.3)(0.7)}{(0.05)^2} = 225$$

n= Tamaño de la muestra que se requiere

p =Proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio (0.3)

q=1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio) (0.7)

d=Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar (0.05)

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, de cada consultorio se eligieron 7 pacientes que acudieron a consulta, que cumplieran con los criterios de selección hasta completar la muestra.

Se incluyeron pacientes subsecuentes con diagnóstico de Diabetes tipo 2 adscritos a la UMF 16 de ambos turnos que aceptaron responder la cédula de evaluación, que acudieron durante un año a consulta con el médico familiar, previo consentimiento informado.

Se excluyeron expedientes clínicos, de pacientes que fueron vistos por más de dos médicos durante el último. Se eliminaron los expedientes de pacientes que

perdieron derechohabencia, que no proporcionaron su nombre correcto y que la asistente médica o el jefe directo no llenaron correctamente la cédula de evaluación.

### III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición:

Las dimensiones que se emplearon fueron: **oportunidad de la atención**, que implica tiempos de espera menores a 30 minutos en sala de espera, que el médico no exceda los 15 minutos para ingresar a su trabajo; **seguridad del paciente**, implica el cumplimiento de metas internacionales como el lavado de manos, interrogar eventos adversos de medicamentos, así como alergias a medicamentos antes de una nueva prescripción; **respeto de los principios éticos**: engloba el trato digno, hacia el personal de salud y sus compañero de trabajo así como los principios de beneficencia, equidad, autonomía, respeto, dignidad y justicia. **Competencia profesional**: Incluye la calidad científico- técnica del profesional de la salud determinada por los conocimientos médicos, actualización, certificación por el consejo de la especialidad correspondiente. **Satisfacción del paciente**: Es la percepción del paciente en la relación interpersonal con el médico, el control de su padecimiento y la comunicación con el mismo.

Para las variables de indicadores de proceso, se evaluó el cumplimiento de 15 indicadores internacionales que revelan, calidad en la atención de diabetes, 13 de proceso y dos de resultados; los cuales fueron obtenidos por una publicación de dos investigadores expertos en el tema, quienes a través de buscadores científicos, de organizaciones como la Asociación Americana de la Diabetes (ADA) y la OMS y los diferentes sitios web de Bélgica y los países vecinos Francia, Alemania, Luxemburgo, los Países Bajos el Reino Unido, agruparon 125 guías de práctica clínica de control de diabetes, a las cuales se les aplicó el instrumento AGREE, que es de evaluación metodológica de guías de práctica clínica, validado de forma internacional; se seleccionaron las guías que tenían una puntuación de 15-18 ítems. De esas guías solo se seleccionaron los indicadores con un nivel de evidencia I o A, sólo los indicadores de calidad con un OR de 0,50 se mantuvieron.

Estas variables que miden indicadores de procesos y resultados son: 1) Los pacientes deben tener una evaluación de su perfil lipídico (en ayunas, si es posible) al momento del diagnóstico (como parte de la detección de factores de riesgo cardiovascular. 2) Los pacientes deben tener evaluación oftalmológica anual.3) Los pacientes deben tener un objetivo de concentración HbA1c. 4) Los pacientes deben tener una medición regular (cada 3 meses) de su concentración de HbA1c. 5) Los pacientes deben someterse a un examen de pie diabético regular. .6) Los pacientes deben tener una revisión periódica de los factores de riesgo cardiovascular.7) Los pacientes que no alcanzan su objetivo HbA1 c bajo terapia óptima de combinación de antidiabéticos orales, deberían recibir el tratamiento con insulina. 8). El consumo de tabaco de los pacientes debe monitorizarse. 9) Los pacientes con micro albuminuria o proteinuria deben recibir tratamiento IECA, 10) Los pacientes deben recibir educación sobre cuidados del pie. 11). Los pacientes con enfermedad cardiovascular deben estar en tratamiento hipolipemiente.12).Los pacientes deben ser evaluados regularmente para detectar problemas psicosociales.13) Los pacientes deben recibir asesoramiento para dejar de fumar.14).Los pacientes deben tener una presión arterial deseada (sistólica < 140 y diastólica < 90, < 130 sistólica en pacientes jóvenes) 15. Los pacientes deben cumplir su objetivo de hemoglobina glucosilada.

### III.3 Procedimiento o estrategia

Se llevó a cabo la solicitud de la autorización por comité local, posterior a obtenerla se procedió a recolectar la muestra, acudiendo a la UMF 16 y seleccionando a los pacientes que acudían a consulta y eran portadores de Diabetes tipo 2 sin importar el tiempo de diagnóstico, de ambos turnos.

Se solicitó la autorización a los pacientes, asistentes y jefes inmediatos para aplicar la encuesta que se utiliza en el programa de reconocimiento a la atención de calidad de los Médicos y que contempla las diferentes dimensiones que son: Oportunidad de la atención, seguridad del paciente, respeto a los principios éticos,

competencia profesional y satisfacción del paciente. Esta encuesta consta de 45 preguntas con respuestas dicotómicas, "sí" y "no", con tres apartados que deben ser contestados de acuerdo a lo que evalúa el paciente, el subalterno y el jefe inmediato. A cada respuesta sí se le asignan dos (2) puntos y a cada respuesta no se designa un (1) punto.

Al final se suman todas las respuestas que sean "sí" y se multiplican por dos (2), se suman todos los "no" y se multiplican por uno (1), finalmente se suman los dos resultados, para sacar el porcentaje, esta cifra obtenida se multiplica por 100 y se divide entre 120 que es el máximo puntaje que se podría obtener.

Se revisaron los expedientes clínicos electrónicos cotejando los indicadores de proceso y resultados asentados en el expediente, se anotó en la hoja de recolección de datos las acciones realizadas registrándose "SI", "NO" y NO APLICA. Se obtiene el porcentaje de cada indicador cumplido por los médicos.

#### III.4 Consideraciones éticas.

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos y así como de la declaración de Helsinki, Finlandia, actualizada en Corea 2008. Así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, siendo aprobado por el comité local de investigación.

Se requirió consentimiento informado de los pacientes encuestados, de los subalternos y del jefe de departamento clínico, donde se explicó el objetivo de la investigación que es solo conocer la calidad de la atención médica en la Unidad.

Se garantizó la confiabilidad de resultados, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o salud así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio. Se les informó que podían retirarse del estudio en el momento en que así lo requirieran y esto no afectaría la atención en la Institución.

### III.4 Análisis estadístico.

Se utilizó estadística descriptiva, se utilizaron media, frecuencias, proporciones, intervalos de confianza y desviación estándar. La información se vació en base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.

#### IV. RESULTADOS

Se estudiaron 225 pacientes con Diabetes tipo 2 y sus expedientes electrónicos, adscritos a la consulta de 34 médicos de ambos turnos, los cuales también fueron estudiados. La edad media de los pacientes fue 66.15 (IC 95% 64.87-67.42) con un promedio de 11.7 años (IC 95% 11.7-13) de tiempo de evolución de la enfermedad.

En la evaluación de la cedula de calidad de la atención realizada por el jefe dentro de la dimensión de oportunidad de la atención el 79.4% (IC 95% 74.1-84.7) de los médicos llegaron a tiempo a su servicio fueron Otorgan atención oportuna 94.1% (IC 95% 91-97.2). Permanecen en su servicio 67.6% (IC 95% 61.5-73.7). En relación a la dimensión de seguridad del paciente evaluada por el jefe se lavan las manos 100% de los médicos. Detectaron eventos adversos 26.5% (IC 95% 20.7-32.3) (Cuadro IV.1).

De acuerdo a la valoración por el jefe referente al respeto a los principios éticos, los médicos establecen relaciones de respeto con sus superiores en 79.4% (IC 95% 74.1-84.7), trabajan en equipo 73.5% (IC 95% 69.7-79.3), otorgan trato digno 85.3% (IC 95% 80.7-89.9), desempeña tareas con dedicación 88.2% (IC 95% 80-92.4), optimiza recursos 91.2% (IC 95% 87.5-94.9), desarrolla estrategias para la comunidad 73.5% (IC 95% 67.7-69.3), son profesionales las relaciones con los pacientes 97.1%(IC 95% 94.9-99.3) (Cuadro IV.2).

En relación a la evaluación por el jefe de acuerdo a la competencia profesional los médicos que integraron diagnósticos congruentes fueron 64.7% (IC 95% 58.5-70.9), solicitaron estudios de laboratorio de manera correcta 70.6% (IC 95% 64.6-76.6), interpretó estudios de laboratorio 70.6% (IC 95% 64.4-76.6). Realizó ajustes al tratamiento 70.6 % (IC 95% 64.4-76.6), el tratamiento fue apropiado en 67.6% (IC 95% 61.5-73.7). Detectó y trato complicaciones oportunamente 55.9% (IC 95% 49.4-62.4). Solicitó oportunamente interconsultas 88.2% (IC 95% 80-92.4), detectó y trato comorbilidades oportunamente 76.5% (IC

95% 71-82). Refirió comorbilidades que no son de su ámbito profesional 67.6% (IC 95% 61.5-73.3). Se ajusta a Guías de Práctica clínica de la institución 67.6% (IC 95% 61.5-73.7). Aprovecha la diversidad del equipo de salud para una mejor atención a los pacientes 73.5% (IC 95% 67.7- 79.3). Las notas médicas se apegan a la NOM 004 55.9% (IC 95% 49.4-62.4). Participa en programas prioritarios en la institución 70.6% (IC 95% 64.4-76.6). Participa en programas de mejora continua 55.9 % IC 95% 49.4-62.4). Tiene certificación vigente 29.4% (IC 95%23.4-35.4).(Cuadro IV.3 , IV.4 y IV.5)

Referente a la evaluación de la cedula de calidad por el subalterno, de acuerdo a la oportunidad de la atención, los médicos que llegan a tiempo a su servicio son 97.1 (IC 95% 93.3-94.9), otorgan atención oportuna 94.1% (IC 95% 91-97.2, permanecen en su servicio 94.1% (IC 95% 91.97.2). Se lava las manos 100%. Detecto eventos adversos 70.6% (IC 95% 64.6-76.6).(Cuadro IV.6)

Con respecto a los principios éticos en la evaluación del subalterno establecen relaciones de respeto con sus superiores 94.1% (IC 95% 91-97.2). Trabajan en equipo 94.1% (IC 95% 91-97.2), otorgan trato digno 97.1% (IC 95% 93.3-94.9). Respetan la opinión del equipo de salud 94.1% (IC 95% 91-97.2). Desempeñan tareas con dedicación 97.1%(IC 95% 93.3-94.9), optimizan recursos 100%. Desarrollan estrategias para la comunidad 94.1% (IC 95% 91-97.2). Médicos que llevan a cabo relaciones profesionales con los pacientes 100%.(Cuadro IV.7)

La opinión de 225 pacientes, dentro de la evaluación de la cedula de la calidad de la atención, reportó que 95.1% (IC 95% 92.3-97.9) consideran que el médico otorga atención oportuna, 87.6% (IC 95% 83.3-91.9) consideran que el tiempo que dura su consulta es suficiente, 92.9% (IC 95% 89.5-96.3)les han proporcionado atención en las fechas en las que le han programado las citas médicas, 93.3% (IC 95% 90-96.6) considera que la cita subsecuente se otorga en un tiempo razonable, 89.3% (IC 95% 85.3-93.3) refiere que antes de prescribir medicamentos se interroga antecedentes alérgicos, 96.4% (IC 95% 94-98) otorgan trato digno (cuadro IV.8).

De acuerdo a la satisfacción del paciente, 54.7% (IC 95% 48.2-61.2) respondieron que el médico tratante se presentó, fue amable el 82.2% (IC 95% 77.2-87.2), les da confianza para preguntar sobre su padecimiento el 88.9% (IC 95% 84.8-93), los escucha con atención el 93.8% (IC 95% 90.6-90), les explica en términos comprensibles el 92% (IC 95% 88.5-95), les informa del diagnóstico, evolución, pronóstico de su enfermedad el 87.6% (IC 95% 83.3-91.9), les informa acerca de estudios de laboratorio e imagen requeridos para complementar el diagnóstico de su enfermedad 86.7% (IC 95% 82.3-91.1), les informa sobre el riesgo beneficio de los estudios diagnósticos de laboratorio e imagen que requieren 87.6% (IC 95% 82.3- 91.1), les informa sobre el riesgo beneficio de los procedimientos quirúrgicos o tratamientos médicos que se requieran para su enfermedad 86.7% (IC 95% 82.3-91.1), los escucha con atención 93.8 % (IC 95% 90.6-97), les hace recomendaciones sobre cómo mejorar y conservar su salud 78.2 % (IC 95% 72.8-83.6), les ha otorgado por escrito las indicaciones a 58.7% (IC 95% 52.3-65.1) (Cuadro IV.9 y IV.10 ).

La calidad de la atención a través de la cédula, analizando dimensiones de jefe, subalterno y paciente fue de 90%.

Al verificar el cumplimiento de 13 indicadores de proceso y 2 de resultados en 225 expedientes, se registró que la evaluación del perfil lipídico al diagnóstico de la enfermedad y en la primera consulta se realizó en 83.2% (IC 95% 72.4-83.2), se realizó evaluación oftalmológica anual en 18.7% (IC 95% 13.6- 23.8). Tuvieron un objetivo de concentración de hemoglobina glucosilada 7.1% (IC 95% 3.7-10.5), medición regular de hemoglobina glucosilada 40.9% (IC 95% 34.5-47.3). Examen de pies en cada consulta 77.8% (IC 95% 72.4-83.2). Tuvieron el cálculo de riesgo cardiovascular 17.8% (IC 95% 12.8-22.8). La insulinización por falta de cumplimiento del objetivo de Hba1c se llevó a cabo en 43.1%, IC 95% 36.6-49.6). Se monitoriza el consumo de tabaco en 22.2% (IC 95% 16.8-27.6). Se prescribe IECA en presencia de pacientes con proteinuria a 3.1%(IC 95% 0.8-5.4), no tuvieron proteinuria registrada 90.7% (IC 95% 86.9-94.5). Recibieron instrucción sobre

cuidados del pie diabético 76% (IC 95% 70.4-81.6), se encuentran bajo tratamiento hipolipemiante 49.8% (IC 95% 46.3- 56.3). Presentan evaluación de problemas psicosociales 8.9% (IC 95% 5.2-12.6). Presentan una presión arterial deseada 84.4% (IC 95% 79.7-89.1); se encontró en control de Hba1C50.7% (Cuadro IV. 11, IV.12 y IV.13).

Cuadro IV.1. Evaluación de la cédula de calidad de atención por el jefe.  
Oportunidad de la atención y seguridad del paciente.

Oportunidad de la atención y seguridad del paciente		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Llega a tiempo a su servicio	Si	27	79.4	74.1	84.7
	No	7	20.6	15.3	25.9
Otorga atención oportuna	Si	32	94.1	91	97.2
	No	2	5.9	2.8	9
Permanece en su servicio	Si	23	67.6	61.5	73.7
	No	11	32.4	26.3	38.5
Se lava las manos	Si	34	100	100	100
	No	0	0	0	0
Detectó eventos adversos	Si	9	26.5	20.7	32.3
	No	25	73.5	67.7	79.3

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV.2 Evaluación de la cédula de calidad de atención por el jefe .

Respeto a los principios éticos.

Respeto a los principios éticos		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Establece relaciones de respeto con sus superiores	Si	27	79.4	74.1	84.7
	No	7	20.6	15.3	25.9
Trabaja en equipo	Si	25	73.5	69.7	79.3
	No	9	23.5	18	29
Otorga trato digno	Si	29	85.3	80.7	89.9
	No	5	14.7	10.1	19.3
Respeto a la opinión del equipo de salud	Si	29	85.3	80.7	89.9
	No	5	14.7	10.1	19.3
Desempeña tareas con dedicación	Si	30	88.2	80	92.4
	No	4	11.2	7.1	15.3
Optimiza recursos	Si	31	91.2	87.5	94.9
	No	3	8.8	5.1	12.5
Desarrolla estrategias para la comunidad	Si	25	73.5	67.7	69.3
	No	9	26.5	20.7	32.3
Son profesionales las relaciones con los pacientes	Si	33	97.1	94.9	99.3
	No	1	2.9	.7	5.1

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV. 3. Evaluación de la cedula de calidad en la atención por el jefe.  
Competencia profesional.

Competencia profesional		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Integró diagnósticos congruentes	Si	22	64.7	58.5	70.9
	No	12	35.3	29.1	45.1
Solicitó estudios laboratorio	Si	24	70.6	64.6	76.6
	No	10	29.4	23.6	35.6
Interpretó los estudios	Si	24	70.6	64.6	76.6
	No	10	29.4	23.6	35.6
Realizó ajustes al tratamiento	Si	24	70.6	64.6	76.6
	No	10	29.4	23.6	35.6
El tratamiento fue apropiado	Si	23	67.6	61.5	73.7
	No	11	32.4	26.3	38.5

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV. 4. Evaluación de la cedula de calidad en la atención por el jefe.  
Competencia profesional, parte 2.

Competencia profesional		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Detectó y trato complicaciones oportunamente	Si	19	55.9	49.4	62.4
	No	15	44.1	37.6	50.6
Solicitó oportunamente interconsultas	Si	30	88.2	80	92.4
	No	4	11.8	7.6	16
Detectó y trató comorbilidades oportunamente	Si	26	76.5	71	82
	No	8	23.5	18	29
Refirió comorbilidades que no son de su ámbito profesional	Si	23	67.6	61.5	73.3
	No	11	32.4	26.3	38.5
Se ajusta a Guías de Práctica Clínica de la Institución	Si	23	67.6	61.5	73.7
	No	11	32.4	26.3	38.5

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV. 5. Evaluación de la cedula de calidad en la atención por el jefe.  
Competencia profesional, parte 3.

Competencia profesional		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Aprovecha la diversidad del equipo de salud para una mejor atención a los pacientes	Si	25	73.5	67.7	79.3
	No	9	23.5	18	29
Las notas médicas se apegan a la NOM 004	Si	19	55.9	49.4	62.4
	No	15	44.1	37.6	50.6
Participa en programas prioritarios en la institución	Si	24	70.6	64.6	76.6
	No	10	29.4	23.4	35.4
Participa en los programas de mejora continua	Si	19	55.9	49.4	62.4
	No	15	44.1	37.6	50.6
Tiene certificación vigente	Si	10	29.4	23.4	35.4
	No	24	70.6	64.4	76.6

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV.6 Evaluación de cedula de calidad por el subalterno. Oportunidad de la atención y seguridad del paciente.

Oportunidad de la atención y seguridad del paciente		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Llega a tiempo a su servicio	Si	33	97.1	93.3	94.9
	No	1	2.9	.7	5.1
Otorga atención oportuna	Si	32	94.1	91	97.2
	No	2	5.9	2.8	9
Permanece en su servicio	Si	32	94.1	91	97.2
	No	2	5.9	2.8	9
Se lava las manos	Si	34	100	100	100
	No	0	0	0	0
Detectó eventos adversos	Si	24	70.6	64.6	76.6
	No	10	29.4	23.4	35.4

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV.7 Evaluación de cedula de calidad por el subalterno. Respeto a los principios éticos.

Respeto a los principios éticos		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Establece relaciones de respeto con sus superiores	Si	32	94.1	91	97.2
	No	2	5.9	2.8	9
Trabaja en equipo	Si	32	94.1	91	97.2
	No	2	5.9	2.8	9
Otorga trato digno	Si	33	97.1	93.3	94.9
	No	1	2.9	.7	5.1
Respeto la opinión del equipo de salud	Si	32	94.1	91	97.2
	No	2	5.9	2.8	9
Desempeña tareas con dedicación	Si	33	97.1	93.3	94.9
	No	1	2.9	.7	5.1
Optimiza recursos	Si	34	100	100	100
	No	0	0	0	0
Desarrolla estrategias para la comunidad	Si	32	94.1	91	97.2
	No	2	5.9	2.8	9
Son profesionales las relaciones con los pacientes	Si	34	100	100	100
	No	0	0	0	0

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV.8 Evaluación del paciente de la oportunidad de la atención, seguridad del paciente, respeto a los principios éticos.

Oportunidad de la atención		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Otorga atención oportuna(O)	Si	214	95.1	92.3	97.9
	No	11	4.9	2.1	7.7
El tiempo que dura la consulta es suficiente(O)	Si	197	87.6	83.3	91.9
	No	28	12.4	8.1	16.7
Le han proporcionado atención en fechas correspondientes (O)	Si	209	92.9	89.5	96.3
	No	16	7.1	3.7	10.5
La cita subsecuente se otorga en un tiempo razonable (O)	Si	210	93.3	90	96.6
	No	15	4.4	1.7	7.1
Antes de prescribirle interroga antecedentes alérgicos (S)	Si	201	89.3	85.3	93.3
	No	24	10.7	6.7	14.7
Otorga trato digno al usuario(R)	Si	217	96.4	94	98
	No	8	3.6	1.2	6

O: Oportunidad de la atención  
S: Seguridad del paciente  
R: Respeto a los principios éticos

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV.9 Evaluación de acuerdo a satisfacción del paciente

Satisfacción del paciente		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Se ha presentado con usted su médico tratante	Si	123	54.7	48.2	61.2
	No	102	45.3	38.8	51.8
El médico ha sido amable	Si	185	82.2	77.2	87.2
	No	40	17.8	12.8	22.8
Le da confianza para preguntar sobre su padecimiento	Si	200	88.9	84.8	93
	No	25	11.1	7	15.2
Su médico lo escucha con atención	Si	211	93.8	90.6	90
	No	14	6.2	3	9.4
Su médico le explica en términos comprensibles	Si	207	92	88.5	95.5
	No	18	8	4.5	11.5
Su médico le informa del diagnóstico, evolución, pronóstico de su enfermedad	Si	197	87.6	83.3	91.9
	No	28	12.4	8.1	16.7

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV.10 Evaluación de acuerdo a satisfacción del paciente. Parte 2

Satisfacción del paciente		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Le informa cerca de estudios de laboratorio e imagen requeridos para complementar el diagnóstico de su enfermedad	Si	195	86.7	82.3	91.1
	No	30	13.3	8.9	17.7
Le informa sobre el riesgo beneficio de los estudios diagnósticos de laboratorio e imagen que se requieren	Si	197	87.6	83.3	91.9
	No	28	12.4	8.1	16.7
Le informa sobre el riesgo beneficio de procedimiento quirúrgico o tratamiento médico para su enfermedad	Si	195	86.7	82.3	91.1
	No	30	13.3	8.9	17.7
Toma en cuenta su opinión como paciente en su tratamiento	Si	184	81.8	76.8	86.8
	No	41	18.2	13.2	23.2
Le hace recomendaciones sobre cómo mejorar y conservar su salud	Si	176	78.2	72.8	83.6
	No	49	21.8	16.4	27.2
Cuando ha sido necesario las indicaciones se las han otorgado por escrito	Si	132	58.7	52.3	65.1
	No	93	41.3	34.9	47.7

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV.11 Indicadores de proceso

Indicadores de proceso		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Evaluación del perfil lipídico al diagnóstico y en la primera consulta	Si	175	83.2	72.4	83.2
	No	50	22.2	16.8	27.6
Evaluación oftalmológica anual	Si	42	18.7	13.6	23.8
	No	183	81.3	76.2	86.4
Objetivo de concentración de HbA1C	Si	16	7.1	3.7	10.5
	No	209	92.9	89.5	96.3
Medición regular de HbA1C	Si	92	40.9	34.5	47.3
	No	133	59.1	52.7	65.5
Examen de pies en cada consulta	Si	175	77.8	72.4	83.2
	No	50	22.2	16.8	27.6

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV.12 Indicadores de proceso parte 2

Indicadores de proceso		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Calcula riesgo cardiovascular	Si	40	17.8	12.8	22.8
	No	185	82.2	77.2	87.2
Insulinización oportuna	Si	97	43.1	36.6	49.6
	No	100	44.4	37.9	50.9
	No aplica	28	12.4	8.1	16.7
Monitorización consumo de tabaco	Si	50	22.2	16.8	27.6
	No	175	77.8	72.4	83.2
IECA en presencia de proteinuria	Si	7	3.1	0.8	5.4
	No	14	6.2	3	9.4
	No aplica	204	90.7	86.9	94.5
Instrucción sobre cuidados del pie	Si	171	76	70.4	81.6
	No	54	24	47.5	60.5

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

Cuadro IV.13. Indicadores de proceso parte 3.

Indicadores de proceso		n	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Pacientes bajo tratamiento hipolipemiente	Si	112	49.8	46.3	56.3
	No	113	50.2	43.7	53.7
Evaluación de problemas psicosociales	Si	20	8.9	5.2	12.6
	No	205	91.1	87.4	94.8
Asesoramiento para dejar de fumar	Si	0	0	0	0
	No	54	24	18.4	29.6
	No aplica	171	76	70.4	81.6
Presión arterial deseada	Si	190	84.4	79.7	89.1
	No	35	15.6	10.9	29.3
Control de HBA1c	Si	114	50.7	44.2	57.2
	No	111	49.3	42.8	55.8

Fuente: Datos tomados de la hoja de recolección del protocolo “Calidad de la atención medica en pacientes con Diabetes tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 16” durante el periodo junio 2014-febrero 2015

## V. DISCUSIÓN

El concepto de calidad en la atención médica tiende a presentar dificultades, ya que la satisfacción del paciente no siempre alcanza un nivel de plenitud, aun cuando el acto médico haya sido impecable. La población tiene una determinada percepción de la calidad que se le ofrece, específicamente en los Centros de Salud de atención primaria (CESAP) en donde toman en consideración, la rapidez o lentitud de los tramites, la información recibida, el trato del personal, la forma en que son interrogadas y el surtido de su receta médica(Lombraña,2007).

La fortaleza de este trabajo radica en que se evaluó la calidad de la atención médica a través de indicadores de proceso que son totalmente cuantificables a través del expediente, pero también se realizó una evaluación de percepción del jefe, del subalterno y satisfacción del paciente. Sin embargo también se dejan ver muchas debilidades que presenta el instrumento que se utilizó, como la subjetividad.

En el 2004 en la UMF 43 del IMSS de Tabasco, se realizó un estudio donde se analizó la calidad de la atención medica de pacientes con diabetes tipo 2 a través de la evaluación de una cédula que se obtuvo del apéndice de la NOM 0015, en 204 pacientes, obteniéndose que en relación a la percepción que tiene el paciente al trato del médico un 72.55% lo consideran muy bueno, a diferencia de este estudio donde más de un 90% considera que recibe trato bueno del médico. Esto puede ser subjetivo y deberse a el tipo de relación médico paciente que se tenga en cada institución, además del tiempo que tengan los pacientes como derechohabientes siendo tratados por el mismo médico (Borbolla, 2004).

En el mismo estudio de la UMF 43, se encontró que el 98 % de los pacientes consideró que la explicación que le otorgó el médico fue buena, muy similar a lo reportado en este estudio donde fue 92%, que parece indicar que los Médicos al

pertenecer a la misma institución de salud tienen las mismas características en el lenguaje verbal hacia el paciente (Borbolla, 2004)

En relación a la congruencia clínica, diagnóstica terapéutica el 28.92 de la UMF 43, evaluó como excelente, muy diferente a lo encontrado en este estudio que fue el 64.7%, esta diferencia se puede explicar porque en este estudio la evaluación es por el jefe, que refleja mejor lo que sucede en la unidad porque conoce a los Médicos, a diferencia del estudio de Tabasco donde la evaluación fue hecha por los pacientes (Borbolla, 2004)

En el presente estudio el 92.9 % recibieron atención en las fechas en las que se otorgaron las consultas y el 93.3 % están de acuerdo en el tiempo que pasa entre una consulta y la siguiente en contraste con lo encontrado en un estudio realizado en Cuba en el 2012, donde al evaluar la periodicidad de las consultas que los pacientes recibieron, desde su percepción personal, esta se evalúa de deficiente; cabe destacar que el 56,7 % refirieron haber sido vistos en consulta tres veces al año (Vicente, 2012), hablándonos de la fortaleza que tiene nuestro sistema de salud al poder ver al paciente crónico una vez al mes,. Aunque los resultados de esta visita no se ve reflejado en los controles de los pacientes.

En Argentina se realizó un estudio donde se incluyeron 310 pacientes mayores de 16 años donde se evaluó la calidad de la atención médica a través de indicadores de proceso validados, y se observó que el 46% de los pacientes tuvo valores de presión sistólica y diastólica debajo de 130 y 80mm Hg respectivamente. El valor medio HbA1C fue de 7.1 ( $\pm$  1.6) % y en el 66% de los pacientes fue menor o igual a 7%. Dicha determinación se realizó en promedio dos veces al año en cada paciente. En contraste con nuestro estudio, donde se encontró que los pacientes que presentan una presión arterial deseada fueron 84.4%. Se encuentran en control de Hba1c 50.7%, en contraste con lo publicado con la ENSANUT 2012, donde se encontró que 1 de cada 4 pacientes está controlado, que sería el 25% del total (Lombraña, 2007).

En esta misma publicación de la ENSANUT 2012, se reportó que en el seguimiento de los pacientes a 8.6 % se les realizó evaluación oftalmológica, siendo que en este estudio fue revisión anual en 18.7%, probablemente la cifra es superior debido a que algunos pacientes contaban con otra patología no causada por la diabetes, como glaucoma.

En el 2010 en Omán, se evaluó la calidad de la atención proporcionada a población diabética en centros de atención primaria, encontrándose que solo 19% de los pacientes tenían un control de presión arterial, tomando como punto de corte al paciente controlado con presión arterial <130/80 mmHg, a diferencia con el presente estudio donde 84.4 % de los pacientes se encuentran con una presión arterial deseada, diferencias probablemente debido a que la media de población en el estudio de OMAN fue de 51 años, y en este estudio se tiene una media de edad de 66.1, teniéndose para esta edad lo recomendado por la ADA límites de control < 140/90 (Al-Shafae, 2014)

En el control de HbA1c en Omán sólo el 10.6% habían alcanzado la meta de <7%, en este estudio 50.7% de los pacientes cumple con esta meta, esto se puede explicar a que en el estudio realizado en Omán 2/3 de los pacientes no contaban con resultados de HbA1c (Al-Shafae, 2014)

En el estudio de Omán no había ajuste al tratamiento a pesar de que no se encontraran con metas de presión arterial y de Hemoglobina glucosilada. En el presente estudio de acuerdo a la evaluación del jefe en las mismas circunstancias en las que se necesita hacer un ajuste al tratamiento, el 70.6% de los médicos realizan ajustes (Al-Shafae, 2014)

Existen indicadores en este trabajo, que no se pudieron comparar, por no encontrar estudios en la literatura, sin embargo cabe destacar que todos se encuentran arriba del 60%, indicando que estos pacientes pudieran estar muy bien cuidados, sin embargo es una situación preocupante ya que los pacientes siguen en descontrol de su enfermedad, lo que lleva a plantearse qué es lo que falla en

este tipo de pacientes o buscar factores que no sean propios del médico o la institución que hace que no se pueda tener impacto en este tipo de padecimientos

## VI. CONCLUSIONES

La oportunidad de la atención expresada por el jefe es del 80.3%

La oportunidad de la atención expresada por el paciente es de 92.2%

La oportunidad de la atención expresada por el subalterno es de 95.1%

La seguridad del paciente expresada por el jefe es del 63.25 %

La seguridad del paciente expresada por el subalterno es de 85.3%

La seguridad del paciente expresada por el paciente es de 89.3%

El respeto a los principios éticos expresada por el jefe es de 84.1%

El respeto a los principios éticos expresado por el subalterno es de 96.3%

El respeto a los principios éticos expresado por el paciente 96.4%

La Competencia profesional de acuerdo a lo expresado por el jefe es de 65.68%

La satisfacción del paciente es de 81.5%

La calidad de la atención a través de la cédula, analizando dimensiones de jefe, subalterno y paciente fue de 90%.

De acuerdo a los indicadores de proceso las acciones que realizan para evitar complicaciones son en el 69 %

De acuerdo a los indicadores de resultado los pacientes que se encuentran cumpliendo las metas son en 67.5%

## **VII. PROPUESTAS**

Se debe reforzar la educación del paciente ya que es un pilar fundamental para que él mismo llegue al control de su padecimiento; el médico está ejerciendo el papel de educador de la salud, pero a pesar de brindar atención de calidad, el impacto en el control de los parámetros del paciente no se ve reflejado.

Se debe reforzar en programas para la capacitación continua de los médicos familiares, con respecto al control adecuado de los pacientes, revisando guías de actuación y Normas., modificando las estrategias para impartirlas.

Se deben realizar programas que apoyen a los pacientes en el proceso de abandonar el hábito de tabaquismo, ya que no se cuenta con ningún programa en la institución, en especial encaminado a esta población; en este estudio no se da la indicación a ningún paciente, sin embargo existe la posibilidad que sean acciones que se realicen y no sean registradas.

Además se debe hacer especial énfasis en que debe haber evaluaciones y acompañamiento por medio de psicología en el duelo del paciente para aceptar su enfermedad, acción que no se realiza de forma cotidiana como lo muestra el estudio.

## IX. LITERATURA CITADA

1. Hernández M, Gutiérrez J. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Diabetes en adultos: urgente mejorar la atención y el control. Publicado en <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf> [Consultado el 16 junio de 2014]
2. Hernández M, Gutiérrez J, Reynoso N. (2013) Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Salud Pública Méx 2013; 55(sup 2):129-136
3. Coronado R, Cruz E, Salvador I, Arellano A, Nava T. (2013) El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores Rev Mex Med Fis Rehab; 25(1):26-33
4. Zárate M. (2012) Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la Diabetes Mellitus tipo 2. Secretaria de salud 2012.
5. Revilla E, Pimentel C., (2012). Calidad de los Servicios de Salud en México. Rev Med Invest Salud; 5 (3): 76-78
6. Calsbeek H, Ketelaar N, Faber M, Wensing M, Braspenning J. (2013) Performance measurements in diabetes care: the complex task of selecting quality indicators. International journal for quality in healthcare; 25 ( 6): pp. 704–709
7. Serrano-del Rosal R, Lorient-Arín N. (2008).La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública Mex; 50:162-172.
8. Fajardo DG, Hernández TF. (2012).Definiciones y conceptos fundamentales para el conocimiento desde la atención a la salud. Definiciones y conceptos para el mejoramiento de la atención a la salud. Primera edición. México, 61-64
9. Boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2, primer trimestre-2016

10. 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

11. Richard G, Thomas D, Fradkin J, HayesCh, William H., MD, William H, *et al.* (2015) *American Diabetes Association standards of Medical care in diabetes.* *Diabetes care*; 38 (suppl. 1):s1–s2

12. Ortiz M, Garrido F, Orozco R, Pineda D, Rodríguez M. (2011) Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud; *Salud Pública de México* 53 (supl.4): S436-S444.

13. Vrca-Botica M, Zelić I. (2007). Quality indicators for diabetes care in primary care. *Primary care diabetes*; 1(1): 31-32

14. Wens A, Dirven K, Mathieu Ch, Paulus D, Van Royena P. (2007) Quality indicators for type-2 diabetes care in practice guidelines: An example from six European countries; *Primary Care Diabetes* 1 : 17–23

15. Ortiz M, Garrido F, Orozco R, Pineda D, Rodríguez M., (2011). Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. *Salud pública Méx* 53 ; (4):s436-s444

16. Al-Shafae M, Al-Farsi Y, Al-Kaabi Y, Banerjee Y, Al-Zadjali N, Al-Zakwani I. (2014) Quality of diabetes care in primary health centres in north Al-Batinah of Oman. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*; 8: 48-54

17. Aguirre G (2008). Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Cir Ciruj* 76: 187-196

18. Gil L, Sil M, Domínguez E, Torres L, Torres L, Medina J. (2013). Guía de Práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 51(1): 104-19

19. Iglesias R, Barutel L, Artola S, Serrano R. (2014) Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus. *Diabetes Práctica* 05(SuplExtr 2):1-24.

20. Borbolla M, López C. <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/418/338>

[Consultado el 10 de junio 2015]

21. Brancati F, Clark J, Swartz L, Charleston Ch, CheskinL, Stewart K, *etal.* (2013) Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes *N Engl J Med* ; 369:145-154

22. Rossi M, Lucisano G, Comaschi M, Coscelli C, Cucinotta D, DiBlasi P. (2011) Quality of diabetes care predicts the development of cardiovascular events: results of the amd-quasar study. *Diabetes Care*; (34): 347-352

23. Hernández M, Gutiérrez J, Reynoso N. (2013) Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública Méx*; 55(sup 2):129-136

24. Vicente B, Rivas E, Zerquera G, Peraza D, Rosell I. (2012). Evaluación de la calidad de la atención al paciente diabético. *Revista Finlay*, 2(4):252-265. Publicado en <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/75>. [Consultado el 30 de noviembre del 2015]

25. Lombraña M, Capetta M, Ugarte A, Correa V, Giganti J, Lopez C, Stryjewsk M. (2007) Calidad de atención en pacientes diabéticos bajo tratamiento farmacológico. *Medicina*. 67 (5): 417-422.

26. Ulrike R, Müller G, Schwartz Peter, Seifert M, Kunath H, Koch R, *et al.* (2008). Evaluation of a diabetes management system based on practice guidelines, integrated care, and continuous quality management in a federal state of Germany. *Diabetes Care*; 31(5): 863-868

**ANEXOS.**

**ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN,  
INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN  
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO  
INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN  
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:

Calidad de la atención del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención.

Patrocinador externo

(si aplica):

Lugar y fecha:

Querétaro, Querétaro, mayo 2015

Número de registro:

Justificación y objetivo  
del estudio:

Debido al problema de salud pública que representa la diabetes, es de suma importancia que para evitar las complicaciones incapacitantes de esta enfermedad se otorgue una atención oportuna dentro del primer nivel de atención por lo cual se pretende evaluar la atención del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF 16.

Procedimientos:	Se encuestara de forma directa al paciente sobre la satisfacción de la atención medica y se revisaran expedientes clínicos para completar el estudio
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna. Solo pérdida de tiempo al contestar la encuesta
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Contribuir al conocimiento sobre la calidad que se tiene de los servicios en consulta de primer nivel a los pacientes con Diabetes Mellitus
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	En el momento que lo desee
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá la privacidad de la información proporcionada, ya que no se dará a conocer a ningún médico del cual se esté evaluando
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Generar el registro de la calidad en la atención del paciente con Diabetes mellitus en el primer nivel de atención en la UMF 16 Queretaro.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador	Leticia Blanco Castillo
Responsable:	Médico Familiar UMF 16
	Matricula 9923 1263

Correo: [lety\\_blc7@hotmail.com](mailto:lety_blc7@hotmail.com)

Tel. 4421276140

Colaboradores: Nombre: ISIS IX-CHEL ALVAREZ RIVAS SOLORIO  
Residente de Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No, 16  
Matrícula:99235432  
Teléfono: 04424082688  
Correo:tenskian@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 _____ Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 _____ Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**

## ANEXO 2. CÉDULA DE EVALUACION DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN



### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

Programa de Reconocimiento a la Atención de Calidad de Médicos, Estomatólogos y Cirujanos Máxilo-faciales de Base y Confianza

**Cédula de Evaluación de la Atención de Calidad " Médicos de Base de 1º Nivel de Atención"**

Delegación : \_\_\_\_\_ Unidad Médica : \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ Población adscrita: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

PARÁMETROS A EVALUAR	Evaluación por el Jefe			Evaluación por Subalternos			Evaluación por el paciente		
	Si	No	No Aplica	Si	No	No Aplica	Si	No	No Aplica
<b>I.- OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN</b>									
1.- ¿Llega a tiempo a su servicio?									
2.- ¿Otorga atención oportuna a los usuarios internos y externos?									
3.- ¿Permanece en su servicio durante la jornada de trabajo?									
4.- ¿Considera el tiempo que dura la consulta suficiente?									
5.- ¿Le ha proporcionado la atención en las fechas en que se le han otorgado las citas?									
6.- ¿La cita subsecuente se le otorga en un tiempo razonable?									
<b>SUBTOTAL</b>									
<b>II.- SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>									
1.- ¿Se lava las manos antes y después de revisar a cada paciente?									
2.- ¿Interroga antecedentes alérgicos a medicamentos o alimentos, antes de prescribirle?									
3.- ¿Detectó e informó los eventos adversos ocurridos: Caídas, reacciones a medicamentos y transfusión?									
<b>SUBTOTAL</b>									
<b>III.- RESPETO A LOS PRINCIPIOS ÉTICOS</b>									
1.- ¿Establece una relación de respeto con sus superiores y compañeros de trabajo?									
2.- ¿Trabaja en conjunto con el equipo interdisciplinario de forma amable?									
3.- ¿Otorga un trato digno al usuario?									
4.- ¿Respeto la opinión del equipo de salud, cuando hay oposición de ideas, consulta fuentes de información fidedigna y actual o busca asesoría de expertos?									
5.- ¿Desempeña sus tareas con dedicación?									
6.- ¿Considera las necesidades del servicio, optimizando los recursos?									
7.- ¿Desarrolla estrategias para fomentar el bienestar de la comunidad?									
8.- ¿Las relaciones son estrictamente profesionales con los pacientes, con respeto en cuanto al reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias?									
<b>SUBTOTAL</b>									
<b>IV.- COMPETENCIA PROFESIONAL</b>									
1.- ¿Integró diagnósticos congruentes con los datos obtenidos por interrogatorio y exploración física?									
2.- ¿Solicitó los estudios diagnósticos de laboratorio y/o gabinete requeridos?									
3.- ¿Interpretó los estudios diagnósticos de laboratorio y/o gabinete que se realizaron?									
4.- ¿Realizó ajustes al tratamiento de acuerdo a los resultados de los estudios diagnósticos?									
5.- ¿El tratamiento médico farmacológico y no farmacológico fue el apropiado?									
6.- ¿Detectó y trató oportunamente las complicaciones?									
7.- ¿Solicitó oportunamente las interconsultas para tratamiento de las complicaciones que no son de su ámbito profesional específico?									
<b>SUBTOTAL</b>									

PARÁMETROS A EVALUAR	Evaluación por el Jefe			Evaluación por Subalternos			Evaluación por el paciente		
	Si	No	No Aplica	Si	No	No Aplica	Si	No	No Aplica
8.-¿Detectó y trató oportunamente las comorbilidades?									
9.-¿Refirió oportunamente las comorbilidades que no son de su ámbito profesional?									
10.-¿Se ajusta y sigue los protocolos y guías técnicas de Práctica Clínica de la Institución?									
11.-¿Aprovecha la diversidad del equipo de salud para otorgar una mejor atención a los pacientes?									
12.-¿Las notas médicas en los expedientes clínicos de los pacientes a su cargo cumplen con lo establecido en la NOM_SSA 1_168?									
13.-¿Participa en programas prioritarios de la Institución?									
14.-¿Participa activamente en los programas de mejora continua en la calidad de atención al paciente?									
15.-¿Tiene certificación o recertificación vigente por el consejo correspondientes?									
<b>SUBTOTAL</b>									
<b>V.-SATISFACCIÓN DEL PACIENTE</b>									
1.-¿Se ha presentado con usted su Médico tratante?									
2.-¿El servicio médico que se le brinda, ha sido en forma amable?									
3.-¿Le da confianza para preguntar sobre lo que a usted le interesa de su padecimiento?									
4.-¿Su Médico le escucha con atención?									
5.-¿Cuando tiene dudas su Médico ha procurado explicarle en términos comprensibles?									
6.-¿Le informa acerca del diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico de la enfermedad?									
7.-¿Le informa acerca de los estudios de laboratorio e imagen requeridos para complementar el diagnóstico de la enfermedad?									
8.-¿Le informa acerca de los procedimientos diagnósticos requeridos para complementar el diagnóstico de la enfermedad?									
9.-¿Le informa sobre el riesgo/beneficio de los estudios diagnósticos de laboratorio o imagen que se requieren?									
10.-¿Le informa sobre el riesgo/beneficio de procedimiento quirúrgico o tratamiento médico para su enfermedad?									
11.-¿Toma en cuenta su opinión como paciente para las decisiones diagnósticas o terapéuticas que se requieren?									
12.-¿Le hace recomendaciones sobre cómo mejorar y conservar su salud?									
13.-¿Cuando ha sido necesario, las indicaciones se le han otorgado por escrito?									
<b>SUBTOTAL</b>									

Total de respuesta "SI" \_\_\_\_\_

Total de respuesta "NO" \_\_\_\_\_

Total de respuestas "No Aplica" \_\_\_\_\_

**CALIFICACIÓN PORCENTUAL FINAL** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre, Cargo, Firma  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Nombre, Cargo, Firma  
Secretario

\_\_\_\_\_  
Nombre, Cargo, Firma  
Vocal

**ANEXO 3. INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADOS DE CALIDAD DE ATENCION EN DIABETES**

INDICADOR DE PROCESO DE CALIDAD DE ATENCION EN DIABETES	EVALUACION EN EXPEDIENTE		NO APLICA
	Si	No	
Los pacientes deben tener una evaluación de su perfil lipídico al momento del diagnóstico y en la primera consulta	Si	No	
Los pacientes deben tener evaluación oftalmológica anual	Si	No	
Los pacientes deben tener un objetivo de concentración de HbA1c	Si	No	
Los pacientes deben tener una medición regular(cada 3 meses) de su concentración de HbA1c	Si	No	
Los pacientes deben someterse a un examen de pie diabético regular	Si	No	
Los pacientes deben tener evaluación del riesgo cardiovascular	Si	No	
Los pacientes que no alcanzan su objetivo HbA1c bajo terapia óptima de combinación de antidiabéticos orales, deberían recibir el tratamiento con insulina.	Si	No	
El consumo de tabaco de los pacientes debe monitorizarse.	Si	No	
Los pacientes con microalbuminuria o proteinuria deben recibir tratamiento IECA.	Si	No	
Los pacientes deben recibir educación sobre cuidados del pie	Si	No	

Los pacientes con enfermedad cardiovascular deben estar en tratamiento hipolipemiente	Si	No	
Los pacientes deben ser evaluados regularmente para detectar problemas psicosociales	Si	No	
Los pacientes deben recibir asesoramiento para dejar de fumar	Si	No	
Los pacientes deben tener una presión arterial deseada (sistólica < 140 y diastólica < 90, < 130 sistólica en pacientes jóvenes)	Si	No	
Control Hemoglobina Glucosilada	Si	No	