

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**EVALUACION DE LA CALIDAD  
DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS**

**Por**

**LIC. NOHEMI SELENE ALARCON LUNA**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Administración de Servicios**

**SEPTIEMBRE, 2002**



TM  
RC660  
A45  
C.1

EXAMINAZIONE DEI DOCUMENTI  
DELLA PROCURA DELLA  
REPUBLICA DI PALERMO  
IN DATA 15/09/2011

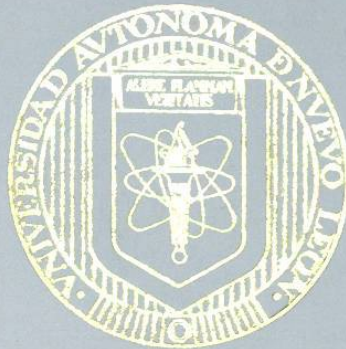


1080116244

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**EVALUACION DE LA CALIDAD  
DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS**

**Por**

**LIC. NOHEMI SELENE ALARCON LUNA**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Administración de Servicios**

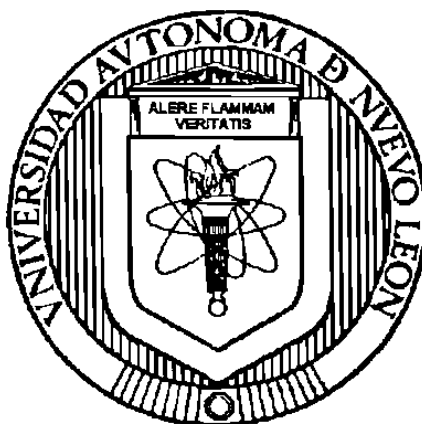
**SEPTIEMBRE, 2002**

Rc 660

A-15



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



EVALUACIÓN DE LA CALIDAD  
DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS

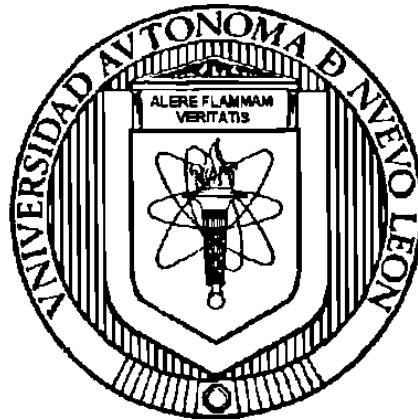
Por

LIC. NOHEMI SELENE ALARCÓN LUNA

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Énfasis en Administración de los Servicios

Septiembre, 2002

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



EVALUACIÓN DE LA CALIDAD  
DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS

Por

LIC. NOHEMI SELENE ALARCÓN LUNA

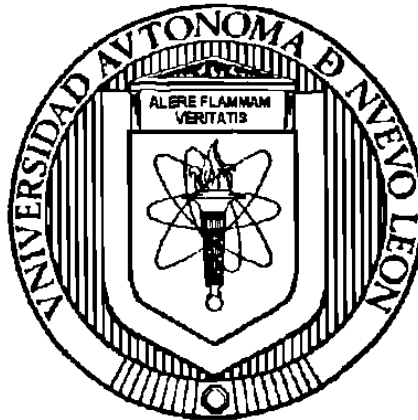
DIRECTOR DE TESIS

M.S.P. MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Énfasis en Administración de los Servicios

Septiembre, 2002

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



EVALUACIÓN DE LA CALIDAD  
DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS

Por

LIC. NOHEMI SELENE ALARCÓN LUNA

ASESOR ESTADISTICO

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA PhD

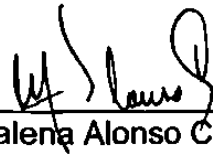
Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Énfasis en Administración de los Servicios

Septiembre, 2002



# EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS

## Aprobación de Tesis



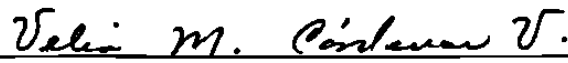
---

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo  
Director de Tesis



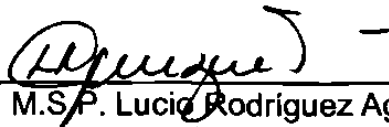
---

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo  
Presidente



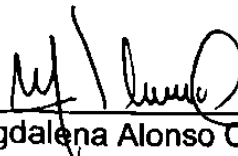
---

M.E. Velia Margarita Cárdenas Villarreal  
Secretario



---

M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar  
Vocal



---

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a:

Al Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP) por el apoyo otorgado para concluir mi trabajo de tesis.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas por el apoyo y las facilidades que se me brindaron para concluir mis estudios.

A la Lic. Ma. Rosalinda Medina Briones MES por impulsarme a elevar mi nivel profesional; así como la confianza que depositó en mi para terminar la maestría.

Al Lic. Francisco Cadena Santos MC por el apoyo brindado en mi desarrollo personal y profesional.

A la Lic. Magdalena Alonso Castillo MSP por su acertada asesoría y su paciencia para impulsarme a llegar a la meta final.

A la Lic. Ana María Castillo Cisneros y su esposo Ing. Víctor Treviño por brindarme su amistad sincera y el consejo para continuar.

Al Dr. Alfonso Reyes Enriquez coordinador médico de la Unidad de Medicina Familiar No. 78 del IMSS por darme su apoyo y confianza para realizar el estudio; y por facilitarme la información para mi trabajo.

Al Q.F.B. Julio Gutierrez Blanco, jefe de laboratorio en el Hospital General de Zona No.11 del IMSS por permitirme procesar las muestras en su departamento.

**A mi gran amigo Q.B.P. José Eduardo Castro Góngora, por su colaboración desinteresada en el desarrollo de mi trabajo.**

**A mis compañeros maestros de la Facultad de Enfermería de Nuevo Laredo por motivarme a concluir mis estudios.**

**A mis compañeras de aula que me brindaron su amistad incondicional durante estos tres años y con quienes compartí innumerables experiencias.**

**A mis alumnos de Enfermería Básica y Licenciatura por su comprensión y tolerancia en los momentos que estuvieron solos y esperaron mi regreso.**

## DEDICATORIA

A Dios que me permitió llegar hasta este momento.

A mi esposo Salomón Julio, gracias por el apoyo y comprensión que me brindaste en todo momento.

A mi hijo Salomón Julio, quien aún antes de nacer estuvo presente y fue el estímulo principal para continuar hasta el final.

A mi hermano Anuar, mi cuñada Brenda y a mi adorable sobrino Anuar, que siempre estuvieron conmigo en todo momento y dispuestos a apoyarme para concluir mis estudios.

A mis padres:

David por el apoyo moral que me brindaste y por el tiempo que no le he podido dedicar.

Ma. Elena por su confianza y por impulsarme a continuar estudiando, gracias por tu amor y comprensión.

A mi mamá Gloria que ha dedicado toda su vida a mi cuidado sin esperar nada a cambio.

A mis hermanos David y Ulises por su cariño.

A mi suegra Nelly, mis cuñadas Angeles y Alma por su apoyo moral.

A todos ellos gracias y que Dios los bendiga.



## Tabla de Contenido

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
<b>Capítulo I</b>	
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Marco Teórico Conceptual</b>	<b>4</b>
<b>Estudios Relacionados</b>	<b>6</b>
<b>Definición de Términos</b>	<b>8</b>
<b>Percepción de Calidad</b>	<b>8</b>
<b>Resultado del Programa DM</b>	<b>9</b>
<b>Objetivos</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo II</b>	
<b>Metodología</b>	<b>11</b>
<b>Diseño del Estudio</b>	<b>11</b>
<b>Población, Muestra y Muestreo</b>	<b>11</b>
<b>Mediciones</b>	<b>11</b>
<b>Procedimiento de Recolección</b>	<b>13</b>
<b>Análisis de Datos</b>	<b>14</b>
<b>Consideraciones Éticas</b>	<b>14</b>
<b>Capítulo III</b>	
<b>Resultados</b>	<b>16</b>
<b>Datos Descriptivos de los Participantes en el Estudio</b>	<b>16</b>
<b>Índices y Pruebas de Normalidad de las Variables Estudiadas</b>	<b>17</b>
<b>Confiabilidad de los Instrumentos</b>	<b>19</b>
<b>Verificación de Objetivos</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo IV</b>	
<b>Discusión</b>	<b>24</b>

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Conclusiones	26
Recomendaciones	26
Referencias	27
Apéndices	32
A. Estructura Conceptual Teórico-Empírica	33
B. Cédula de Datos Personales de Pacientes que Asisten Al Programa de Control de Diabetes Mellitus (CDPPDM).	34
C. Cuestionario de Responsabilidad en Salud del Paciente Con Diabetes (CURESADIA).	35
D. Autorización del Programa de Mejora Continua de la Calidad De la Atención Médica de la Secretaría de Salud.	37
E. Escala de Percepción de Calidad de Atención del Programa De Diabetes (ESPECAPDIA).	38
F. Autorización de la Unidad de Medicina Familiar No. 78 del IMSS	40
G. Consentimiento Informado.	41

## Lista de Tablas

<b>Tablas</b>	<b>Página</b>
1. Datos personales de los participantes en el estudio (variables continuas) y prueba de normalidad.	16
2. Prueba de normalidad del instrumento ESPECAPDIA.	17
3. Prueba de normalidad del instrumento CURESADIA.	18
4. Consistencia interna de los instrumentos	19
5. Correlación bivariada de Spearman.	20
6. Correlación bivariada de Spearman en hombres.	22
7. Correlación bivariada de Spearman en mujeres	23

## RESUMEN

Nohemi Selene Alarcón Luna

Fecha de Graduación: Septiembre, 2002.

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS.

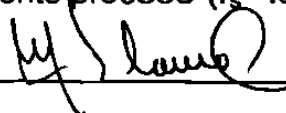
Número de páginas: 42 Candidata para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Administración de Servicios.

Área de Estudio: Administración de Servicios.

**Propósito y Método del Estudio:** El propósito del estudio fue conocer la relación que existe entre la percepción del usuario sobre la calidad del programa de Diabetes Mellitus (DM) y su estado de salud actual. El estudio se realizó bajo la perspectiva teórica del Modelo de la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica (MCAM) de Donabedian (1991). El diseño fue descriptivo y correlacional. Se utilizó un muestreo por conveniencia, la muestra se calculó para un nivel de confianza del 95%, una potencia de .80 y un coeficiente de determinación de .10. La muestra la constituyeron 90 usuarios del programa de DM pertenecientes a una unidad de primer nivel de seguridad social. Las mediciones fueron: a) Escala de Percepción de la Calidad de Atención del Programa de Diabetes, b) Cuestionario de Responsabilidad en Salud del Paciente con DM y c) examen de hemoglobina glucosilada (HbA1c). Los instrumentos utilizados mostraron consistencia interna aceptable.

**Contribuciones y Conclusiones:** Contribuye al conocimiento disciplinario al verificar en forma empírica los conceptos seleccionados del MCAM. Los usuarios del programa de DM evaluaron alto la calidad del programa, con una media de 82.98; el componente estructura obtuvo una media de 82.09 y para el proceso 83.77 de media. Sin embargo el resultado del programa evaluado por medio de la responsabilidad en salud fue bajo con una media de 49.71 y la HbA1c reportó una media de 13.32; observando que un 95% de los pacientes tuvieron mal control metabólico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. La percepción de la calidad de la atención se relacionó con la responsabilidad en salud ( $r_s = .255$ ,  $p = .016$ ), y con el control metabólico (HbA1c) del paciente ( $r_s = .282$ ,  $p = .007$ ). la edad se relacionó positivamente con la percepción de la calidad de DM ( $r_s = .260$ ,  $p = .014$ ). La calidad se relacionó con el componente estructura ( $r_s = .801$ ,  $p = .001$ ) y con el componente proceso ( $r_s = .638$ ,  $p = .001$ ).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: \_\_\_\_\_





## Capítulo I

### Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es un problema de salud pública, su prevalencia muestra una tendencia ascendente probablemente debido a los cambios de estilos de vida, al aumento en la esperanza de vida y al rápido crecimiento de la población adulta (NOM-015-SSA2-2000). Para dar respuesta a este problema el sector salud cuenta con el programa de Prevención y Control de DM que tiene como finalidad unificar los procedimientos, acciones y criterios para la prevención y control de este padecimiento en el primer nivel, a fin de garantizar una atención de calidad a los usuarios, reducir factores de riesgo y fomentar estilos de vida saludables que contribuyan a disminuir la incidencia de la DM. Otra meta planteada es lograr un control efectivo de los pacientes que permita reducir la mortalidad, complicaciones y secuelas (NOM-015-SSA2-2000).

En los últimos años como parte de la reforma del sector salud, de las transformaciones sociales, económicas y del peso de la enfermedad en México; existe un creciente interés por ofrecer servicios de salud accesibles, equitativos, de calidad y costo-efectivos. Los planificadores en salud están obligados a maximizar el dinero gastado en términos de la calidad y de resultados de la atención (Gómez-Dantés & García Nuñez, 1994; Ruelas et al., 1991).

Por otra parte la gerencia en salud realiza esfuerzos por que los programas de salud se evalúen en términos de eficiencia, rentabilidad, calidad y costos, con el propósito de contar con información que ayude a tomar decisiones en relación a la asignación de recursos, reorientación del gasto y la diversificación de la oferta de los servicios (Ruelas, 1992). La calidad implica los mayores beneficios con los menores riesgos para el paciente. La calidad de la

atención se mide considerando las competencias profesionales, los recursos, la satisfacción de usuarios y proveedores; así como su impacto o resultados en el estado de salud (Donabedian, 1991).

Los estudios sobre la calidad en México han tenido básicamente los enfoques técnico e interpersonal. Se ha evaluado la dimensión técnica medida a través del efecto de la calidad de la atención en la mortalidad prenatal y neonatal, la influencia de la calidad de la atención evaluada a través de la conducta prescriptiva del médico y su relación con las infecciones nosocomiales, seguimiento del tratamiento, el uso de rehidratación oral, la atención al parto y cuidado continuo en el puerperio; así como el proceso de atención y satisfacción del paciente (Bobadilla, 1988; Camarena, 1993; Duran-González, 1992; Ruelas, et al., 1991; Salinas, 1993; Villa, Guiscafré, Martínez, Urbán, Reyes & Lezana, 1994). Otros estudios se han hecho sobre la dimensión interpersonal y se ha indagado la satisfacción de los usuarios y de los proveedores con el trato personal, los insumos y medicamentos, y la acción del tratamiento. Se ha evaluado también la calidad en función del tiempo de espera, relación médico-paciente, conocimiento del paciente sobre su diagnóstico y tratamiento (Aguirre-Gas, 1990; Campero Cuenca, 1990; Nájera, Duran, Arenas & Ramírez, 1992). También existen estudios sobre el aseguramiento de la calidad a través de la auditoría médica, del expediente clínico y de los círculos de calidad (Pérez, 1974; Ruelas, 1992). Existe suficiente evidencia para afirmar que la calidad de los servicios debe ser mejorada en su dimensión técnica e interpersonal (Ruelas, 1992; Ruelas et al, 1994 ).

En relación con la evaluación de programas de salud, se ha estudiado el programa de Planificación Familiar basado en la percepción del usuario y de las enfermeras sobre la calidad, y se concluyó que no existe asociación entre la

opinión de la calidad del usuario y de las enfermeras. Sin embargo, la satisfacción del paciente se asoció significativamente con la oportunidad en la atención, la amabilidad, el trato con respeto, la capacidad técnica y el seguimiento (Franco, 2000, Gómez-Dantés & García-Núñez, 1994). También se ha estudiado la calidad en función de eficacia y eficiencia del Programa de Tuberculosis Pulmonar, y se encontró que en la eficiencia el 58% de los pacientes que iniciaron el tratamiento se curaron, el resto abandonaron, fracasaron, fallecieron o el personal desconocía la situación del paciente en el momento del estudio, en relación a la eficacia, sólo el 31% de los pacientes que iniciaron el tratamiento logró curarse (García, et al., 1998).

El Modelo para Evaluar la Calidad de la Atención considera la dimensión técnica e interpersonal, así como sus efectos en el estado de salud del paciente es el propuesto por Donabedian (1991). Conceptualiza que la estructura influye sobre el proceso de la atención disminuyendo o acentuando la calidad. También define que el proceso de atención influye en el efecto o resultado de ésta. El modelo de la evaluación de la calidad se consideró apropiado para el desarrollo del presente estudio que evaluó la percepción de la calidad y el resultado esperado del programa de DM. La mayor parte de los estudios que se han realizado en México sobre la temática de calidad, no han considerado los resultados de las acciones o intervenciones en la salud de los pacientes.

En la experiencia personal de la autora del estudio, se ha observado, que la evaluación de los programas de salud se hace a partir de la percepción de la calidad del usuario y del trato humano que recibe por parte del personal de salud; y no se valora la calidad en base a los resultados esperados conforme a las normas oficiales establecidas por el sector salud, por lo que muchas veces, la opinión de la calidad del paciente no concuerda con su estado de salud.

Por lo anterior, el propósito del estudio fue evaluar la calidad del programa de DM a través de sus tres componentes; estructura y proceso por medio de la percepción del paciente, y el resultado por medio de la responsabilidad en salud y el control metabólico. Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo (Polit-Hungler, 1999).

### Marco Teórico Conceptual

El Modelo de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica (MCAM) se deriva de la teoría general de sistemas de Bertalanffy (1995). Este modelo incluye las categorías de estructura, proceso y resultados, que en su conjunto permiten emitir un juicio de valor con mayor confianza y certeza de lo que ocurre en el desarrollo de un programa de salud.

Donabedian (1991), asevera que la calidad es un atributo que debe tener la atención médica, el objeto de estudio primario en la calidad son los procesos de cuidado y servicio que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes; estos procesos de la atención, deben ser revisados y analizados críticamente por medio de la observación directa o a través de información registrada que permita una reconstrucción más o menos precisa de cómo están las cosas. La base para emitir un juicio de la calidad es lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias en la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad; de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y al bienestar.

El Modelo de Evaluación de la Calidad tiene tres componentes principales para la evaluación de la calidad: estructura, proceso y resultado. En estructura se consideran las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, los lugares físicos y formas de organización donde trabajan. El término abarca el número,



distribución y calificaciones del personal profesional, así como el número, tamaño, equipo y disposición geográfica de los hospitales y otras instalaciones.

Las características básicas de la estructura son que es relativamente estable, que funciona para producir atención o es un atributo del ambiente de la atención y que influye sobre la clase de atención que se proporciona. La buena estructura incorpora un mecanismo bien planeado para monitorear la calidad de la atención y actuar de acuerdo con sus hallazgos.

El proceso incluye una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes; es decir el tratamiento médico y cuidados de enfermería, exámenes de laboratorio, gabinete; además de las normas, valores, principios y reglas éticas que gobiernan las relaciones entre profesionales de la salud y sus pacientes.

El término resultados se utiliza para significar un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de la atención médica. En una definición más amplia de salud, también se puede incluir en el concepto de resultados, el mejoramiento de la función social y psicológica, cambios en el aspecto físico y funcional del organismo, cambio en las actitudes del paciente incluyendo su satisfacción, el conocimiento que haya adquirido sobre la salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud. Todos estos resultados pueden verse como componentes de la salud presente o como contribuciones para la salud futura (Donabedian, 1991)

El modelo de evaluación de la calidad permite una relación funcional fundamental entre los tres componentes de estructura, proceso y resultado. Esto significa que las características estructurales involucradas en la atención tienen una influencia sobre el proceso de atención disminuyendo o acrecentando su calidad. En forma similar, los cambios en el proceso de la atención, incluyendo las variaciones en su calidad, influyen en el efecto de la

atención sobre el resultado o el estado de salud. En esta cadena, cada elemento es, en cierto grado, una causa del elemento que sigue. Al colocar los resultados al final de la progresión tripartita, el autor sostiene que el mejoramiento de la salud es el objetivo principal de la atención médica.

En cualquier sistema de monitoría, la medición del resultado es sólo el primer paso en una sucesión de actividades. A fin de emprender una acción correctiva, debe investigarse retrospectivamente los procesos que condujeron a los resultados indeseables (Donabedian, 1991).

La identificación de los errores en el proceso llevará, por sí mismo, a un examen de las características estructurales que condujeron o contribuyeron a esa condición inferior a la óptima. Estas actividades necesarias reafirman la interconexión e integridad de la cadena estructura-proceso-resultado. Y es sobre estos cimientos que cualquier método de evaluación y monitoría debe finalmente basarse.

El estudio evaluó la percepción de la calidad del Programa de DM con respecto a la estructura, el proceso y el resultado (Apéndice A).

### Estudios Relacionados

La literatura relacionada con la evaluación de programas de salud es escasa. En los siguientes párrafos se reportan los estudios que se localizaron.

Bolton, Franklin y Shaffer (1996) en su estudio sobre la calidad de un programa ambulatorio de heridas demostró que la expertés del proveedor del cuidado tiene un efecto directo significativo ( $p < .05$ ) en el resultado de sanar las heridas; y concluyó que para asegurar que existe calidad debe incluirse el resultado esperado.

Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar y Nigenda-López (1998) en su estudio de la percepción del usuario de la calidad de atención recibida en programas y servicios ambulatorios de salud en México, analizaron las tres dimensiones;

estructura, proceso y resultado; midieron ordenadamente las variables ligadas a éste componente de la calidad de los servicios. Los resultados mostraron que el 81.2% de los usuarios percibió que la atención fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal 23.2% y la mejoría en salud 11.9%; en tanto que los motivos de mala calidad fueron: los largos tiempos de espera en el 23.7% y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico con un 11.7%. Para los usuarios la calidad esta representada por las características del proceso de atención 44.8%, del resultado 21.3%, de la estructura 18.0% y de la accesibilidad 15.7%.

García, et al., (1998) evaluaron la eficiencia del programa antituberculoso en cuanto a la proporción de pacientes curados respecto al total de pacientes que terminaron el tratamiento, y la eficiencia del tratamiento como la proporción de pacientes curados respecto al total de pacientes que iniciaron tratamiento. La proporción de pacientes que se curan fue solamente el 58% lo cual esta por debajo del mínimo recomendado por la OMS que es del 85%. Se analizaron con resultados de 246 esquemas de tratamiento y se encontró que 32% presentó curación bacteriológica, 26% curación probable, 18% abandonó el tratamiento, 1% fracasó en el tratamiento y el 3% murió durante el tratamiento. En 20% de los casos se desconoció el resultado del tratamiento. La eficacia del tratamiento fue de 71% y la eficiencia de 58%.

Franco (2000) en su estudio determinó la calidad del programa de planificación familiar, en relación con la percepción del usuario y de las enfermeras, utilizando como referente conceptual la teoría general de sistemas de Bertalanffy (1995). Los resultados mostraron que no existe correlación del índice general de calidad percibido por personal de enfermería y el índice de calidad percibido por el usuario, lo que significa que las expectativas de prestadores y usuarios son diferentes con respecto a la percepción de calidad.

Sin embargo encontró correlación positiva significativa ( $r=.54$ ,  $p=.001$ ) entre la percepción de calidad del usuario de la estructura con el proceso.

Cerda et al, en el 2001 estudiaron pacientes con diabetes mellitus que acudían a control médico en un hospital del IMSS de la ciudad de Monterrey, Nuevo León, el estudio tuvo como propósito conocer la evolución del resultado del control clínico basado en la evaluación física y la prueba de glicemia capilar para evaluar la presencia de un buen o mal control metabólico de los pacientes contra los resultados de la hemoglobina glucosilada (HbA1c). Los resultados mostraron que los 93 pacientes bajo tratamiento entre los que había 46 mujeres y 47 hombres, en el 100% de estos pacientes tuvieron valores por encima del 8.0% de HbA1c, lo que de acuerdo a la Asociación Americana de Diabetes no existe un buen control metabólico.

Sumarizando los estudios sobre evaluación de la calidad han considerado los elementos de estructura, proceso y resultado de la atención. Los estudios que se han hecho sobre programas de salud, algunos solo han medido la percepción de la calidad de estructura y proceso, y los menos han evaluado hasta el resultado; en México, se recomienda el estudio de la calidad de la atención en problemas de salud que afectan prioritariamente a la población mexicana y que no han sido hasta el momento explorados suficientemente, entre ellos se destaca la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la tuberculosis pulmonar (Ruelas et al., 1991).

### Definición de Términos

Percepción de Calidad . Son las creencias que tiene el paciente sobre la atención que recibe en el programa de prevención y control de DM e incluye los componentes de estructura y proceso. La estructura considera tiempos de espera, medicamentos y organización del personal médico y de enfermería. El

tiempo de espera es el utilizado por el paciente desde el momento que llega a la recepción del consultorio a solicitar atención y se inicia la consulta. Los medicamentos son los recomendados por la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2000) para la atención del paciente con DM y que estén disponibles al momento en que es solicitado; así como la percepción de que estos son de calidad. La organización del personal es la forma de trabajo o de brindar la atención e incluye: estabilidad del equipo de salud, horarios disponibles para la atención en el consultorio y la programación de citas.

En el proceso se incluye el componente técnico e interpersonal. En el aspecto técnico se estudió la percepción del paciente sobre la calidad de la serie de actividades que realizan el médico y la enfermera para su atención; incluye orientación que da el médico y la enfermera; la experiencia y habilidad de ellos para desarrollar su trabajo. El componente interpersonal, es la percepción del paciente sobre el trato del personal médico y de enfermería y tiempo que dedica para su atención.

Resultado del Programa DM. Son las creencias o percepción del paciente sobre el cumplimiento del tratamiento médico y de enfermería, evaluado a través de la responsabilidad en salud. Además se consideró el resultado de la hemoglobina glucosilada del último mes que evaluó el control metabólico.

La responsabilidad en salud incluye el cumplimiento de la dieta, detección temprana de complicaciones, actividad física que realiza, la toma de medicamento y hábitos de salud que sugiere la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2000). El control metabólico se evaluó por el resultado de la hemoglobina glucosilada con la cifra de 5.4 a 7.4 de HbA1c considerada como valor normal según los criterios de la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2000) que documenta el control del paciente diabético y exhibe el estado de las glicemias de las últimas 10 a 12 semanas.

## Objetivos

1. Determinar la relación entre percepción de la calidad de la atención del programa de DM con la responsabilidad en salud y el control metabólico medido por la hemoglobina glucosilada (HbA1c) del paciente con DM.

2. Determinar la relación que existe entre la percepción del paciente con DM sobre la calidad del programa de Prevención y Control de DM del componente estructura con el componente proceso.

## Capítulo II

### Metodología.

En este capítulo se describen el diseño de estudio, muestreo, muestra, procedimientos, mediciones, recolección de datos, análisis de datos y consideraciones éticas.

#### Diseño del Estudio.

El tipo de estudio fue descriptivo y correlacional (Polit & Hungler, 1999), en virtud de que se describieron las características de los participantes en el estudio y se asociaron las variables percepción de la calidad con la responsabilidad en salud y la hemoglobina glucosilada.

#### Población, Muestra y Muestreo.

La población de estudio la conformaron 225 pacientes con DM de ambos sexos, de 25 a 65 años de edad que participan en el programa de prevención y control de DM en una Institución de Seguridad Social de Primer Nivel.

El tipo de muestreo fue por conveniencia. La muestra fue de 90 participantes con un 95% de nivel de confianza y un .05 de significancia. La muestra se calculó para una potencia de .8 y un coeficiente de determinación de .10.

#### Mediciones

Las mediciones utilizadas en el estudio fueron dos instrumentos y una cédula de datos personales para pacientes con diabetes mellitus tipo 2, además una medición biológica para evaluar el control metabólico. A continuación se describen las mediciones.

La Cédula de Datos Personales consta de dos secciones: en la primera se incluyeron datos personales como edad, sexo; y en la segunda parte se registraron datos relacionados con la enfermedad como tiempo de diagnóstico y cifras de la hemoglobina glucosilada (Apéndice B).

El cuestionario de Responsabilidad en Salud del Paciente con Diabetes (CURESADIA) consta de 20 preguntas y mide el grado de cumplimiento de indicaciones en el control de la enfermedad, fue elaborado en base a los criterios de la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2000), la escala de respuestas de este cuestionario fue de 4 opciones que van desde nunca (N), algunas veces (V), frecuentemente (F) y rutinariamente (R). La escala tiene un valor mínimo de 20 puntos y un valor máximo de 80; lo que significa que a mayor puntaje mayor responsabilidad en salud. Estos puntajes fueron transformados en índices de 0 a 100.

Esta escala fue sometida a validez de contenido por un panel de 5 expertos a fin de evaluar los reactivos en función de la Norma Oficial Mexicana y de la responsabilidad en salud de estos pacientes. Los expertos realizaron sugerencias sobre precisión y claridad de algunos reactivos (Apéndice C).

El segundo instrumento denominado Escala de Percepción de la Calidad de Atención del Programa de Diabetes (ESPECAPDIA) midió la percepción del paciente sobre la calidad del programa de DM y fue elaborado basado en el cuestionario para directivos de unidades de primer nivel de atención del programa de mejoría continua de la calidad de la atención médica de la Secretaría de Salud (SSA, 1998); las cuales autorizaron su utilización (Apéndice D). La escala consta de 17 preguntas que evalúan la calidad del programa en los componente de estructura y proceso. El instrumento tiene una escala de respuesta de 3 opciones que van desde nunca (N), algunas veces (V) y siempre (S). la escala tiene un puntaje mínimo de 17 y un máximo de 51, lo que significa



que a mayor puntaje mayor calidad de atención. Estos puntajes fueron transformados en índices de 0 a 100.

Esta escala fue sometida a validez de contenido por un panel de 5 expertos con la finalidad de relacionar los reactivos con el concepto de percepción de la calidad (Apéndice E).

La medición biológica que evaluó el control metabólico se realizó por medio del examen de la hemoglobina glucosilada, utilizando 5 mililitros de sangre con anticoagulante, el método de análisis colorimétrico fue realizado por un laboratorio clínico del IMSS. La evaluación del resultado se hizo basado en los criterios de la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2000) que recomienda que la hemoglobina glucosilada debe ser mantenida en un rango de 5 a 7% para considerarlo como buen control metabólico.

### Procedimiento de Recolección

El estudio fue aprobado y autorizado por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL. Se solicitó la autorización de los directivos de una Clínica Unidad de Medicina Familiar de Seguridad Social de Nuevo Laredo, Tamaulipas (Apéndice F). Además se solicitó la autorización por escrito de cada uno de los participantes del estudio (Apéndice G).

La recolección de datos se inició primero con la solicitud de la autorización por escrito del paciente a través de la hoja de consentimiento informado, en segundo lugar con la Cédula de Datos Personales, posteriormente se aplicaron los cuestionarios de responsabilidad en salud y la escala de percepción de la calidad de atención y finalmente se realizó la punción venosa para recolectar el producto biológico para el examen de la HbA1c.

El procedimiento para la medición de la HbA1c se hizo tomando una muestra de sangre de 5 ml. Sin interesar que el paciente estuviera en ayunas, inmediatamente se identificó la muestra y se envió al laboratorio para su análisis clínico. Los resultados fueron enviados al autor al término de los 90 exámenes; y estos fueron entregados a cada uno de los pacientes.

La entrevista con el paciente tuvo una duración aproximada de 15 minutos y en total el proceso de recolección fue de 20 minutos. Para facilitar la comprensión de las escalas se presentaron al entrevistado cartillas que mostraran en forma gráfica las opciones de respuesta. La recolección de los datos se llevó a cabo por el autor del estudio; y el sitio donde se realizó la entrevista fue en un módulo de consulta independiente para facilitar la confidencialidad y la privacidad para contestar.

### Análisis de Datos

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo e inferencial, para lo cual se procesó la información con el programa estadístico Stattical Package for the Social Ciences (SPSS) versión 8.0. El análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias, proporciones e índices de los instrumentos, además de medidas de tendencia central y de dispersión. También se realizó la prueba de consistencia interna de los instrumentos (Coeficiente Alpha de Cronbach).

Se aplicó prueba de Kolmogorov-Smirnov a las variables continuas del estudio para determinar la normalidad de las variables. Los dos objetivos se verificaron a través del coeficiente de correlación de Spearman.

### Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigaciones para la Salud (SSA, 1992), en su título segundo:

A fin de asegurar el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y bienestar, el estudio contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL (Capítulo I, Artículo 14, Fracción VII).

Tal como lo establece el reglamento contó con el consentimiento informado por escrito (Capítulo I, Artículo 14, Fracción V; Artículo 20 y Artículo 21) que garantiza el anonimato de los sujetos, su participación voluntaria, la libertad de retirar su consentimiento y de dejar de participar del estudio en el momento que lo deseen (Apéndice G).

Se consideró una investigación de riesgo mayor que el mínimo (Capítulo I, Artículo 17, Fracción 2) dado que la recolección de datos se llevó a cabo por procedimientos comunes y solo se requirió de una punción venosa para la toma de la muestra de sangre para el examen de la HbA1c.

## Capítulo III

### Resultados

Es este capítulo se reportan los resultados del estudio percepción del paciente sobre la calidad del programa de DM bajo los siguientes apartados: a) Datos descriptivos de los participantes en el estudio; b) Índices y pruebas de normalidad de las variables estudiadas, c) Confiabilidad de los instrumentos, d) Matriz de correlación para prueba de hipótesis y e) Hallazgos adicionales.

#### Datos Descriptivos de los Participantes en el Estudio.

Tabla 1.

Datos personales de los participantes en el estudio (variables continuas) y prueba de normalidad.

Variable	$\bar{X}$	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	D	Valor de p
Edad	48.56	48.00	9.64	27.00	69.00	.850	.466
Tiempo de diagnóstico con DM	3.05	3.00	1.32	1.00	5.00	1.67	.007
HbA1c	13.32	13.31	3.30	7.22	21.58	.740	.644

Fuente: CDPPDM

$n =$

90

Como se puede observar en la tabla 1 se estudiaron 90 pacientes de los cuales el 37% fueron del sexo masculino y el 63% del sexo femenino. La media de edad de los pacientes con DM fue de 48 años, el tiempo de diagnosticada la enfermedad en los pacientes fue de 3 años y las cifras de la hemoglobina

glucosilada obtuvieron una media de 13.32, lo que indica que esta por encima de los parámetros normales. La edad y la Hemoglobina glucosilada mostraron normalidad.

### Indices y Pruebas de Normalidad de las Variables Estudiadas.

Tabla 2

#### Prueba de normalidad del instrumento ESPECAPDIA.

Indice	Valor Mínimo	Valor Máximo	$\bar{X}$	Mdn	DE	D	Valor de p
Escala total de calidad	55.88	100.00	82.98	85.29	10.81	1.59	.012
Subescalas							
Estructura	37.50	100.00	82.09	87.50	15.31	2.13	.001
Proceso	50.00	100.00	83.77	88.88	12.87	2.64	.001

Fuente: ESPECAPDIA

$n =$

90

Como se puede observar en la tabla 2 el índice total de percepción de la calidad tuvo una media de 82.98, las subescalas de estructura y proceso mostraron también medias altas. Los índices no mostraron normalidad por lo que se utilizó para la comprobación de objetivos la estadística no paramétrica.

Tabla 3

Prueba de normalidad del instrumento CURESADIA.

Indice	Valor Mínimo	Valor Máximo	$\bar{x}$	Mdn	DE	D	Valor de p
Escala total de responsabilidad	20.00	80.00	49.71	48.33	12.78	.92	.36
Subescalas							
Dieta	25.00	100.00	56.83	50.00	17.52	1.48	.02
Actividad física	.00	100.00	24.46	22.22	22.91	1.51	.02
Hábitos de salud	.00	88.89	24.21	11.11	27.29	2.21	.01
Detección temprana de complicaciones	25.00	91.67	60.53	62.50	14.36	.92	.35
Toma de medicamentos	16.67	66.67	57.49	66.66	14.43	3.56	.01

Fuente: CURESADIA

n =

90

En la tabla 3 se muestra que la media más baja de los índices de la escala de responsabilidad en salud del paciente con diabetes fue para los hábitos de salud y actividad física; las medias más altas correspondieron a la detección temprana de complicaciones. La escala total y la subescala de detección temprana de complicaciones mostraron distribución normal y el resto de los índices no la presentaron.

Confiabilidad de los Instrumentos.

Tabla 4

Consistencia interna de los instrumentos.

Instrumento	No. de reactivos	Reactivo	Alpha de Cronbach
Escala de percepción de Calidad de Atención del Programa de Diabetes	17	1 al 17	.67
Cuestionario de Responsabilidad en Salud del Paciente con Diabetes.	20	1 al 20	.74

Fuente: ESPECAPDIA y CURESADIA.

$n =$

90

En la tabla 4 se observa que los resultados de la consistencia interna son aceptables considerando el hecho de que es la primera vez que se aplican en un estudio de investigación (Polit & Hungler, 1999).

Verificación de objetivos

Tabla 5

Correlación bivariada de Spearman.

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Edad	1.000											
Valor de p												
2 Tiempo de diagnóstico	.615	1.000										
Valor de p	.001											
3 Hemoglobina glucosilada	-.052	-.135	1.000									
Valor de p	.626	.207										
4 Percepción de la calidad del programa de DM	.260	.109	.282	1.000								
Valor de p	.014	.311	.007									
5 Estructura	.151	.026	.288	.801	1.000							
Valor de p	.158	.806	.006	.001								
6 Proceso	.273	.246	.076	.638	.119	1.000						
Valor de p	.010	.020	.476	.001	.266							
7 Responsabilidad en Salud	-.036	-.015	.039	.255	.369	-.027	1.000					
Valor de p	.735	.892	.719	.016	.001	.801						
8 Dieta	-.166	-.072	.108	.137	.208	-.106	.494	1.000				
Valor de p	.120	.505	.313	.201	.051	.321	.001					
9 Actividad física	.013	-.123	-.031	-.018	.036	-.101	.585	.195	1.000			
Valor de p	.903	.250	.775	.864	.737	.347	.001	.067				
10 Hábitos de salud	-.092	-.059	-.037	.107	.182	.004	.624	.002	.324	1.000		
Valor de p	.392	.584	.734	.317	.088	.968	.001	.989	.002			
11 Detección temprana de complicaciones	.025	.128	.033	.378	.425	.108	.792	.266	.285	.364	1.000	
Valor de p	.813	.234	.756	.001	.001	.312	.001	.012	.007	.001		
12 Toma de medicamentos	.123	.021	.248	.643	.499	.430	.053	.045	-.227	.024	.233	1.000
Valor de p	.252	.842	.019	.001	.001	.001	.621	.673	.033	.823	.028	

Fuente: ESPECAPDIA y CURESADIA

n = 90



De acuerdo a la correlación de Spearman (tabla 5) y en función de los objetivos planteados en el presente estudio, se puede señalar que la percepción de la calidad del programa de DM se correlacionó positiva y significativamente con la responsabilidad en salud ( $r_s=.255$ ,  $p .016$ ) y con las cifras de hemoglobina glucosilada ( $r_s= .282$ ,  $p .007$ ) es decir que a mayor percepción de la calidad más alta es la responsabilidad en salud y las cifras de hemoglobina glucosilada. La calidad también se correlacionó positiva y significativamente con el componente de estructura ( $r_s= .801$ ,  $p= .001$ ) y con el componente proceso ( $r_s= .638$ ,  $p .001$ ). Los anteriores resultados corroboraron los objetivos propuestos en el estudio.

Como hallazgos adicionales se presentan las tablas 6 y 7 de matriz de correlación de Spearman por género.

Como puede observarse en la tabla 6 en relación a la hemoglobina glucosilada para varones ésta se asoció con la percepción de la calidad del programa de DM, así como el componente de estructura.

La tabla 7 de correlación de Spearman para mujeres presenta asociación positiva de percepción de la calidad con el índice de responsabilidad en salud y con hábitos de salud, detección temprana de complicaciones y toma de medicamentos.

Tabla 6

Correlación bivariada de Spearman en hombres.

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Edad	1.000											
Valor de p												
2 Tiempo de diagnóstico	.679	1.000										
Valor de p	.001											
3 Hemoglobina glucosilada	.202	-.110	1.000									
Valor de p	.261	.541										
4 Calidad de percepción del programa de DM	.336	.015	.528	1.000								
Valor de p	.056	.936	.002									
5 Estructura	.082	-.201	.682	.751	1.000							
Valor de p	.649	.262	.001	.001								
6 Proceso	.392	.265	.045	.641	.049	1.000						
Valor de p	.024	.137	.804	.001	.787							
7 Responsabilidad en Salud	-.125	.041	.090	.026	.139	-.063	1.000					
Valor de p	.488	.819	.619	.888	.441	.727						
8 Dieta	-.255	-.082	.075	.162	.195	.011	.548	1.000				
Valor de p	.152	.652	.678	.367	.276	.950	.001					
9 Actividad física	.065	.099	-.074	.043	-.002	.110	.599	.130	1.000			
Valor de p	.720	.584	.682	.810	.990	.543	.001	.471				
10 Hábitos de salud	-.186	-.051	.000	-.198	-.099	-.105	.683	-.008	.362	1.000		
Valor de p	.301	.776	.998	.270	.585	.559	.001	.967	.028			
11 Detección temprana de complicaciones	.206	.243	.151	.178	.209	.016	.78	.364	.319	.370	1.000	
Valor de p	.250	.172	.402	.323	.244	.927	.001	.037	.071	.034		
12 Toma de medicamentos	.166	-.046	.268	.586	.538	.271	-.028	-.114	-.111	-.131	.199	1.000
Valor de p	.356	.800	.132	.001	.001	.127	.876	.529	.539	.469	.266	

Fuente: ESPECAPDIA y CURESADIA

n = 34

Tabla 7

Correlación bivariada de Spearman en mujeres.

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Edad	1.000											
Valor de p												
2 Tiempo de diagnóstico	.500	1.000										
Valor de p	.001											
3 Hemoglobina glucosilada	-.241	-.152	1.000									
Valor de p	.074	.264										
4 Calidad de percepción del programa de DM	.234	.178	.154	1.000								
Valor de p	.083	.190	.258									
5 Estructura	.215	.143	.111	.820	1.000							
Valor de p	.111	.292	.414	.001								
6 Proceso	.183	.228	.092	.647	.154	1.000						
Valor de p	.177	.090	.499	.001	.256							
7 Responsabilidad en Salud	.141	.010	-.034	.356	.465	-.011	1.000					
Valor de p	.299	.941	.805	.007	.001	.938						
8 Dieta	-.080	-.031	.107	.104	.200	-.164	.486	1.000				
Valor de p	.559	.823	.433	.447	.140	.228	.001					
9 Actividad física	.050	-.211	-.045	-.061	.050	-.201	.586	.232	1.000			
Valor de p	.715	.118	.744	.656	.712	.137	.001	.085				
10 Hábitos de salud	.098	-.022	-.032	.264	.319	.082	.492	-.026	.231	1.000		
Valor de p	.472	.874	.813	.049	.016	.550	.001	.847	.087			
11 Detección temprana de complicaciones	-.004	.097	-.062	.466	.508	.160	.785	.205	.246	.298	1.000	
Valor de p	.979	.479	.651	.001	.001	.240	.001	.129	.067	.026		
12 Toma de medicamentos	.141	.094	.242	.672	.491	.520	.069	.115	-.298	.085	.252	1.000
Valor de p	.301	.490	.072	.001	.001	.001	.616	.397	.025	.532	.061	

Fuente: ESPECAPDIA y CURESADIA

n = 56

## Capítulo IV

### Discusión

El presente estudio permitió verificar empíricamente la relación de los conceptos de calidad de la atención del programa de DM en los componentes estructura y proceso con los resultados de la atención (Donabedian, 1991), estudiados en pacientes que pertenecen al programa de prevención y control de DM de una clínica de primer nivel del sistema de seguridad social de Nuevo Laredo, Tamaulipas.

La evaluación de la calidad del programa de DM por los pacientes mostró medias y medianas altas, lo que significa buena percepción de calidad del programa esto coincide con lo reportado por Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar y Nigenda-López, (1998) quienes señalaron similares resultados en la evaluación de programas y servicios ambulatorios en México. Donde se ha observado generalmente una tendencia a evaluar con altos puntajes los servicios de salud. Probablemente porque no existe en México todavía una cultura de evaluar los servicios de salud en función de los resultados. Además que la edad de estos pacientes pudiera influir en la percepción de la calidad; dado que se ha observado que los pacientes más jóvenes de 18 a 30 años son más críticos para evaluar la calidad (Lázaro, Casanovas, Mitjans & Reixach, 1997).

La responsabilidad en salud mostró medias y medianas bajas, es decir, los pacientes reconocen que no están cumpliendo con las indicaciones de dieta, actividad física, hábitos de salud, detección temprana de complicaciones y la toma de medicamentos; esto coincide por lo reportado en otros estudios (Bañuelos, 1999; Cuervo, 2001 y Esparza, 1999) donde se ha encontrado medias y medianas bajas de estilos de vida de nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud y toma de medicamentos; lo que refleja falta de cumplimiento del tratamiento e indicaciones del paciente con DM.

En relación al control glicémico, el estudio ratificó la falta de control metabólico en el 95% de los participantes en el estudio, esto coincide con lo reportado por Bañuelos (1999), Cerda et al (2002), Cuervo (2001) y Esparza (1999) quienes encontraron falta de control metabólico en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del área metropolitana de Monterrey y del estado de Veracruz, en proporciones similares a lo encontrado en este estudio. Este hallazgo clínico muestra la falta de control metabólico de los participantes en el estudio lo que aumenta la posibilidad de complicaciones agudas y crónicas que de manera común se presentan con mayor frecuencia a partir de los 5 años de haberse diagnosticado la enfermedad (Pedraza, 1997; Valadez, 1993). También probablemente refleja que los diferentes aspectos del tratamiento llegan a cansar al paciente, de cumplir con las indicaciones médicas con el transcurso de los años y pueden llegar a manejar cifras altas de glucosa sin que ellos perciban alteraciones clínicas.

En base a la relación positiva y significativa encontrada de la calidad del programa con el resultado de las cifras de hemoglobina glucosilada y la responsabilidad en salud, muestra que los pacientes evalúan alta la calidad, y el cumplimiento de la responsabilidad en salud; sin embargo no es efectivo en términos del resultado esperado en la hemoglobina glucosilada. Esto indica probablemente que las formas de intervención del personal de salud no son efectivas, y que las estrategias utilizadas para lograr el apego al tratamiento y control de la enfermedad no están mostrando el efecto esperado según la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2000) para el control de la enfermedad. Además esta incongruencia, se debe probablemente a una sobrevaloración de la calidad y a que la mayor parte de los participantes del estudio pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y son menos críticos para evaluar la calidad, que las personas de estrato económico medio y alto, en

donde las expectativas de calidad no incluyen el resultado en la responsabilidad y la eficacia.

### Conclusiones

La percepción de la calidad del programa de prevención y control de DM se relacionó con la responsabilidad en salud y el control metabólico del paciente.

Existe un bajo cumplimiento de la responsabilidad en salud del paciente para el control de la enfermedad, lo que es evidente con las altas cifras de HbA1c.

El componente estructura y proceso se relacionaron con la percepción de la calidad del paciente. La consistencia interna de los instrumentos utilizadas en el estudio fueron aceptables.

### Recomendaciones

Se sugiere estudiar la calidad de la atención bajo otros diseños, como auditorías médicas y estudios observacionales.

Realizar estudios de intervención donde se enfatice la responsabilidad en salud bajo estrategias más efectivas de calidad para contrastarlo con el resultado del control metabólico.

Seguir utilizando los instrumentos aplicados en el estudio para mejorar su confiabilidad

## REFERENCIAS

Aguirre-Gas H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública Mex.; 32: 170-180.

Bañuelos, B.Y. (1999). Conductas promotoras de salud en adultos con diabetes tipo II. Tesis no publicada de Maestría en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.

Bertalanffy (1995). Teoría general de los sistemas. Fondo de la Cultura Económica. México. Reimpresión.

Bobadilla JL. (1988). Quality of perinatal medical care in Mexico City. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Perspectivas en Salud Pública No. 3. México, D.F.

Bolton, L.L., Franklin, L. & Shaffer, F.A. (1996). Atención de calidad a heridas igual a atención a heridas de costo efectividad. Nurse Management, Vol. 27 (7) 30, 32, 33, 37.

Camarena L. (1993). Atención Médica prenatal y del parto de bajo riesgo en la ciudad de Chihuahua, México. Continuidad, adecuación y calidad. Tijuana, México: Núcleo Regional para el Desarrollo de Sistemas de Salud, Norte. Documento mimeografiado.

Campero-Cuenca L. (1990). Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México. Salud Pública Mex, 32: 192-204.

Cerda-Flores, Rojas-Alvarado, Dávila-Rodríguez, González-Quiroga, Cortés-Gutierrez y Leal-Garza. (2001). Hemoglobina glucosilada: prueba de laboratorio necesaria para el control metabólico de pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Revista Salud Pública y Nutrición. Enero-Marzo, Monterrey, N.L.

Cuervo, C.A. (2001). Factores personales, apoyo social y estilos de vida del paciente con diabetes mellitus tipo II. Tesis no publicada de Maestría en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.

Donabedian, A. (1991). La calidad de la atención médica. Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México.

Duran-González L. (1992). La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. Salud Pública Mex. Vol.; 32: 181-191.

Esparza, A.S.E. (1999). Apoyo social y estilo de vida del paciente diabético tipo II. Tesis no publicada de Maestría en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.

Franco Esguerra, M.A. (2000). Percepción del usuario como indicador de calidad del programa de planificación familiar. Tesis no publicada de Maestría



en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro en Santiago de Querétaro, Querétaro. México.

García-García, M.L., Mayar-Maya, M.E., Ferreira-Reyes, M.C., Palacios-Martínez, M., Alvarez-García, C. & Valdespino-Gómez, J.L. (1998). Eficacia y eficiencia del tratamiento antituberculoso en jurisdicciones sanitarias de Morelos. Salud Pública de México, vol. 40 (Suppl. 5), 421- 429.

Gómez-Dantés, O., García-Núñez, J. (1994). Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar. Salud Pública de México, vol. 36 (Suppl. 2), 180 – 189.

Lázaro, M.P.; Casanovas, C.I.; Mitjans, G.J. & Reixach, F.M. (1997). Cualidades de la enfermera/o desde el punto de vista del usuario. Enfermería Clínica, vol. 4, núm. 2 (26-30). Barcelona, España.

Leyes y Códigos de México. Ley General de Salud (1992). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Capítulo I; Artículos: 14, 17, 20 y 21; Fracciones: II, V y VII. 3ra. Edición. Editorial Porrúa. México, D.F.

Nájera , Durán-Arenas, Ramírez (1992). La calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, síntesis ejecutiva SE-40/91.

Pérez A. J. (1974). Evaluación médica. Bol. Med. IMSS, Vol. 16 ( 8 ): 281.

Pedraza, L.C. (1997). Creencias de salud y complicaciones de diabetes no insulino dependientes. Tesis no publicada de Maestría en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.

Polit-Hungler (1999). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. (5ta. Edición). México, Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana.

Ramírez-Sánchez, T.J., Nájera-Aguilar, P. & Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex*; 40:3-12.

Ruelas E. (1992). Hacia una estrategia de garantía de calidad, de los conceptos a las acciones. Salud Pública Méx. Volumen 34: 29-45.

Ruelas E., Duran L., Querol L., Campero L., Garcia Rojas & Hurtado A. (1991). Análisis de los Problemas médico Directivos en Diferentes Organizaciones hospitalarios. Caracterización Cualitativa de los Problemas Percibidos por los Médicos Directivos en México e Implicaciones Educativas. Journal health. Administration and Education Volumen IV. U.S.A.

Ruelas E., Ramirez L., Zurita B., Frenk J. Gonzalez & Lozano (1994). Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. Primera edición. Economía y Salud, Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.

Salinas A. (1993). Perinatal Mortality and quality of care at the National Institute of Perinatology: A 3 year analysis (tesis doctoral). Health Science Center, School of Public Health, University of Texas, 1993.

S.S.A.(1998). Programa de mejoría continua de la calidad de la atención médica: cuestionario para directivos de unidades de primer nivel de atención. Secretaría de Salud. México.

S.S.A. (2000). Norma Oficial Mexicana. NOM-015-SSA2. Secretaría de Salud. México.

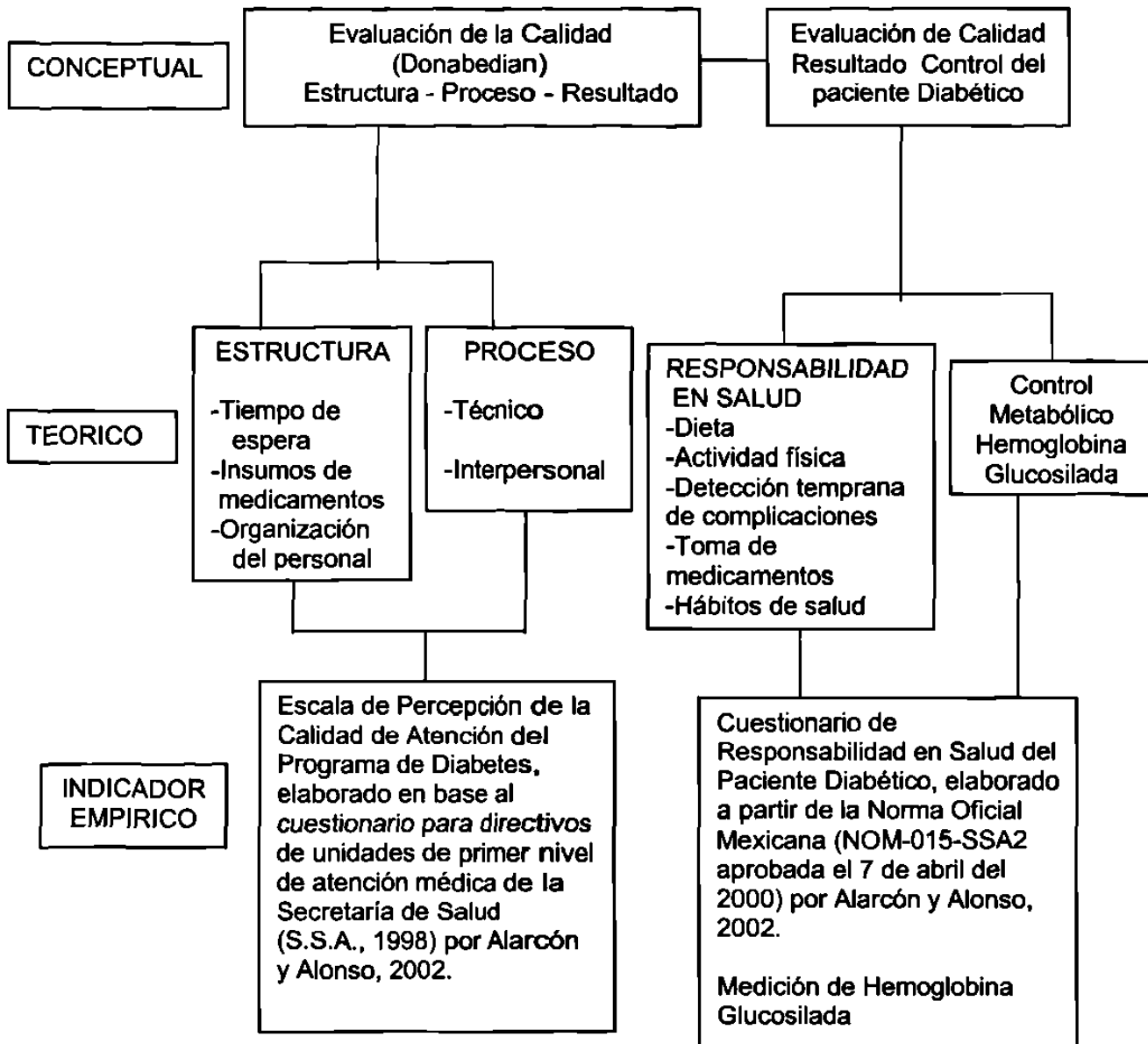
Valadez, F. (1993). Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública de México, vol 35, 178 – 190.

Villa S., Guiscafré H., Martínez H., Urbán JC, Reyes S. & Lezana MA. (1994) Muertes en el hogar en niños con diarrea o infección respiratoria aguda después de haber recibido atención médica. Bol. Med. Hospital Infantil Mex.; 51: 233-242.

**Apéndices**

## Apéndice A

## Estructura Conceptual Teórico- Empírica



**Apéndice B**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**Cédula de Datos Personales de Pacientes que Asisten al Programa de Control  
de Diabetes Mellitus (CDPPDM)**

**Número de Cuestionario: \_\_\_\_\_.**

**Instrucciones:**

**Favor de leer cada una de las preguntas y escriba la respuesta que  
corresponda al paciente.**

**I. Datos Personales.**

**1. Edad en años cumplidos: \_\_\_\_\_.**

**2. Sexo: \_\_\_\_\_.**

**II. Datos Patológicos.**

**3. Tiempo en años del diagnóstico de la enfermedad: \_\_\_\_\_.**

**III. Datos Biofisiológicos.**

**4. Registro de la Hemoglobina glucosilada: \_\_\_\_\_.**

**Apéndice C**  
**UNIVERSIDAD AUTNOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**  
**Cuestionario de Responsabilidad en Salud**  
**del Paciente con Diabetes**  
**( CURESADIA )**

Este cuestionario hace preguntas sobre la responsabilidad que usted tiene sobre el cuidado que debe seguir por su enfermedad.

Después de que yo le mencione cada acto, usted podrá contestarme con una N= nunca, V= a veces, F= frecuentemente y R= rutinariamente, según sea su actividad.

No	Pregunta	N	V	F	R
1	Desayuna al levantarse en la mañana	N	V	F	R
2	Relata al médico cualquier síntoma extraño de su diabetes	N	V	F	R
3	Hace ejercicio para estirar los músculos al menos 3 veces por semana.	N	V	F	R
4	Incluye en su dieta alimentos como frutas, verduras, leguminosas y fibra.	N	V	F	R
5	Evita el consumo de alimentos como: pan dulce, dulces y chocolates.	N	V	F	R
6	Evita el consumo de alcohol.	N	V	F	R
7	Evita el consumo de tabaco	N	V	F	R
8	Hace ejercicio vigoroso como caminata, aeróbico, natación o algún deporte, al menos 3 veces a la semana por 30 minutos.	N	V	F	R

9	Participa en algún programa de ejercicio acompañado (a) de algún amigo (a) o familiar.	N	V	F	R
10	Vigila usted su peso corporal ya sea para disminuir o mantener su peso.	N	V	F	R
11	Conoce usted su resultado del último examen de azúcar en la sangre.	N	V	F	R
12	Toma usted sus medicamentos (orales o insulina) como se los indica el médico.	N	V	F	R
13	Vigila usted que sus pies estén limpios, lubricados y sin heridas.	N	V	F	R
14	Acude usted a las citas médicas programadas para el control de su diabetes.	N	V	F	R
15	Busca información sobre el cuidado que debe tener por su diabetes, ya sea con el médico, la enfermera o leyendo folletos.	N	V	F	R
16	Asiste a programas o pláticas educativas para el control de su enfermedad.	N	V	F	R
17	Evita tomar medicamentos que no le recete su médico	N	V	F	R
18	Acude a consulta medica para examen de sus ojos y de su vista.	N	V	F	R
19	Busca atención médica cuando se presentan alteraciones de su diabetes	N	V	F	R
20	Se toma usted su glucosa capilar (destrostix) al menos una vez a la semana.	N	V	F	R

Cuestionario basado en la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2 aprobada el 7 de Abril del 2000, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**Apéndice D**

**Autorización del Programa de Mejora Continua  
de la Calidad de la Atención Médica  
de la Secretaría de Salud**



SECRETARIA  
DE SALUD

DEPENDENCIA SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD  
 DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD  
 SECCIÓN - DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN E INNOVACIÓN PARA  
 MESA LA CALIDAD.- Homero 213, 12° Piso, Col. Chapultepec Morales  
 NÚMERO DE OFICIO, Deleg. Miguel Hidalgo, CP. 11570, México, D.F.  
 EXPEDIENTE 204/ 001594

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA  
UTILIZACIÓN DE CUESTIONARIO

México, D. F. a

09 ABR. 2002

**DIRECTO**

LIC. NOHEMI SELENE ALARCÓN LUNA  
 FACULTAD DE ENFERMERÍA UANL  
 Ave. Gonzalitos No. 1500, Nte.  
 Col. Mitras Centro  
 64460, Monterrey, Nvo. León.

Me permito comentarle que se recibió su solicitud de autorización para la utilización de algunos reactivos del cuestionario para Directivos de Unidades de Primer Nivel de Atención del Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica de la SSA, con el propósito de incluirlos dentro de su tesis de Maestría en Ciencias, al respecto esta Dirección General no tiene inconveniente en acceder a su petición, únicamente deberá citar en su trabajo la fuente por la que obtuvo esta información.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un saludo cordial.

Atentamente  
 SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN  
 EL DIRECTOR GENERAL

DR. MIGUEL B. ROMERO TELLEZ

c.c.p. Dr. José Antonio Martínez González.- Director de Planeación e Innovación para la Calidad.- Presente.  
 Control de gestión.- 648

**Apéndice E**  
**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**Escala de Percepción de Calidad de Atención**  
**del Programa de Diabetes**  
**( ESPECAPDIA )**

Esta escala hace preguntas sobre la calidad de atención que usted recibe en la clínica para el control de su diabetes. Es totalmente confidencial, y no afectan en nada la atención que recibe en esta clínica.

Le pedimos que conteste lo más apegado a la experiencia que usted ha tenido. Después de cada frase que le voy a leer, usted me puede contestar con una N= nunca, V= algunas veces y S= siempre, según corresponda a su respuesta.

No	Pregunta	1	2	3
1	¿El médico y la enfermera que le atendieron fueron las mismas personas durante el año pasado?	N	V	S
2	¿Considera usted que el personal médico y de enfermería de esta clínica tienen la habilidad y experiencia suficiente para realizar su trabajo?	N	V	S
3	¿Cree usted que el personal médico y de enfermería de esta clínica esta contento al realizar su trabajo?	N	V	S
4	¿El médico lo trata con amabilidad?	N	V	S
5	¿La enfermera lo trata con amabilidad?	N	V	S
6	¿Es mucho el tiempo que tiene que esperar para que lo consulten?	N	V	S

7	¿Pasa mucho tiempo entre el día en que pidió su cita y la fecha en que lo consultaron?	N	V	S
8	¿Ha suspendido su tratamiento por falta de medicamento?	N	V	S
9	¿Cree usted que el tiempo que le dedica su médico al darle la consulta es suficiente?	N	V	S
10	¿El médico le orienta o explica acerca del tratamiento relacionado con su enfermedad?	N	V	S
11	¿Es igual de buena la atención médica de la clínica comparada con la del médico particular?	N	V	S
12	¿Considera que hay un buen control en la programación de citas en la clínica?	N	V	S
13	¿Es muy prolongado el tiempo que pasa desde que pidió su cita de laboratorio y la fecha en que le hicieron los estudios?	N	V	S
14	¿Las medicinas que le receta su médico familiar, se las surten en la farmacia de esta clínica?	N	V	S
15	¿Son iguales de buenos los medicamentos de esta farmacia comparados con los de las farmacias particulares?	N	V	S
16	¿Le entiende usted a la enfermera cuando le orienta sobre el cuidado y tratamiento de su diabetes?	N	V	S
17	¿El personal médico y de enfermería muestra interés y está atento cuando usted le cuenta sus problemas de salud y preocupaciones?	N	V	S

Escala basada en el Cuestionario para Directivos de Unidades de Primer Nivel de Atención del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica de la Secretaría de Salud ( 1998 ).

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**Apéndice F**

**Autorización de la Unidad de Medicina Familiar No. 78**  
**del Instituto Mexicano del Seguro Social**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.78  
SUBDELEGACION NUEVO LAREDO, TAMS.

NUEVO LAREDO, TAMAULIPAS., a 5 de Julio del 2002.

FACULTAD DE ENFERMERIA U.A.T.

Por medio de este conducto se otorga la autorización a la --  
Lic. Enf. Nohemí Selene Alarcón Luna alumna de la Maestría --  
en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad --  
Autónoma de Nuevo León, para el desarrollo del estudio "Per-  
cepción del paciente sobre la Calidad del Programa de Diabe-  
tes Mellitus", no existiendo inconveniente alguno para la --  
consulta y extracción de información de los expedientes de --  
pacientes diabéticos de esta unidad.

A T E N T A M E N T E

DR. ALFONSO REYES ENRIQUEZ  
JEFE DEPTO. CLINICO UMF 78

DR. ALFONSO REYES ENRIQUEZ

JEFE DPTO. CLINICO

MAT. 3336476 UMF#78

Apéndice G  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Consentimiento Informado

Yo soy la Lic. Nohemi Selene Alarcón Luna, alumna de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, me permito informarle que me encuentro realizando un estudio en pacientes con diabetes en esta clínica, en la cual usted se atiende y controla su problema de diabetes.

Durante el desarrollo del estudio le aplicare dos cuestionarios de preguntas, las cuales están encaminadas a conocer la responsabilidad que usted tiene en su salud y la calidad de la atención que recibe; además se requerirá de hacerle una punción venosa para extraerle una pequeña cantidad de sangre para practicarle un examen de hemoglobina glucosilada. Estos procedimientos no presentarán ninguna alteración en su salud; por el contrario, el examen de sangre le revelará como ha sido su control de azúcar en la sangre en las últimas 4 semanas. *Yo me comprometo a entregarle el resultado a usted.*

Es importante señalar que usted permanecerá en el anonimato y puede decidir renunciar a continuar participando en el estudio en el momento en que usted lo considere necesario, lo cual será aceptado por mi sin ningún tipo de reclamación y sin perjudicar la continuidad de su cuidado y tratamiento.

Si existieran gastos adicionales, éstos serán absorbidos por su servidora.

Después de conocer esto, estoy de acuerdo en participar en el estudio y le doy mi consentimiento.

Nuevo Laredo, Tamaulipas a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2002.

---

Nohemi Selene Alarcón Luna

---

Nombre y firma del paciente

---

Testigo (Nombre y firma)



## **RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO**

**Nohemi Selene Alarcón Luna**

**Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Administración de los Servicios.**

**Tesis: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE DIABETES MELLITUS.**

**Campo de estudio:** Administración de los Servicios de Enfermería.

**Biografía:** Nacida en Nuevo Laredo, Tamaulipas el 17 de Julio de 1969; hija de David Alarcón Zamora y Ma. Elena Luna Martínez.

**Educación:** Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas con el grado de Licenciatura en Enfermería en 1996.

**Experiencia profesional:** Enfermera General del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Hospital General de Zona No. 11 en Nuevo Laredo, Tamaulipas de 1990 a la fecha. Profesora de horario libre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas de 1997 a la fecha.

**E-mail:** [s\\_alarcon\\_luna@hotmail.com](mailto:s_alarcon_luna@hotmail.com)

